

важность их актуализации и сохранения среди молодежи, наличие смысла жизни. Выявлено, что психологические представления о счастье у студентов характеризуются гендерными различиями. В частности, у девушек существует два представления о счастье: «счастье как смысл жизни», «счастье как реализация ценностей». Первое из них — «счастье как смысл жизни» — является осмысленным и предполагает определенную долю неудовлетворенности собой девушками. Второе представление о счастье у девушек, как и у юношей, связано с реализацией их ценностных ориентаций, поэтому имеет название — «счастье как реализация ценностей».

**Ключевые слова:** гендерные различия, жизненный путь, студенческая молодежь, счастье.

УДК 615.851



## КЛАССИЧЕСКИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПИЯ НА КОНТАКТЕ» В ЭМПИРИЧЕСКОМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ИСПОЛНЕНИИ

В. Ф. Простомолотов

Институт инновационного и последипломного образования  
Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

**Аннотация.** В статье на основании многолетних исследований эффекта психотерапии в трудах патриархов, а также на собственном обширном материале автор обосновывает правомочность выделения оригинального метода — «психотерапия на контакте». Составными элементами метода являются глубокий клиницизм, культура и профессиональное наведение у пациента специфически суженного сознания как основы для реализации лечебных установок.

**Ключевые слова:** психотерапевтический контакт, оторопь, суженное сознание, внушение, личность.

*От первого обмена оружием между врачом и невропатом зависит исход сражения. Если из первых разговоров не рождается взаимная симпатия, если вы не смогли заручиться его доверием, то бесполезно идти дальше.*

Ж. Дежерин

*Если после разговора с врачом больной не почувствовал себя лучше, то это не врач.*

В. М. Бехтерев

Полвека тому назад при изучении основных методов психотерапии (ПТ): гипноза, рациональной ПТ и психоанализа, особенно при углубленном вчитывании в клинические иллюстрации трудов патриархов, внимание мое (почитателя таланта соавтора системы рациональной ПТ Ж. Дежерина [2], мастера метафор и крылатых выражений, и особенно о значении контакта в ПТ) все более и более фокусировалось на том, что среди факторов, обуславливающих эффективность, применяемых ими методов, большую — если не определяющую — роль играет установление и поддержание продуктивного психотерапевтического контакта с пациентом. Иначе трудно объяснить, как, применяя только «свой» метод при лечении, по сути, одних и

тех же больных и Форель [13], и Дюбуа [3], и Фрейд [14] добивались в равной степени блестящих результатов.

Последующее овладение методами ПТ осуществлялось/рассматривалось нами перманентно через призму контакта психотерапевта с пациентом, что привело к разработке ряда приемов для его установления и поддержания, в т. ч. «приема контрастных позиций», «на опережение», «связующего слова/жеста», «индукции силы», «пароля» и др. [7,8]. Это привело к тому, что в тепер уже далеком 1985 году перед защитой мной кандидатской диссертации одна из официальных оппонентов НИИ им. Бехтерева проф. В. К. Мягер, возвращая мне диссертационную книгу, сказала с теплой и проникновенной эмоцией в голо-

се: «А вы, В. Ф., работаете на контакте, и это демонстрируют приводимые вами психотерапевтические иллюстрации». Далее между нами состоялся предметный разговор, из которого я вынес впечатление, что многоопытный профессор разделяла выбранный мной стиль взаимоотношения с пациентами. Тогда нами были высказаны буквально следующие мысли: «Если контакт достигнут, то вне зависимости от положения пациента — лежит ли он, сидит или стоит, открыты у него глаза или закрыты, бодрствует ли он, дремлет или спит — слова психотерапевта во всех случаях будут глубоко воздействовать на него». В последующие годы я вплотную занялся научным изучением этого метода психотерапии и разработкой его конкретных способов для лечения пограничных расстройств.

Целью данной статьи является научное обоснование оригинального метода «психотерапии на контакте».

Однако необходимо отметить, что понятие «контакта» в психотерапии в различные исторические периоды рассматривалось исследователями по-разному, часто не столько в соответствии с их вооруженностью знаниями психофизиологии и медицины, сколько с их склонностью к психологизации или отсутствием таковой.

А. Месмёр (1781), врач, автор теории животного магнетизма, первый ввел понятие об особых отношениях между врачом/магнетизером и пациентом, которые он определил как «раппóрт», рассматривая его как особое физическое воздействие при участии воли для циркуляции флюида. Последователи Месмёра еще настойчивее подчеркивали значение для успеха терапии направленных усилий врача (Л. Шертóк, 1982, с.126. [15]). В последующем глава нансийской школы гипноза И. Бернгейм [1] и его последователи наполнили термин «раппóрт» психологическим содержанием, сведя гипноз к внушению. И. П. Павлов [6] рассматривали «раппóрт» как сформированный, благодаря целенаправленным действиям гипнотизера, очаг возбуждения в коре больших полушарий, посредством которого — на фоне других заторможенных областей — удается поддерживать связь с загипнотизированным и реализовать внушения. З. Фрейд [14], заимствовав термин, в основе гипнотических отношений усматривал «трансфёр», чрезвычайно психологизированное им понятие, употребляемое наряду с понятием «переноса» в психотерапевтических отношениях, выступающих часто, по нашему мнению, синонимами внушения. Понятие «трансфёр» употреблялось ранее до Фрейда

старыми гипнотизерами в несколько ином, буквальном смысле, когда у наблюдаемых ими высококнушаемых больных истерией одним прикосновением удавалось передать, индуцировать, например, паралич от одного индивида другому.

По нашему мнению, термин «контакт» (психотерапевтический контакт, контакт в психотерапии) в русском языке лучше всех вышеотмеченных передает всю ту гамму естественных человеческих чувств и отношений (например, переданных в эпиграфах), какие возникают у пациента и психотерапевта во время их взаимодействия. В числе этих чувств понимание, доверие/вера, уважение/почитание, симпатия/любовь<sup>1</sup> играют решающую роль в установлении контакта. Они не нуждаются, на наш взгляд, ни в мифологизации, ни в поэтизации, ни в психологизации, ни, тем более, в сексуализации, что неоднократно допускал Фрейд. Пациент — приходится повторить уже многократно ранее опубликованную нами мысль — не менее внимательно исследует врача (психотерапевта, психолога), чем тот его (по крайней мере, при первичной беседе). Поэтому считаем, излишне повторять напутствие/заповедь отца медицины Гиппократ о том, как должен выглядеть и как должен мыслить, действовать и говорить врач, чтобы добиться расположения больного и оказать ему максимально возможную помощь, но об этом можно подробнее прочитать в указанной нашей монографии [9].

Безусловно, здесь речь идет о высокой культуре психотерапевта, его глубоких знаниях, профессиональных навыках и способностях лечить.

В настоящее время общепризнанно, что установление и поддержание психотерапевтического контакта является основой психотерапии. В то же время опытным специалистам известно, что имеются такие формы и степени психотерапевтического контакта, когда о нем, согласно первому закону диалектики Гегеля о переходе количества в качество, уже правильнее будет говорить как о методе психотерапии. Через полтора десятилетия психотерапевтической практики нами стали четко определяться составные элементы/приемы описываемого метода.

Психотерапия на контакте — показатель высокой квалификации, «высший пилотаж» врача, она приходит с годами в результате овладения искусством диагностики (об-

<sup>1</sup> — Разумеется, под любовью в данном отношении мы подразумеваем любовь к ближнему, рассматриваемую в рамках основных мировых религий — основы духовности и культуры современного человека.

щемединской, психиатрической, психологической), начинающейся с первых мгновений-секунд-минут взаимодействия с пациентом, и одновременными целенаправленными лечебными воздействиями, когда с учетом возможной необходимости биологической терапии применяется богатый набор психотерапевтических приемов. Среди последних особое место занимает, владение им интонационно-выразительными средствами мимики и голоса, богатством языка. Хочу отдельно выделить значение харизмы врача и его профессионализм клинициста. Условно выделяю три способа психотерапии на контакте (ПТнК): 1) гипнотический (эмоциональный); 2) психогогический (интеллектуальный); 3) духовный [9].

При гипнотическом/эмоциональном способе ПТнК, применяемом преимущественно у ювенильных, аффективных, художественных личностей, следует стремиться посредством внешних эффектов быстро осуществить эмоциональный захват, стимулировать проявление пациентами эмоциональных реакций, в том числе, и особенно оторопи, на фоне которых реализовать феномены внушения. В последующем, используя рефлекторные механизмы, нет необходимости погружать пациента в т. н. «гипнотический сон», так как внушения, установки, эмоциональное переключение реализуются в форме эмоционально стимулирующей беседы, что, по моим оценкам, более эффективно, т. к. пациент, не оказывая сопротивление, сам активно участвует в процессе психотерапии.

Разработанный нами прием оторопи [7, 8] гармонично вписывается в структуру метода психотерапии на контакте, поэтому остановимся на нем подробнее. Как известно, сальпетриерская школа гипноза, возглавляемая Ж.-М. Шарко, оставила яркие свидетельства гипноза как особого состояния. Несмотря на то, что опыты проводились на одних и тех же истеричных пациентках, они продемонстрировали, что внезапным звуковым, световым, тактильным воздействием может быть вызван гипноз.

В работе «О так называемом гипнозе животных» И. П. Павлов [6, с. 250–251]) тонко подметил, что «так называемый гипноз животных состоит в том, что энергично животное приводится в неестественное положение и удерживается малое время. После этого при полном отведении рук животное остается лежать десятки и более минут <...> Это и есть один из самоохранительных рефлексов задерживающего характера». Далее следует поразительной точности вывод:

**«Наше оцепенение, столбняк в случае сильного страха есть совершенно тот же только что описанный рефлекс».**

Практика известного российского священника начала XX-го века Иоанна Кронштадского по излечению истерических кликуш резким тычком в лоб и громовым восклицанием «Изыди, окаянная!», а также примеры других подобных целителей демонстрируют терапевтическое применение того, что обосновывал в своих исследованиях И. П. Павлов, то есть гипноза. В. Е. Рожнов в небольшой статье «О роли гипноза в психотерапии» [10] поднял вопрос о провоцировании гипнотических фаз, по Павлову, при проведении практически всех методов ПТ, но, к сожалению, не развив далее эту мысль.

Случаи из повседневной жизни каждого из нас, когда совершенно неожиданно сталкивались лоб в лоб с тем, кого никак не ожидали здесь увидеть, например, на встречных курсах у входа (выхода) в метро и весьма мимолетных, демонстрирует при последующем анализе ситуации, в которой пребывали в полнейшей растерянности, двигательной и психической беспомощности, «ошалелости», ступоре, что мы, безусловно, находились в те мгновенья в измененном состоянии сознания.

Наблюдения в практической психотерапии [5, с. 156.] и проведение психологических экспериментов по внушению [11, с. 209] показывают, что неожиданные обращения вызывают большой психологический и психотерапевтический эффект.

В первом случае неожиданное предложение истощенной больной, носящее характер скороговорки-головоломки, имеет тенденцию многократно прокручиваться в сознании, отвлекая от страхов и мотивируя к деятельности.

Во втором случае автор, проводя эксперименты по внушению наяву, суть которых заключалась в совершенно неожиданном обращении к исследуемому, подмечает возникновение в этих случаях особого состояния, названного им «сверхвнушаемостью».

Интересно, что, если в одной серии экспериментов, когда он на улице внезапно обращался к незнакомому спешащему прохожему с императивной просьбой, и тот ее «автоматически и с застывшим лицом» выполнял, исследователь должен обладать достаточной смелостью, умелостью и сноровкой, то во второй серии все выглядело на редкость банально.

Психотерапевт, исследуя у повторных пациентов, пришедших на сеанс гипноза, реакцию зрачков на свет, когда больному только предлагалось смотреть прямо перед собой,

неожиданным обращением, внушением без труда вызывал у них паралич руки и др. Автор объясняет возникающее в этих случаях «состояние сверхвнушаемости» тем, что больные ждут сеанса гипноза. По моему же мнению, оно вызвано оторопью, возникшей, в первую очередь, благодаря неожиданному обращению на фоне зафиксированности зрения вслед за инструкцией. Но следует считаться и с тем, что пациент пришел на сеанс гипноза, проводимого в этом же помещении, и у него рефлекторно суживается сознание.

Мы многократно, можно даже утверждать — перманентно, наблюдали подобные явления у наших пациентов, пришедших на сеанс гипносуггестивной ПТ. При этом не только размещение на привычной кушетке/кресле, но уже сама атмосфера кабинета, шум кондиционера, включенное музыкальное сопровождение суживали их сознание, т. е. вызывали гипнотическое состояние.

Используя вышеприведенный опыт и объединив все наблюдения подобного рода в литературе и в собственной практике, мы разработали «прием оторопи», являющимся весьма эффективным как для вызывания гипнотического состояния, так и особенно для реализации внушений.

В одних случаях оторопь можно вызвать совершенно неожиданным для пациента хлопком, резким жестом или наложением руки на голову, вспышкой света или, напротив, неожиданно созданным затемнением. В других случаях не менее выраженная оторопь наступает при резком и неожиданном обращении, меняющем направление беседы на противоположное, сопровождая его выразительным или фиксирующим взглядом.

Примеров для получения контрастных, совершенно неожиданных обращений в практике психотерапевта можно найти много, важно, чтобы все они выглядели естественными, как, например, вышеприведенное исследование реакции зрачков на свет, и не были насильно навязаны пациенту вопреки его установкам.

Получив эффект оторопи, следует тут же в гипнотизирующем тоне и ритме провести внушение: забвение переживаний, успокоения, расслабления, желаемого сновидения и другие, мотивируя и опосредуя их. Необходимо определенная императивность и в ряде случаев эмоциональное напряжение. Прием требует достаточной расторопности от врача, четких и продуманных действий, ясных и кратких, заранее подготовленных формул. Каждый последующий технический элемент должен естественно продолжаться предыдущий.

Для усиления проведенного психотерапевтического воздействия сеанс может быть

продолжен в форме наложения руки на голову пациента с последующим 5–10-минутным внушенным отдыхом.

Весьма способствуют проведению психотерапии на контакте характерные анатомо-физиологические позиции психотерапевта и пациента относительно друг друга. Первый располагается на жестком стуле спереди и слева от второго. Пациента усаживают в удобное мягкое кресло с подголовником и по ходу беседы с естественным дружелюбием просят расслабиться и чувствовать себя, как дома. Пациент, не засыпая, погружается в приятную расслабленность и измененное/суженное состояние сознания, повышено податлив эмоциональному воздействию/стимулированию и суггестиям.

Психогогический/интеллектуальный способ психотерапии на контакте, применяемый преимущественно у психастеничных, ригидных личностей, а также во всех случаях обсессивно-компульсивных расстройств проводится в форме сократического диалога и похож на учебное занятие со всеми его атрибутами, т. е. с использованием схем, рисунков, справочников, выдержек из произведений. Основным эмоциональным стимулом здесь является стремление пациента понять и научиться.

Например, обсуждая обсессивно-компульсивную симптоматику, навязчивости по контрасту, в т. ч. страх острых предметов, страх как бы ненароком, потеряв разум/сойдя с ума, не убить своего ребенка или совершить какой-либо безумный поступок, большой эффект дает обсуждение малоизвестного стихотворения Пушкина «Не дай мне Бог сойти с ума».

Не дай мне Бог сойти с ума.  
Нет, легче посох и сума;  
Нет, легче труд и глад.  
Не то, чтоб разумом моим  
Я дорожил; не то, чтоб с ним  
Расстаться был не рад.

Когда б оставили меня  
На воле, как бы резво я  
Пустился в темный лес!  
Я пел бы в пламенном бреду,  
Я забывался бы в чаду  
Нестройных, чудных грез.

И я б заслушивался волн,  
И я глядел бы, счастья полн,  
В пустые небеса;  
И силен, волен был бы я,  
Как вихорь, роющий поля,  
Ломающий леса.

Да вот беда: сойди с ума,  
И страшен будешь как чума,  
Как раз тебя запрут,

Посадят на цепь дурака  
И сквозь решетку как зверька  
Дразнить тебя придут.

А ночью слышать буду я  
Не голос яркий соловья,  
Не шум глухой дубров –  
А крик товарищей моих,  
Да брань зрителей ночных,  
Да визг, да звон оков.

При внимательном прочтении стихотворения, написанном в 1832 году, видно, что великий поэт страдал от подобного навязчивого страха, порождаемого компульсивным желанием запеть, закричать, пуститься, подобно резвому коню, на волю. Легко можно представить, как у темпераментного, экспрессивного Пушкина во время нахождения на придворной службе, требующей не свойственных ему немалой выдержки и дипломатического притворства, возникали навязчивости по контрасту со страхом не сдержаться. Перечитывая стихотворение несколько раз, проникаешься, с одной стороны, страданиями поэта, а с другой — его огромной способностью подвергать психологическому анализу свое состояние. И над всем этим царит трезвый и проникновенный ум, величие разума гения. Все это наилучшим образом подтверждают многочисленные наблюдения психиатров мира, что обсессивно-компульсивные расстройства являются функционально-невротическими комплексами, не реализуются и не разрушают психику (по крайней мере, в преобладающем большинстве наблюдаемых нами случаев), но сильно пугают пациентов.

Пациенты после анализа-разбора стихотворения Пушкина, характера поэта и линии его жизни, примерив все это к себе, резко меняют свое отношение к навязчивостям, а у многих из них вообще наступает коренное улучшение.

Разумеется, проведение эмоционального стимулирования и внушений ананкастам имеют свои особенности. На фоне обстоятельных занятий, разъяснений и убеждений весьма уместны короткие внушения, произносимые психотерапевтом — (NB) без малейших оттенков дискуссионности (!) — твердо, ритмично, повторно. Технически (риторически, интонационно) важно, чтобы они звучали как бы и здесь, и как бы за кадром, со стороны.

Как и при первом способе ПТНК, анатомо-физиологические позиции психотерапевта и пациента должны располагать последнего к расслабленности и отдыху, а первого — к напряженному труду и при остальных способах ПТНК.

При духовном способе психотерапии на контакте, основанном на вере в Бога, философии, культуре в отличие от первого и второго, психотерапевт как бы меньше всего использует в качестве инструментов воздействия на психику пациента эмоциональные и интеллектуальные факторы, более того, о самом воздействии как бы и говорить не приходится. Оба они — и врач/психолог, и пациент — выступают в роли равноправных партнеров, обсуждающих глубоко интересующие их вопросы бытия, мироздания, философии, культуры, при этом целенаправленно, благодаря незаметному направляющему влиянию первого.

При последнем способе ПТНК психотерапевт может располагаться во втором кресле у журнального столика, и оба они, пациент и психотерапевт, погружаются в глубины обсуждаемой духовной проблемы; при этом, однако, психотерапевт так же, как и пациент, приятно расслаблен, но — как говорится, держа свои руки на рычагах управления процессом терапии — периодически и уместно произносит — как об этом указывалось выше — заготовленные им заранее формулы внушений и установок.

Прекрасным фоном для проведения психотерапии на контакте является участие психотерапевта в туристическом путешествии, спортивном занятии [8, 9], литературном и художественном творчестве пациентов.

Иллюстрацией метода психотерапии на контакте является редкий среди мужчин случай невротической (соматоформной) дисфагии у личности психастенического/тревожного типа.

**Больной М., 21 год**, студент 4-го курса факультета компьютерных технологий Политехнического университета. Пришел в сопровождении матери, женщины крупной и, как выяснилось в процессе беседы, тревожно-мнительной.

**Жалобы:** на затруднение глотания обычной пищи на протяжении около двух лет; поперхивание при волевом усилии заставить себя есть, как все. Однажды, когда волевым усилием заставил себя глотать, поперхнулся, после чего испытал сильный болевой спазм в горле, сопровождающийся выраженным затруднением дыхания более минуты. Вынужден был наклониться и выплюнуть оставшуюся во рту пищу, а затем кашлевыми и рвотными движениями освободиться от застрявших в глотке остатков пищи. Был так напуган, что это отбило охоту к повторным «экспериментам».

В последний год ест только манную кашу, которую сам же и варит на молоке, затем перети-

рает ее на мелком ситечке, чтобы не осталось ни одного маленького комочка. Осознавая, что такое однообразное питание может вызвать авитаминоз, недопоступление в организм белков и минералов, пьет в растворенном виде поливитаминные комплексы, периодически вместе с манной кашей перетирает немного куриного или рыбного филе.

Обычно ест один в комнате перед включенным телевизором, что облегчает глотание. Тяготится тем, что не может кушать, как все, т. к. это лишает его возможности выезжать за пределы города, в т. ч. на море, и вообще общаться с друзьями и знакомыми, особенно в праздничной обстановке. Из-за дисфункции глотания он прикован к дому, к кухне, которую оборудовал разнообразными кулинарными принадлежностями для размельчения и перетирания пищи. Последнее, учитывая его трехразовое питание, отнимает у него достаточно много времени. Тяготится этим.

**История развития заболевания.** Дисфункция глотания возникла около двух лет назад, когда однажды в «Макдоналдсе», куда он впервые зашел со своей подругой, неожиданно поперхнулся с последующим приступом кашля, стенотическим дыханием и чувством сильного сжатия в горле. Чувство сжатия и першения в горле оставалось долго, было трудно говорить. Осиплым голосом, но более жестами он попросил девушку выйти на улицу. Там лучше не стало. Страхась возможного приступа удушья, но испытывая чувство неловкости перед девушкой за свою беспомощность, не знал, как мотивировать свой отказ от дальнейшего проведения вечера. Наконец, решился и сказал ей, что у него, возможно, повторится приступ удушья, поэтому надо срочно ехать домой. Подруга взяла такси и сопроводила его до дверей дома.

Был всесторонне обследован (ЛОР, невролог, нейрохирург, УЗИ, фиброэзофаго-гастрокопия, анализы крови) без обнаружения органической патологии. Получал лечение у невролога (седативные, противотревожные, физиотерапия), но без эффекта. Был на консультации у психотерапевта-женщины, которая во время беседы несколько раз подчеркнула, что он очень мнительный юноша. Это поспешное заключение психотерапевта очень не понравилось пациенту, т. к. не считает себя мнительным, и он отказался от предложенного курса психотерапии, а лекарства уже без эффекта принимал. Потом мать предлагала ему обратиться к одному известному целителю но он отказался, т. к., по его мнению, все целители являются шарлатанами.

**История жизни.** Со слов матери, в раннем детском возрасте рос болезненным, часто простуживался, кашлял. Несколько раз приходилось вызывать СМП из-за угрожающего отека гортани, но все обходилось посредством терапевтических мер. Затем возникли проблемы с приемом пищи, часто поперхивался едой, боялся кушать. К пяти годам «перерос» эти проблемы, физически окреп. В школе не было проблем с учебой, учился прилежно и успевал отлично. С 6–7 класса увлекся компьютером, но без болезненного пристрастия. Много читал и читает. Посещал физический кружок. Со слов матери, всегда был жалостливым и мягким по характеру, никогда не обижал младших сестер, рос послушным и разумным.

#### **Физический и психический статус и особенности психотерапии.**

Пациент высокого роста, астенического телосложения, вес на нижней границе нормы, кожные покровы чистые, лицо слегка румяное, мимика достаточно подвижная и весьма адекватная. В присутствии матери проводилась первая половина консультации, пока нам не стала ясна личность пациента с чертами тревожной мнительности и механизма развития дисфункции навязчивого типа.

Затем, оставшись с пациентом один на один и оценив его достаточно высокий интеллектуальный и эмоционально-волевой потенциал (по оценкам, суждениям, мимическим и другим реакциям), я попытался еще более расположить его к диалогу. Достигалось это, с одной стороны, дружелюбной улыбкой, шуткой и иронией, а с другой — отеческой заботой, справедливостью и строгостью.

Юноша, которого я, в отличие от той неловкой психотерапевтши, никогда не называл так, а только по имени и на Вы, с готовностью принял предложенный стиль отношений. Еще раз, но уже в стиле сократического диалога, прошлись по его животрепещущей проблеме с адаптацией в стиле виртуоза-повара, перетирающего микронные комочки манки. Между прочим, ему было сообщено, что из 20 пациентов с невротической дисфагией 19 — женского пола и почти все истерички. Как же так, М., вы умудрились попасть в эту компанию? Как видно, много думаете о еде, т.к. больше не о чем?

Сохраняя этот стиль, что называется, на грани фола, пациенту была дана исчерпывающая информация о физиологии и психологии еды и глотания. Было подчеркнуто, что центр глотания расположен в продолговатом мозгу (почти в спинном и на муляже показано, где) и он обеспечивает глотание даже тогда, когда человек находится в бессознательном состо-

янии. Если этому человеку влить в рот ложку воды, он — точнее его тело — автоматически глотнет ее. «Вот если вам, к примеру, нанести удар в челюсть, — жестом показываю, как — и вы, потеряв сознание, упадете, а вам — именно вам — вольют в рот ложку воды, что произойдет далее?», — спрашиваю я у М. Пациент, у которого с интеллектом и адекватной оценкой происходящего вокруг все в порядке, без промедления отвечает: «Я, точнее — мое тело — глотнет ее автоматически».

Так что же нарушает акт глотания? То, что под контролем сознания и что обеспечивает поступление жидкости или пищевого комка во вход пищевода — это, в первую очередь, мышцы глотки, языка, шеи. Таким образом, чтобы нормально глотать, надо не мешать автоматике работать, — было сказано пациенту — что вы и делаете, кушая перед телевизором, который отвлекает, а также в отсутствии заботливой и тревожной матери, которая вольно или невольно напоминает о глотании. Надо забыть проблему. Забыл проблему, забыл! Забыл проблему, забыл!

Было проведено пять одночасовых сеансов психотерапии на контакте по второму способу. Пациент располагался в мягком и глубоком кресле с подголовником, я сидел на жестком стуле напротив слева. Психотерапия проводилась в стиле сократического диалога с шутками, иронией, дружескими советами, напутствиями, пронизанными абсолютной уверенностью в том, что пациент освобождается от дисфункции глотания и навязчивого страха подавиться. Было поставлено условие — никаких проб (в стиле непечатной шутки), кушайте, как ели прежде, как будете есть всю оставшуюся жизнь. Автоматика функционирует нормально! Нормально!

На этом и расстались. Через неделю, по моей просьбе, мать втайне от М. сообщила, что у него все нормально, начал много есть.

Три года спустя, готовясь к циклу лекций для врачей по психосоматическим расстройствам, я перебирал в памяти, какой бы клинический случай поинтереснее продемонстрировать интернистам. Полистав рабочий журнал, я нашел телефон М. и позвонил. Поднял трубку он. Сообщил, что женат более двух лет, уже у них есть ребенок. Жизнь, работа, все идет нормально. На мое предложение участвовать в лекции для врачей по проблемам психосоматики ответил согласием без колебаний и даже, как слышалось по интонациям голоса, с удовольствием.

На лекции пациент присутствовал в зале. В конце лекции я предложил врачам задавать вопросы бывшему пациенту. Многие из

вопросов оказались довольно каверзными, но пациент отвечал на них аргументированно и солидно. Чувствовалось, что он глубоко разобрался в своей бывшей проблеме с физиологической и психологической стороны, в чем-то даже лучше врачей-курсантов. Признаюсь, такое поведение бывшего пациента, страдавшего в прошлом от дисфункции глотания, во многих случаях трудно поддающейся лечению, не могло не вызывать чувство удовлетворения результатом терапии.

Психотерапия на контакте спонтанно применялась и применяется врачами самых различных специализаций. Здесь мы имеем в виду не общеуспокаивающие и общестимулирующие психотерапевтические воздействия, а только ПТНК, специально направленную на устранение функционально невротических и личностных реакций и расстройств. Приведу два примера подобного рода.

Первый случай касается конверсионных расстройств у истерической личности, нередких посетителей различных врачебных кабинетов территориальных поликлиник.

В 1987 году мне случайно пришлось зайти по делу в кабинет известного и многоопытного фониатра. Ольге Григорьевне М. было далеко за шестьдесят, но, несмотря на некоторую полноту, она сохраняла женственность и была преданным врачебной профессии специалистом. Когда я, осторожно войдя, сказал, сопроводив знаками, что, молча, подожду, не отвлекая внимания ни врача, ни пациентки, фониатр сосредоточенно проводила врачебную процедуру пациентке, учительнице начальных классов с конверсионной афонией. Пациентка совершенно не могла издать ни одного звука, а фониатр, полностью сконцентрировавшись на больной, четко объяснила ей, что сейчас с помощью зеркала осмотрит состояние ее голосовых связок, а затем проведет с ней оздоровительную процедуру. Она слегка нагрела на расстоянии от спиртовки маленькое горловое зеркальце, проконтролировав температуру нагрева тыльной поверхностью своей руки и предупредив пациентку, что делает это для того, чтобы зеркальце не запотевало, но что боли не будет, что всю процедуру больная хорошо перенесет, очень хорошо. Фониатр и ее пациентка сосредоточенно сотрудничали в определенной степени телесном контакте, естественном при этой процедуре, при этом врач с круглым блестящим отоларингологическим зеркалом на голове, постоянно предупреждала больную, какое ощущение та может испытать, но боли не будет. Не будет! Однако, наряду с общим заботливым материнским то-

ном, інтонації О. Г. були і явно імперативними. Зная, що огляд зв'язок гортани горловим зеркалацем обычно супроводжується весьма неприємними відчуттями, я, тем не менше, не побачив і не почув, щоб хворобна їх випробувала, що вказувало на анестезію, викликану сугестією в звуженому стані свідомості пацієнтки.

Огляд зв'язки хворобної, О. Г. задоволено заявила, що є всі основи сподіватися на успішний результат. Вона попросила пацієнтку уважливо подивитися на неї і вислухатися в її голос. Далше я спостерігав чудо-цеління істерическої афонії за часом не більше 10 хвилин, протікаюче в формі дуэта фоніатра і пацієнтки. Приковав на себе всі увагу пацієнтки, фоніатр запропонувала їй тренінг як би откашливання вслід за нею. Почалося с откашливання в формі просто видоха, де спочатку слог «ХА» як би навіть і не звучав, а був просто видохом, но с 5–6 видоха звучання слога «ХА» проступало всі явственнее. І, нарешті, всі ми почували, як хворобна чітко произнесла «ХА». О. Г., котра і так всі часом підбадривала пацієнтку, вигукнула «Молодець!», стимулюючи її к чіткому повторінню слога «ХА» нескілько раз. Далше пошли слоги «ХО», «ГА», «ГО», при цьому ні о якій мові не згадувалося, а було інтенсивне співробітництво фоніатра як ведучої і пацієнтки як веденої в своєобразній індукції откашливання, завершючимся чітко произносимим слогом, далше ще більше чітко повтореном пацієнткою. Далше під видом того же откашливання пошли двойні і тройні слоги типу «ХА-ХА-ХА», «ХО-ХО-ХО» і т. п. і, нарешті, вслід за лікарем пацієнтка чітко произнесла «Хорошо», а далше нескілько раз повторила його вслід за лікарем.

Я стояв в кулі кабінету, глибоко вражений психотерапевтичним дією, произведеним досвідченим лікарем фоніатром, котра, як потім з'ясувалося в нашій з нею розмові, нічого і не підозревала о проведенні їй пацієнтці сеансу психотерапії на контакті. Вона називала подібну процедуру вокальної гімнастики, тренівкою. Цей спосіб вона розробила сама уже багато літ назад. На моє запрошення оформити цей її авторський спосіб терапії афонії в формі кандидатської дисертації О. Г. відповіла, сославшись на вік, іронічним відказом. В той же час, як явствует із спостережуваної ситуації, у пацієнтки, істерическої особистості с симптомами афонії, фоніатр індукувала специфічески звужене свідомість і на його фоні реалізувала лікувальні впливи

(NB! в стилі трансфера старих гіпнотизерів, о чому ми писали вище), в результаті чого пацієнтка і заговорила.

Другий випадок стосується психотерапії на контакті, проводимої хворобному с малопродіентної шизофренією в психіатрическому стаціонарі. Так як психотерапія впливає на особистість і через особистість, то у психічески хворобних подібним впливом можна домогтися мобілізації їх емоційно-вольових ресурсів, що створює передумови для більш успішної біологіческої терапії і реабілітації пацієнтів.

Во часі професорського обходу, проводимого в кінці восьмидесятих років минулого століття науковим керівником відділення пограничних станів і малопродіентних форм ендогенних психіческих захворювань ВНЦПЗ проф. А. Б. Смулевичем [12], керівниця відділення доповіла, що хворобній, аспірант інституту фізики, вопреки проводимої інтенсивної психофармакотерапії висказує песимістическі думки, впевнився в тому, що його плани в відношенні особистого внеску в розвиток фізическої науки рушатся, що приймаємі їм препарати ще більше затримують думку, і він настає на їх відміні, так як зрозумів, що хворобний незлічимою психіческою хворобою — шизофренією.

Здесь необхідно помітити, що обхід отличався повною зануреністю професора в динаміку психіческого стану кожного хворобного, по окремих точним зауваженням/питанням котрого було видно, що всіх хворобних відділення він глибоко вивчив, знає, проникся їх проблемами і вибудував в відношенні кожного із них конкретний план лікування. Вся свита – науковці співробітники (доктора і кандидати меднаук), аспіранти, лікарі відділення, а також іногородні лікарі, підвищуючі кваліфікацію на робочому місці, вроди мене, мовчки спостерігали і запечатлювали всі ці дії. Іногда професор уже в коридорі спитав/екзаменував когось із аспірантів і лікарів, об особливостях клініки, динаміки, лікування у тільки що відвіданого в палаті хворобного. Акцент робився на нюансах, ази були відомі, зрозумієтся, і самому молодшому співробітнику і аспіранту. Серйозний, дуже серйозний обхід, проводимий в атмосфері великої відповідальності за здоров'я і долю кожного хворобного.

Вот в цій атмосфері я став свідком діалогу хворобного, аспіранта інституту фізики, с професором А. Б. Смулевичем. Після нескількох фраз і уточнюючих зауважень відносно наукових проблем аспіран-

та Анатолий Болеславович, что называется, лечебно выругал больного, при этом как бы иронично и сердито заметив, что-де Энштейну позволительно было болеть шизофренией и одновременно быть гением, а нашему аспиранту — нет. «Все зависит от вас, — заметил он в конце короткого и эмоционально насыщенного диалога, — а нам не мешайте лечить вас, в этом случае успех будет обеспечен». У аспиранта отвисла челюсть от неожиданного и вдохновляющего известия, а взгляд засветился надеждой, свита же готова была аплодировать успеху в произведенной мэтром метаморфозе душевного состояния пациента.

Об этом сложном психотерапевтическом приеме: «лечебно выругать больного», впервые — как можно судить по литературе — примененным П. Дюбуа [3], я уже упоминал в своей монографии «Комплексная психотерапия соматоформных расстройств» (П. Дюбуа, 2000, с. 31). Корифеи медицины, в т. ч. психиатрии, не занимаясь специально психотерапией, но обладая призванием лечить и вкладывая себя в это дело, тем не менее временами сталкивались и сталкиваются с негативизмом/сопротивлением больных с проводимым методом терапии. Эмоциональное, неразумное, часто болезненное, сопротивление больных в этих случаях вызывает у врачей возмущение, но поскольку корифеи — это не просто врачи, а наиболее профессиональные, широко и глубоко образованные и, как правило, разносторонне талантливые, то им удается трансформировать свою эмоцию возмущения в весьма доходчивое переубеждение в приемлемой для всех упаковке дружелюбной сердитости, иронии, сожаления. У малопрофессионального врача без призвания подобное возмущение превращается в элементарную грубость, что еще более может затруднить контакт с больным.

Для того, чтобы посредством этого приема добиться терапевтического эффекта, особенно необходим продуктивный контакт, в достижении которого большое значение имеет авторитет врача и — повторяю — харизма, а также его искреннее желание и умение помочь страждущему, что больной (часто интуитивно) видит и слышит по мимике, жестам, интонациям<sup>2</sup>. Если это происходит во время профессорского обхода, то присутствие многочисленной свиты из компетентных и

заинтересованных врачей, чьи понимающие взгляды перегружают внимание больного и т. о. рассеивают его, то это неминуемо повышает внушаемость пациента. Хотя способ перегрузки описан М. Эриксоном [16], совершенно очевидно, что он подметил его у цыганок (но на это нигде нет ссылок), которые в разных местностях и странах, как мы неоднократно наблюдали, неизменно пользуются этим способом, которому они обучились, разумеется, не на семинарах-тренингах по т. н. эриксоновскому гипнозу, а у своих прародительниц.

Во всех приводимых клинических иллюстрациях, в т. ч. двух последних, показано, как в, казалось бы, обычных рабочих врачебных ситуациях достигался лечебный эффект, требующий при ином подходе значительно большей затраты времени и сил. Эффект же достигался благодаря сочетанию указанных выше факторов психологического воздействия, благодаря которым индуцировалось специфически суженное сознание у пациента, что и составляет ядро описываемого метода.

В первом клиническом наблюдении мы описали поэтапно и подробно, как необходимо поступать, чтобы создать необходимую ситуацию, благоприятствующую индукции суженного сознания у пациента, при этом имея в виду предрасположенности пациента (психические, физиологические, личностные), без учета которых едва ли возможна эффективная ПТ вообще.

У пациента М. заметна в прошлом предрасположенность к дисфункции глотания, проявившаяся в раннем детском возрасте, а также фиксация внимания по типу навязчивости на этом физиологическом акте. Забытые до поры до времени эти эпизоды дисфункции глотания всплыли в памяти, когда пациент в новой для себя ситуации, в общественном месте да еще в присутствии девушки, поперхнулся и испытал страх задохнуться. Психологическая ситуация в доме вокруг его проблемы, созданная (увы) не нарочно его заботливой и тревожно-мнительной матерью, способствовала фиксации внимания на акте глотания.

Благодаря своим характерологическим особенностям пациент с помощью собственных ему черт аккуратности, педантизма, преодолевал жизненно важную психофизиологическую проблему, но которые, помогая выжить, никак не развязывали клубка проблемы.

Терапевтические мероприятия, предпринятые неврологом и намечаемые консультантом-психотерапевтом, не соответствовали установкам/ожиданиям пациента — понять,

<sup>2</sup> — На это применительно к основоположнику нозологического направления в психиатрии выдающемуся немецкому психиатру Э. Крепелину, строгому и даже внешне несколько грубоватому, но которого больные любили, весьма точно указал П. Б. Ганнушкин [3].

что с ним происходит, разобраться самому и надежно устранить навязчиво возникающие спазмы в глотке во время еды и даже в преддверии ее.

Предпринятый в данном клиническом случае психотерапевтический подход — уважительное отношение к пациенту, к его стремлению вникать в детали, в нюансы всего, чем приходится заниматься, в том числе, разумеется, и его проблемы, но также и особенно (!) необходимость решительной поддержки в форме не навязанной (но ожидаемой) суггестии — толчка, подобного совершаемому инструктором при парашютном десантировании новичков, позволили быстро и эффективно устранить соматоформную вегетативную дисфункцию глотания, проявляющуюся по типу невротической навязчивой дисфагии.

Расслабленное состояние пациента в мягком и глубоком кресле, а также необходимость смотреть в лицо психотерапевта снизу вверх на протяжении часа не могло не вызывать утомления (кстати, не замечаемо-

го пациентом); на этом фоне неожиданные, короткие, емкие и значимые формулы внушения, произносимые, подобно коротким очередям, но без малейшего намека на дискуссию, на фоне продолжительного диалога о крайне важных для пациента вопросах, тотально поглощающих его внимание — все это не могло не вызывать сужение сознания, на фоне которого внушения реализовались наилучшим образом. При этом, обращая на это внимание, речь идет о психастеническом пациенте, который, согласно многочисленным научным исследованиям со времен Жане [4] и Павлова [6], относится к группе наименее внушаемых личностей.

При проведении выделенных нами второго и третьего способов психотерапии на контакте целевые терапевтические суггестии должны быть еще более, как сердечник в подкалиберном снаряде, прикрыты терапевтическими когнициями в форме разъяснений и убеждений/переубеждений, а также поглощающими внимание пациента разного рода отвлекающими словами и действиями.

### Литература

1. Бернгейм И. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней [Текст] / И. О. Бернгейм; пер. с франц. — Одесса. — Ч. I — 1887, Ч. II — 1888.
2. Дежерин Ж. Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией [Текст] / Ж. Дежерин, Е. Гокклер; пер. с франц. — М.: Космос, 1912. — 517 с.
3. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение [Текст] / П. Дюбуа; пер. с франц. — СПб.: К. Л. Риккера, 1912. — 382 с.
4. Жане П. Неврозы / [Текст] / П. Жане; пер. с франц. — Космос, 1911. — 315 с.
5. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии [Текст] / С. И. Консторум / под ред. Н. В. Иванова, Д. Е. Мелехова. — 2-е изд. — М., 1962. — 224 с.
6. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных [Текст] / И. П. Павлов. — М.: Наука, 1973. — 508 с.
7. Prostormolotov V. F. Hipnoza și derivatele ei în terapie stărilor limitrofe: Elaborări metodice [Text] / V. F. Prostormolotov. — Chișinău: MS RM, 1998. — 36 p.
8. Простомолотов В. Ф. Комплексная психотерапия соматоформных расстройств [Текст] / В. Ф. Простомолотов. — Кишинев: Presa, 2000. — 304 с.
9. Простомолотов В. Ф. Размышления о психотерапии [Текст] / В. Ф. Простомолотов. — Одесса: ВМВ, 2013. — 352 с.
10. Рожнов В. Е. О роли гипноза в психотерапии [Текст] / В. Е. Рожнов. // Вопросы психотерапии. — М., 1966. — С. 22–26.
11. Свядош А. М. Неврозы [Текст] / А. М. Свядош. — М.: Медицина, 1982. — 308 с.
12. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
13. Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия [Текст] / А. Форель; пер. с нем. — Л.: Образование, 1928. — 304 с.
14. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции [Текст] / З. Фрейд; пер. с нем. — М.: Наука, 1989. — 456 с.
15. Шерток Л. Непознанное в психике человека [Текст] / Л. Шерток; пер. с франц. — М.: 1982. — 312 с.
16. Эриксон М. Семинар с доктором медицины Милтоном Эриксоном: Уроки гипноза [Текст]: пер. с англ. — М.: Независимая фирма «Класс», 1994. — 316 с.

### КЛАСИЧНИЙ МЕТОД «ПСИХОТЕРАПІЯ НА КОНТАКТІ» В ЕМПІРИЧНОМУ ТА ПРОФЕСІЙНОМУ ВИКОНАННІ

В. Ф. Простомолотов  
 Інститут інноваційної та післядипломної освіти  
 Одеського національного університету імені І.І. Мечникова

У статті на підставі багаторічних досліджень ефекту психотерапії у працях патріархів, а також на власному великому матеріалі автор обґрунтовує правомірність виділення оригінального методу — «психотерапії на контакті». Складовими елементами методу є глибокий клініцизм,

### THE CLASSIC METHOD OF "PSYCHOTHERAPY ON CONTACT" IN THE EMPIRICAL AND PROFESSIONAL PERFORMANCE

V. F. Prostormolotov  
 Institute of Innovational and Postgraduate Education  
 of Odessa I. I. Mechnikov national university

The article is based upon years of research of the effect of psychotherapy in the works of the patriarchs as well as his own extensive material, the author proves the legality of an original method called "psychotherapy on contact." The composite elements of the method are deep clinicism,

культура і професійне наведення у пацієнта специфічно звуженої свідомості як основи для реалізації лікувальних установок.

**Ключові слова:** психотерапевтичний контакт, острах, звужена свідомість, навіювання, особистість.

culture and professional suggestion of specifically narrowed consciousness in the patient, as a basis for the implementation of medical sets.

**Key words:** psychotherapeutic contact, shock, narrowed consciousness, suggestions, personality.

УДК 616.89-008.441.3-085.831



И. К. Сосин

Ю. Ф. Чуев



А. М. Коробов

В. А. Коробов

## ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОННЫХ МАТРИЦ КОРОВОВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

И. К. Сосин<sup>1</sup>, Ю. Ф. Чуев<sup>1</sup>, А. М. Коробов<sup>2</sup>, В. А. Коробов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

<sup>2</sup>Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Аннотация.** В работе изучены возможности применения фотонных лечебных технологий в комплексной терапии постабстинентного синдрома в клинике опиоидной зависимости для коррекции аффективных, болевых и агрипнических расстройств. Объектом исследования явились 2 группы больных: контрольная группа получала стандартную медикаментозную терапию, основная — комплекс стандартной и фотонной терапии с применением матриц Коробова. Показано, что лечебная эффективность применения фотонных технологий определялась редуцирующим воздействием на алгические и аффективные нарушения, проявлялась снижением степени психологического и физического дискомфорта. Комплексное применение фотонных технологий и стандартной терапии позволяло взаимно потенцировать корригирующие эффекты в отношении ведущих клинических синдромов, что обеспечивало мягкое течение постабстинентного синдрома, сокращение его продолжительности и повышение реабилитационного потенциала пациентов.

**Ключевые слова:** опиоидная зависимость, комплексная терапия постабстинентного синдрома, фотонные матрицы Коробова.

### Введение

Многолетний опыт работы в наркологии показывает, что длительное и массивное потребление наркотическими больными психоактивных веществ неизбежно приводит к тотальному формированию тяжелых, коморбидных постинтоксикационных расстройств соматического и неврологического спектра. У большинства пациентов развивается синдром астении, общее истощение с системным угнетением функционирования жизненно важных органов, появляются разноплановые алгические стигмы, аффективные и агрипнические нарушения, хроническо-септические расстройства, определяются другие визуальные признаки хронической интоксикации [1, 2].

Данная констатация требует после проведения детоксикационной терапии включать в комплексные программы лечения принци-

пиально новые терапевтические подходы, базирующиеся, в том числе, на применении инновационных фотонных технологий, обладающих выраженными эффектами общетерапевтического и лечебно-восстановительного действия. На основе клинического анализа были выявлены «адресные мишени» фотонных технологий при купировании факкультативных синдромов и симптомов наркотопатологии, которыми являются постинтоксикационные болевые, астенические, психопатологические и соматоневрологические расстройства [3–5].

**Целью** настоящей работы является адаптация современных фотонных технологий для лечения наркотических заболеваний.

### Материалы и методы исследования

Исходя из поставленной цели, в комплексных программах лечения наркотических больных (опиоидная зависимость)