

## **К ВОПРОСУ О ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ПРОЦЕССА И ЭФФЕКТА ПСИХОТЕРАПИИ**

**Простомолотов В.Ф. – докт. мед. наук, проф. кафедры клинической психологии  
ИИПО ОНУ им. И.И.Мечникова**

**Summary: To the question about the mechanisms of the process and effect of psychotherapy**

The psychotherapy effect is the ability of the doctor and psychologist interacting by: ideomotoric/ ideosensoric reactions, conditional reflexes, dominant, bodily of emotions, inducing the specially changed consciousness (that in turn can remove from unconscious – forgotten/oust and complicate it with medical inspiration/state installations), making the balance in hemisphere asymmetry, the influence of the hypothalamus region on conductivity of afferentive impulsion from soma into the cerebral cortex of big hemispheres.

**Key words:** ideomotoric reactions, conditionnal reflexes, dominant, bodily of emotions

### **Резюме**

Психотерапевтический эффект заключается в способности врача/психолога, взаимодействуя с па-

циентом, не только изменять у него психические представления, но в наиболее полной форме превращать у него психическое в физиологическое. Это «чудесное превращение», согласно имеющимся научным представлениям, может быть произведено благодаря следующим взаимодействиям психотерапевта с пациентом: идеомоторным/идеосенсорным реакциям; условным рефлексам и второй сигнальной системе; закону доминантного реагирования; телесности эмоций; способности индуцировать специфически измененное сознание, что позволяет: а) извлекать из бессознательного забытое/вытесненное для его сознательного осмысления, б) вводить в бессознательное лечебные внушения и установки; внесения равновесия в межполушарную асимметрию; влиянию гипоталамической области на проводимость афферентной импульсации из сомы в кору больших полушарий, а также влиять на трофические процессы и иммунитет.

### Введение

Приступая к изложению обоснования механизмов процесса и эффекта психотерапии, считаю необходимым вначале определиться с самим понятием «психотерапия», которых – следует отметить – имеется великое множество\*, и все они, на наш взгляд, по-своему верно отражают ее суть и предназначение; взять, к примеру, полубытовое определение – «терапия душой». Остановимся лишь на двух из них, проф. В.Е.Рожнова [12] и проф. И.З.Вельвовского [1], т.к., относимые к медицинской модели психотерапии и т.о. признающие нерасторжимое единство психики/души и тела пациента в здоровье и болезни, они позволяют реалистично рассматривать психонейрофизиологические механизмы психотерапевтического процесса и его лечебного эффекта. Определение Рожнова привлекает лаконичностью: «Психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде». Однако с позиции начала XXI в. в это определение вкралась одна маленькая, но существенная неточность: в нем речь идет о лечебном воздействии на психику больного, в то время как без взаимодействия психотерапевта и пациента не может быть психотерапии вообще.

Определение Вельвовского представляется исчерпывающим, научно обстоятельным, в него, кажется, нечего добавить нового, но оно, что, на мой взгляд, является принципиальным, не передает специфического духа и стиля психотерапевтического процесса, а скорее – материалистической философии марксизма-ленинизма прошлых советских лет. «Психотерапия – это “специально человеческий” (И.П.Павлов) раздел общей тера-

пии, воздействующий через вектор личности. Она действует на основе законов психологии, психофизиологии, нейрофизиологии, учения о высшей нервной деятельности и реализуется через функциональные механизмы психодинамики, нейродинамики, высшей нервной деятельности. Психотерапия воздействует первично на социально-психологическую структуру личности, а через нее на материально-биологическую структуру организма. Агентом психотерапии является фундамент человеческой речи – слово как физиологический и лечебный фактор (И.П.Павлов, К.И.Платонов). Являясь ведущим и решающим, словесное и речевое воздействие, однако, не исчерпывает психотерапии, как ее не исчерпывает диалог врача и больного в кабинете».

Используя предшествующий опыт коллег, мы сочли целесообразным объединить некоторые современные представления в определение предмета «Психотерапия», ибо все течет и все меняется, и современная психотерапия – это уже в подавляющем большинстве случаев не только психическое воздействие психотерапевта на пациента.

Психотерапия – это детерминированный врачом/психологом процесс психического взаимодействия с пациентом, целями которого являются: 1) нормализация психических, эмоционально-аффективных и вегетативных расстройств невротического регистра, а также нарушенных отношений личности, изменение установок, привычек, взглядов, избавление от пристрастий и психической зависимости к чему- или кому-либо; 2) мобилизация ресурсов личности и адаптационных возможностей (психических, физиологических) у человека.

Основными факторами (инструментами, механизмами) этого процесса являются:

\* Из существующих модальностей психотерапии (медицинская, психологическая, педагогическая, религиозная) каждая включает много методов, приемов, способов и в своих рамках рассматривает этот процесс с разных философских и методологических позиций.

1. Установление и поддержание продуктивного психотерапевтического контакта (способы и техники могут и должны быть различными).

2. Исповедь больного (устная, в т.ч. записанная на магнитной ленте, письменная).

3. Эмоциональное успокоение и стимулирование, имеющее место на всех этапах и при всех формах психотерапии.

4. Использование познавательного-поведенческих механизмов психологической защиты (рациональная, когнитивная, поведенческая, патогенетическая ПТ, функциональные тренировки, др.).

5. Использование психофизиологической защиты измененного сознания (гипноз, самогипноз, гипнокатарсис, внушение, самовнушение, аутогенная тренировка, медитационные приемы, метод символдрамы, метод кодирования Довженко, голотропное дыхание и др.).

6. Духовное взаимодействие, пронизывающее весь процесс психотерапии, начиная от первичной консультации пациента, до самых отдаленных сеансов психотерапии или психологической поддержки.

В завершении введения необходимо привести несколько кратких тезисов, выводов наших предшествующих работ [9,10,11], которые позволят конструктивно провести обсуждение проведенных исследований.

- По нашему мнению, классики психотерапии добивались блестящих результатов в лечении неврозов не потому, что применяли только «свой» метод, а потому, что, сохраняя эффект новизны и заинтересованности, умело создавали высокое эмоционально-позитивное напряжение и, используя основные факторы ПТ, проводили нечто особенное и в то же время общее для всех их, а затем и для корифеев последующих поколений – психотерапию на контакте.

- Комплексное применение основных факторов и методов ПТ в стиле патриархов с использованием современных достижений медицины и психологии является наиболее эффективным способом в устранении невротических и других пограничных расстройств.

- Сопоставление трех основных направлений современной психотерапии (психоаналитическое/психодинамическое, поведенческое/познавательное-поведенческое, гуманистическое/экзистенциально-гуманистическое [5]) приводит к мысли, что они различны по форме, несущественному, но тождественны по содержанию, по сути [11].

- Изучение «новых» методов психотерапии показывает, что в них используются те же основ-

ные факторы, но лишь в разных соотношениях.

- Появление «новых» методов психотерапии обусловлено социально-психологическими особенностями, «заказом» времени, психологическими особенностями авторов-создателей и необходимостью эмоционального оживления, которое приносит с собой обновление само по себе.

- Существование различных методов психотерапии, в т.ч. «новых», также отвечает и индивидуальным запросам пациентов.

- Духовность - общечеловеческие ценности (любовь к ближнему, терпение, вера в идеал, др.), культура, смысл жизни, радость в повседневном – является той связующей субстанцией, без которой любой метод психотерапии девальвируется и теряет эффективность.

- В ближайшие десятилетия психотерапия будет развиваться более вглубь, чем вширь.

#### **Обсуждение результатов исследования**

Известно, что одним из основных исторических истоков современной психотерапии является гипносуггестивный метод, самый физиологичный и, по сути, самый, можно утверждать, замаскированно распространенный [10], ибо избежать фазовых состояний ЦНС и невольного внушения невозможно, как ни старайся. Но это, на что указывает анализ полуторавекового опыта научной психотерапии, следует знать не только теоретически, вообще и осуществлять внушения походя и неумело, необходимо хорошо владеть этим методом. Известно, что нельзя достичь высокого хирургического мастерства, не овладев базисными знаниями и навыками. Подобная эволюция развития специалиста имеет место в любой профессии, в т.ч. и в психотерапии.

Август Форель, апологет гипнотерапии, в своем труде [15], выдержавшем только на немецком языке 12-ть изданий, провозгласил, что «только гипноз, в отличие от других методов психотерапии, оказывает реальный терапевтический эффект». Будучи категоричным по форме, это утверждение, по сути, не отрицает возможность или необходимость существования других методов психотерапии. Более того, при описании процедуры лечебных сеансов, классик обращает внимание на обязательное соблюдение целого ряда необходимых условий, некоторые из которых мы спустя восемь десятков лет определили и обосновали как «основные факторы психотерапии».

Внимательное изучение труда Фореля позволяет проникнуть в его творческую лабораторию и понять, что только благодаря полифакторности

психотерапевтических воздействий он достигал высокий терапевтический результат. В числе этих факторов психотерапии были: установление контакта, глубокое исследование личности больного, исповедь, беседы с пациентами, во время которых он, используя коммуникативные интонационно-выразительные средства своей личности, внушал пациентам излечимость от их страдания. Будучи человеком категоричным, он и убеждения, в которых – всегда и как правило – присутствует элемент внушения, считал внушениями. Его утверждения в полемике с оппонентом – «Дюбуа воображает, будто он влияет на своих больных доводами разума. <...> Разве он действительно, не замечает того, что его тон, его личность, его имя терапевта эмоционально и интуитивно действует на больных, как факторы внушения?» – мы не можем не повторить при фокусировании мысли на разночтениях корифеями – и современными психотерапевтами тоже – одного и того же явления. Мы вынуждены более подробно и даже многословно цитировать классика, чтобы сохранить стиль и сущность излагаемого им.

В главе «Гипнотизм и психотерапия» Форель, полемизируя с оппонентами гипносуггестивного метода, пишет: «С тех пор, как внушение и психотерапия вообще завоевали в медицине известное признание, оценка их обнаруживает некоторые своеобразные особенности. И врач, и молодой студент медицины много о внушении слышат и читают; много об этом спорят в частных беседах, но в университетах, за весьма редкими исключениями, ничего о нем не преподается. Те, которые рассуждают об этом вопросе, редко обладают знанием дела. Этой поверхностной болтовне и обязана своим происхождением та, как бы официальная, зачастую с большой претензией на авторитетность, высказываемая аксиома, которая гласит следующее: Внушение наяву, психотерапия – вот это, действительно нечто очень важное и разумное, что должен знать и интуитивно давно уже знает каждый хороший врач, но гипнотизм – это нечто совсем иное, нечто подозрительное, не научное, фокус-покус, шарлатанство, в лучшем случае что-то сомнительное или же что-то вредное и даже опасно. Всякому, кто знаком с внушением (NB! Не на словах, а на деле. – В.П.), подобная болтовня представляется невероятно комичной. В действительности надо обладать большой поверхностностью суждения и сильной психологической миопией, чтобы из одного и того же предмета выкроить две науки. Внушается ли при применении психотерапии немного большая или меньшая доза сна, это, в конце концов, для оцен-

ки существа ее значения не имеет. Кто подвергся действию психотерапии, тот находится под суггестивным ее влиянием, т.е. динамика его мышления применяется (используется) как источник энергии для диссоциативного воздействия на все те расстройства, которые в большей или меньшей степени, косвенно или непосредственно зависят от деятельности мозга. Спор – есть ли это гипноз или психотерапия – это спор о словах».

К этим – не совсем ясным и научно точным – рассуждениям Фореля, в которых он почти подходит к открытию принципиальной однозначности гипноза и т.н. внушения наяву, мы еще вернемся.

Но почему Форель утверждал, что из всех методов только гипноз оказывает реальный терапевтический эффект? Полагаю, категоричность утверждению мэтра придали следующие обстоятельства.

1. В своей книге он описывает многочисленные случаи излечения вегетативных и эндокринных дисфункций, в т.ч. и особенно у женщин. В числе описанных расстройств – менструальные дисфункции. Погружая пациенток в гипнотический сон, внушая им нормализацию менструального цикла и назначая время следующей из них, мэтр достигал быстрого и точного результата. Многим психотерапевтам, в т.ч. и нам, применяя гипносуггестию, приходилось, и не раз, оказывать такого рода воздействия.

С помощью еще какого метода психотерапии можно достичь подобный результат?

2. Будучи директором психиатрической клиники, Форель сталкивался с необходимостью охраны психического здоровья у персонала, осуществляющего круглосуточное наблюдение за больными в те давние – можно сказать, безнейролептические – годы. Бессонные ночи приводили к астенизации сотрудников. Форель, используя возможности гипнотерапии, нашел разумный выход из этой ситуации. Погружая сиделок в глубокий гипноз, и, пользуясь постгипнотическим внушением («Во время ночного дежурства вы будете, сидя, спокойно спать, но как только ситуация в палате изменится и станет опасной для больных или для вас, вы тут же проснетесь и предпримете все необходимые меры»), он повысил трудоспособность дежурного персонала.

С помощью еще какого метода психотерапии можно достичь подобный результат?

3. В главе «Загипнотизированный гипнотизер» Форель, загипнотизировав коллегу, проф. Е.Блейлера, посредством постгипнотического внушения, произведенного в 1-2 стадии гипноза, экспериментально продемонстрировал воз-

возможность возникновения реактивной/психогенной навязчивости, поддающейся эффективному устранению посредством той же гипносуггестии. (Здесь речь не идет о обсессивно-фобическом развитии при расстройстве личности и тем более не о обсессивно-компульсивном расстройстве в рамках эндогенной патологии, хотя это наблюдение позволяет полнее исследовать патогенетические механизмы расстройства и при них).

С помощью еще какого метода психотерапии можно достичь подобный результат?

4. Известно, что в глубоком гипнозе без использования средств химической анестезии были многократно проведены на протяжении более века во многих странах мира и многими врачами многочисленные хирургические операции.

С помощью еще какого метода психотерапии можно достичь подобный результат?

5. Посредством суггестии, ауто-суггестии, медитации в глубоко измененном сознании пациента осуществляется воздействие на трофические, вегетативные, висцеральные, эндокринные функции организма.

С помощью еще какого метода психотерапии можно достичь подобный результат?

Несмотря на то, что поставленные мной пять вопросов – а список можно было бы и продолжить – указывают на определенные преимущества гипносуггестии или, согласно предложенной мной систематике психотерапии с использованием измененного сознания пациента при раппорте с психотерапевтом или со своим сознанием, для меня такой постановки вопроса спустя сто лет после провозглашения этого патриархом не может существовать вообще. И не только потому, что, даже исходя только из общих разумных представлений, каждому понятно, что одной отверткой и одним ключом, в принципе, нельзя отремонтировать сложный механизм, хотя в некоторых отдельных (отдельных!) случаях это и возможно.

Искусство психотерапии заключается в конечном итоге в способности врача/психолога, взаимодействуя с пациентом, в наиболее полной форме превращать у него психическое в физическое/физиологическое. Вот это «чудесное превращение», согласно имеющихся на сегодняшний день научных представлений, может быть произведено благодаря, по крайней мере, следующих взаимовоздействий психотерапевта с пациентом.

1. Идеомоторным и идеосенсорным реакциям в парадигме теории нервизма И.М.Сеченова, которые могут быть так или иначе вызваны психотерапевтом у пациента, находящегося в ясном или измененном сознании. Замечательное и ши-

роко известное выражение «отца русской физиологии» о заключительном звене психической деятельности – «Смеется ли ребенок при виде игрушки, <...> открывает ли Ньютон мировые законы и пишет их на бумаге, везде и всегда окончательным будет мышечное движение» – убедительно и доказательно в этом отношении [13].

2. Условным рефлексам и второй сигнальной системы Павлова [7], т.к.

«Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, <...> все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения». Монография К.И.Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» (1961) иллюстрирует все это достаточно подробно; и во всех методах психотерапии – без разницы, признающих или непризнающих ее создателями и апологетами павловские теории – этот принцип не может быть не использованным. В наших трудах, анализируя патогенез невротических расстройств и факторы, обуславливающие психотерапевтический эффект, мы постоянно ссылаемся на этот принцип [9,10,11].

3. Закону доминантного реагирования и поведения в каждой конкретной ситуации, открытому А.А.Ухтомским в 1923 году [14]. В случае проблем при реализации/удовлетворении нормальных влечений доминантный очаг – функциональное образование в ЦНС – находится в хронически возбужденном состоянии, повышенной готовности, присваивая импульсацию с других областей мозга, реализовать заложенный в него механизм по удовлетворению той или иной мотивации (пищевой, половой, оборонительной, выделительной и мн.др.), что при совпадении во времени и месте с другими – до того второстепенными факторами – приобретает патологический характер, с чем в клинике неврозов приходится постоянно сталкиваться при изучении патогенеза психических и поведенческих расстройств, в т.ч. зависимостей разного рода, половых дисфункций, психосоматических расстройств и т.д. Замечательным для нас, врачей и психологов, является то обстоятельство, что при психотерапии использование психофизиологического закона доминанты Ухтомского находит применение не только при инсайте и катарсисе, но практически при любом методе, проводимом на высокой эмоционально мотивированной ноте. Этот результат «эмоционального толчка» и имел в виду Дежерин [2], когда еще закон доминанты не был открыт русским гением, что приводит, во-первых, к угашению патологического

доминантного очага и, во-вторых, – к формированию новой (нормальной) доминанты.

4. Телесности эмоций [3,6] посредством вегетативно-висцерального реагирования и трофических процессов, которые могут способствовать, как возникновению невротических расстройств, так и их устранению. В психотерапии вообще, – вспомним афоризм Дежерина, что «нет холодной психотерапии» – но особенно во всех эмоционально-стимулирующих методах и модификациях перманентно используется этот механизм.

5. Способности индуцировать специфически измененное сознание, что позволяет: а) извлекать из бессознательного забытое/вытесненное для его сознательной переработки/осмысления, что, в свою очередь, посредством феноменов инсайта, катарсиса и др. нормализует эмоциональное состояние, вегетатику и т.д.; б) вводить в бессознательное лечебные внушения/установки, воздействующие на соматическое или поведение/привычки. Список авторов, использующих это направление ПТ, начиная от Месмера, был бы недопустимо для статьи большим.

6. Внесению равновесия в межполушарную асимметрию (Чуприков А.П. и соавт. [17]), выраженную при неврозах и других пограничных расстройствах, что достигается, фактически, при применении всех факторов психотерапии и всех ее методов.

7. Открытия последних десятилетий о значении нейромедиаторных систем (сератонина, дофамина, катехоламинов, а затем и эндорфинов) на состояние психического тонуса, настроения, аффекта, биологического и психического иммунитета), а также новейшие открытия физиологии памяти и уточненные значения/функции подкорковых ганглиев – все это вместе, по нашему мнению, не исключает и не заменяет, а лишь уточняет роль психонейро-физиологических открытий Сеченова, Павлова, Ухтомского.

8. Влиянию гипоталамической области на проводимость афферентной импульсации из соматической коры больших полушарий: при тревоге и других отрицательных эмоциях проводимость повышается и субклинические симптомы становятся ощутимыми, при положительных эмоциях проводимость понижается и боли – например, в области сердца – проходят (Захаржевский В.Б. [4]).

Последний принцип убеждает нас в том, что не только посредством гипносуггестии можно осуществлять трансформацию психического в физическое/физиологическое или в устранение последнего. Более того, разъясняя, обучая, предоставляя пациентам необходимую информацию

о том, что из себя представляют их невротические расстройства/дисфункции и как от них избавиться, во многих случаях добиваются быстрее и лучше (чем применяя только гипносуггестию) не только в устранении болезненных симптомов, как, например, кардиалгии у одного нашего пациента, физика, описанного в разделе «Прием на опрещение» [10], но изменения его взглядов на болезнь и своей роли в выздоровлении. Поняв из разумных объяснений врача, что его позвоночник отличника – а за все надо платить и за отличные оценки тоже, но атрофией мышечного корсета, приведшее к кифосколиозу – нуждается в укреплении посредством того самого мышечного корсета, он прекратил хождение по медицинскому лабиринту, и десять лет в День медицинского работника и Новый год поздравлял врача, избавившего его от этого мучительного лабиринта, по телефону. А куда же исчезла кардиалгия? Образованный пациент понял это из объяснений врача: при кифосколиозе раздражение спинальных корешков субклинического уровня начинает восприниматься, осознаваться, когда в подкорковых ганглиях в силу известных ему причин возбуждается эмоция тревоги; когда же тревога уходит и сменяется удовольствием, покоем, происходит блокировка слабых сигналов, и они не воспринимаются – «боль уходит» [10,11]. Т.о. один сеанс познавательной ПТ позволил достичь стойкого излечения.

Так что, значит, следует шире, а может быть, и всем подряд пациентам проводить подобную психотерапию? Конечно, нет. Что проводить, какую психотерапию и в какой модификации, подскажет психотерапевту (врачу, психологу) каждый клинический случай сам по себе, преломленный через его опыт, знания, интуицию.

Но, может быть, следует отдавать предпочтение индивидуальной психотерапии над групповой или, наоборот, групповой над индивидуальной? На мой взгляд, подобная постановка вопроса так же бессмысленна, если вопрос не сопроводить рядом условий, касающегося конкретного клинического случая.

Как форма познавательной психотерапии, особенно поведенческого тренинга, групповая ПТ может быть эффективной, но только при параллельном проведении индивидуальной ПТ с каждым членом группы по отдельности, при этом всех членов группы ведет один и тот же психотерапевт. И в познавательном отношении групповая ПТ располагает определенными возможностями, ибо с детства люди привыкают учиться в классе, да к тому же есть шанс увидеть себя со

стороны при наличии невротического двойника в группе. А это может здорово мобилизовать в направлении выхода из невротического тупика.

Попытки объединять в группу пациентов разных лечащих врачей-психотерапевтов – например, в стационарах – для проведения групповых занятий другими психотерапевтами, конечно, формализуя наш труд, может способствовать его облегчению (что, конечно, благое дело, ибо направленно на сохранение нашего здоровья), но, по моему мнению, эта подмена способствует выхолащиванию сути психотерапии и, несомненно, не может не снижать ее эффективность. Поэтому способы профессиональной реабилитации специалистов нашей профессии должны быть в другом – уменьшении нагрузки и рабочего времени.

В нескольких своих работах [9,10,11] мы уже подвергали критике отца психоанализа. Мы критически – и не без оснований – рассматриваем постулаты Фрейда [16] и его клинический опыт. NB! – Согласно исследованиям David J. Lynn and George E. Vaillant, опубликованным в Американском психиатрическом журнале в 1998 г. [19], ими за период с 1907 по 1939 г. в практической деятельности основателя психоанализа была получена информация о достоверных 43 случаях [все-го-то!], которые и составили большую часть психоаналитических часов Зигмунда Фрейда за 32 года. При этом они раскопали архипринципиальную информацию для современников: в подавляющем большинстве этих случаев имело место расхождение между тем, как проводил сеансы сам мэтр, и его рекомендациями для их проведения: «Эти результаты показывают – пишут авторы, адепты научной истины, – что имеется существенное расхождение между рекомендациями Фрейда и его реальными методами. Метод Фрейда, описанный в его рекомендациях, не был изучен или использован в его практике. Реальный метод Фрейда никогда не был описан в его трудах и не может быть воспроизведен.»

Однако, несмотря на это серьезное, по нашему мнению, научное исследование, вскрывающее явно недостаточный – по меркам (хотя бы) официальной достоверности – научно-практический материал Фрейда, мы признаем его весомый вклад в психотерапию вообще.

Во-первых, Фрейд, обучаясь у мэтров гипно-суггестии, Шарко и Бернгейма, остроумно подметил у них, – более всего, конечно, у основателя нансийской школы – что для того, чтобы проникнуть в бессознательное пациентов и оказать им помощь, совершенно не обязательно погружать их в т.н. гипнотический сон, и он «изобрел» ана-

литическую кушетку, на которой у расслабленно-го и погруженного в воспоминания пациента бессознательное становится доступным извлечению на уровень сознания.

Во-вторых, он солидно и совершенно обоснованно утверждал, что невроз развивается длительное время и уже поэтому для своего устранения требует столько же энергии и времени и ничуть не меньше. Во многих случаях затяжных неврозов и невротических развитий это, действительно, так.

В-третьих, благодаря Фрейду, в психотерапевтический словарь надежно вошли многие термины, в т.ч. и заимствованные им у других менее удачливых коллег, например, психоанализ, вытеснение, перенесение и др.

В-четвертых, деятельность Фрейда, осуществляемая на границе рационального и иррационального, медицины с психологией, общей культурой, мифологией, публицистикой привлекла широкое внимание общественности и способствовала бурному развитию психологии и психотерапии.

Понимал ли Фрейд как врач, что нет принципиальной разницы между тем, что вне зависимости от того, что он вербально не усыплял своих пациентов, они тем не менее в силу чисто физиологических причин (их горизонтальное/полу-горизонтальное положение на кушетке, полузатемнение, сосредоточение внимания на аналитике и процедуре анализа) погружаются в измененного состояния сознания? Если вникнуть в приводимую ниже оценку им значения гипноза в возникновении и развитии психоанализа, понимал: «Нельзя переоценить значение гипноза в развитии психоанализа. С точки зрения теоретической и терапевтической психоанализ использует наследие, полученное им от теории и практики гипноза» (Цит. по Шертоку Л., [18], с.28). Понимал, но игнорировал, никак – именно никак - не комментировал это обстоятельство, используя косвенно для доказательств того, что психоанализ не является модификацией гипноза, лишь формальные, внешние атрибуты гипноза, требующие соответствующих формул и ритуалов усыпления. Ведь это же факт, что, согласно его метода, в нем отсутствует традиционный для того времени ритуал гипнотического усыпления пациента и директивность; а раз так, то о гипнозе и говорить нечего. Но мыто спустя век понимаем, что здесь принципиальным является их – гипноза и психоанализа – общность в виде искусственно наведенного специфически суженного сознания при наличие раппорта, а ритуалы, директивность и прочая внешняя атрибутика – здесь можно сослаться и на практику шаманов – не столь существлены.

Но, вполне возможно, что на уровне тех господствующих в мире знаний о гипнозе и внушении, он допускал существования какого-то особого измененного состояния сознания, отличного от гипноза, в котором находятся его пациенты на аналитической кушетке.

Даже такой маэстро гипносуггестивной психотерапии, как Август Форель, выделял в качестве особого приема т.н. «внушение наяву», не включая его в гипноз. В то же время Форель в полемике с противниками гипнотерапии, приводимую выше (где мы обещали еще вернуться к этому вопросу), ссылается на ту или иную дозу сна, которого нет, а имеется сужение сознания, которое он не называет так в силу отсутствия в пропедевтическом словаре тех лет такого термина, но которые он молча – не мотивируя – отождествляет. Но о какой же яви может быть речь, если пациент в это время вслед за нашептанными ему внушениями может быть дезориентирован в месте, времени и даже собственной личности, а затем и амнезировать все это?!

Здесь весьма уместно уточнить, что те нашептанные суггестором внушения не смогли бы реализоваться, не спровоцируй он своими действиями (тоном, мимикой, жестом, ритмом) оторопь и рассеянность внимания у пациента, а последние и характеризуют сужение сознания. Все это еще раз указывает на справедливость нашего утверждение тридцатилетней давности о вторичности внушения в гипносуггестии. Приводя схематично формулу нансийской школы – «нет гипноза без внушения», мы противопоставляем ей нашу – «нет внушения без гипноза», понимая под последним, конечно же, не сон, а специфически суженное сознание [10, 11].

Как видим, многие спорные вопросы психотерапии со времен патриархов остались до сих пор неразрешенными, что в решающей степени обусловлено, на наш взгляд, отсутствием в центрах психотерапии современного диагностического/лабораторного оборудования, позволяющего объективизировать, с одной стороны, психическое, неврологическое, соматическое, генетическое состояние пациентов с невротическими расстройствами, а с другой – динамику состояния пациентов в процессе проводимой им психотерапии применительно к конкретным ее методам и приемам, но особенно к шести основным факторам психотерапии, на что мы настойчиво привлекаем внимание коллег в последние два десятилетия [9, 11].

Однако имеющиеся на сегодня научные зна-

ния в области психонейро-физиологии все же позволяют прицельно проводить психотерапевтические интервенции и добиваться высокого и стойкого терапевтического эффекта при лечении невротических и психосоматических расстройств.

### Библиография

1. Вельвовский И.З. *Вопросы организации психотерапевтической помощи* // Руководство по психотерапии под ред. В.Е.Рожнова. – М., 1974. – СС. 53-60.
2. Дежерин Ж., Гокклер Е. *Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией*/ Пер. с франц. – М., 1912. – 517 с.
3. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. (Gellhorn E., Loofbourow G.N.) *Эмоции и эмоциональные расстройства*. – М., 1966. – 672 с.
4. Захаржевский В.Б. *Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизмы специфического вегетативного эффекта*. – Л., 1990. – 176 с.
5. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия*. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
6. Кеннон В. (Cannon W.) *Физиология эмоций*. – Л., 1927. 175 с.
7. Павлов И.П. *Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных*. – М., 1973. – 508 с.
8. Платонов К.И. *Слово как физиологический и лечебный фактор*. – М., 1961. – 450 с.
9. Простомолотов В.Ф. и соавт. *«Организация, формы и методы работы кабинета/центра психотерапии при общесоматической поликлинике»: методические рекомендации минздрава РМ*, 1993. – 24 с.
10. Простомолотов В.Ф. *Комплексная психотерапия соматоформных расстройств*. – Киш., 2000. – 304 с.
11. Простомолотов В.Ф. *Размышление о психотерапии*. – Од., 2013. – 352 с.
12. Рожнов В.Е. *Медицинская деонтология и психотерапия*. – СС.43-55// Руководство по психотерапии. Под общ.ред. В.Е.Рожнова, 1974. – 630 с.
13. Сеченов И.М. *Избранные произведения*. – М., 1952, т. 1-й. – 772 с.
14. Ухтомский А.А. *Доминанта*. – М., Л., 1966
15. Форель А. (Forel A.) *Гипнотизм или внушение и психотерапия*/Пер. с нем. – Л.: Образование, 1928. 304 с.
16. Фрейд З. *Введение в психоанализ: Лекции*. – М., 1989. - 456 с.
17. Чуприков А.П. и соавт. *Латеральная терапия*. – Киев, 1994. – 176 с.
18. Шерток Л. *Непознанное в психике человека*/ Пер. с франц. – М., 1982. – 312 с.
19. Lynn D.J., Vaillant G.E. *Anonymity, Neutrality and Confidentiality in the Actual Methods of Sigmund Freud: A review of 43 Cases, 1907-1930*. – Am. J. Psychiatry, 1998; 155: 163-171.