

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.*

*Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт [www.MyWord.ru](http://www.MyWord.ru) является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

# **В.П. Гиндин**

## **Светлый сон аббата Фариа**

### **Очерки**

### **интервенционной**

### **психотерапии**

УДК 616.89

ББК56.13

Г49

Серия «Библиотека психотерапии и консультирования  
под редакцией профессора В.В. Макарова»

разработана при участии

**Профессиональной Психотерапевтической Лиги.**

**Гиндин В.П.**

Г49 Светлый сон аббата Фариа: Очерки интервенционной пси-хологии. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — 127 с. (Библиотека психотера-пии и консультирования под редакцией профессора В.В. Мака-рова) I8ВИ 5-9292-0097-1

Эта книга — не учебник и не руководство по психотерапии. Написан-ная в жанре эссе, она открывает читателю мир интервенционной пси-хологии, основательно вытесненной психотерапевтическими методиками гуманистического направления. В живой и увлекательной форме автор де-лится с читателем своими мыслями о прошлом и настоящем директивных методов психотерапии, размышляет о природе «чудесных» исцелений, ана-лизирует деятельность терапевтов прошлого и настоящего, атакже причи-ны небывалого успеха интервенционных психотерапевтических методов в России.

В книге затрагивается вопрос о соотношении российского менталите-та, православия и психотерапии.

Книга вызовет интерес у психотерапевтов, психиатров, наркологов, а также у широкого круга читателей, интересующихся психотерапией.

© В.П. Гиндин, 2003

іссіі.1 е гплл пп-і

ІВВ^ 5-9292-0097-1

® ПЕР СЭ, оригинал-ма-

кет! оформление, 2003

*Памяти моего учителя, профессора Владимира Евгеньевича Рожнова,  
посвящается*

**Предисловие**

*Некоторые книги следует только отведавать,*

*другие — проглотить, и лишь немногие*

*стоит разжевывать и переваривать.*

Ф. Бэкон

Методы психотерапевтической интервенции известны с незапамятных времен. В современной психотерапии их называют директивными, манипулятивными, косвенными, опосредованными и т. д. Они описаны почти во всех современных руководствах по психотерапии, но применяются крайне редко. Такой древний, но в то же время высокоэффективный метод, как гипнотерапия, вообще исчез из арсенала множества современных психотерапевтических приемов.

Оправдано ли применение директивных методов психотерапии, когда весь мир, а последние десятилетия и Россия, использует психотерапию гуманистического направления, адресованную к личности пациента?

Французские психотерапевты еще в начале XX века отказались от гипноза, посчитав его опасным и вредным.

Особое неприятие вызвал гипноз у Бабинского и его учеников. В 1910 г. он писал, что гипноз «...это опасный метод, смесь игры, обмана и симуляции» (82, с. 11). После работ П. Жане (1918) последовало глухое молчание. В 1923 г. он писал, что закат гипноза всего лишь преходящее затмение, сиюминутное случайное происшествие в истории психотерапии. «Как только мода завершит свой круг, она вернется к лечению посредством гипнотического внушения, как она возвращается к забытым шляпкам наших бабушек и мам» (1919). «Гипноз мертв — пока не воскреснет» — верил П. Жане (82, с. 12).

В «похоронах» гипноза, как ни странно, большую роль сыграл З. Фрейд, испугавшись собственного открытия (случайного) трансфера. Но в начале своего пути «работа с помощью гипноза была чрезвычайно увлекательна. В первый раз появилось чувство преодоления своего бессилия, да и слава чудотворца была очень лестной» — так он писал в своей автобиографии, изданной в 1925 году.

Но это воспоминания. А что было раньше? В 1909 г. в «Лекциях о психоанализе» он писал: «Вскоре гипноз стал для меня неприятен, как капризное и, так сказать, мистическое средство. Только тогда, когда вы исключите гипноз, вы сможете заметить сопротивление и вытес-

6

нение и получите действительно правильное представление о патогенном процессе» (64, с. 155).

Что же подвигло З. Фрейда так резко отказаться от гипноза? Боязнь обвинений в шарлатанстве, мистифицизме? Конечно, нет. Обвинение в эротизме гипноза, которое как «Дамоклов меч» висело над всеми гипнотизерами, начиная с А. Месмера. В 1921 г. З. Фрейд сам признавался, что «гипнотические отношения заключаются в неоязвительном любовном самопожертвовании за исключением полового удовлетворения» (64, с. 41).

В последующем, видимо, испытывая чувство вины перед покоящимся мертвым телом гипноза, выступая в 1918 году на конгрессе в Будапеште, он сказал: «Практикующие психоанализ должны будут примешивать к чистому золоту анализа значительное количество меди прямого внушения» (64, с. 86).

Я не буду останавливаться на истории возрождения гипноза за рубежом. Об этом ярко и страстно пишет Леон Шерток в своей замечательной книге «Гипноз». В России гипноз никогда не умирал, и только начиная с 80-х годов прошлого века интерес к нему померк, заслоненный тенью гигантского числа психотерапевтических методик гуманистической направленности. Но на смену классическому гипнозу пришли методы стрессовой, шоковой гипнотизации, получившие название «кодирования».

Имеют ли они право на существование, каковы показания, проти-вопоказания, каковы побочные эффекты, какова результативность этих методов?

Скептическое и даже презрительное отношение к интервенционным методам некоторых уважаемых ученых, называющих краткосрочную шоковую психотерапию «парикмахерскими услугами» (43-а, с. 12), побудило меня защитить право на существование этих методов и открыть глаза молодым коллегам (профессионалы — не в счет), что «кодировать» — далеко не просто, что для этого необходимо быть профессионалом и творческой личностью. Конечно, имеются опасения, что в погоне за деньгами достаточно много «кодировщиков» опустятся до шарлатанства, вызывая своими непрофессиональными действиями неверие в эффективность лечения. Но это уже издержки современности. Прав был Б. Шоу: «Нет ничего опаснее нищего врача».

Еще в 1891 году психиатр А. А. Токарский защищал гипноз на IV съезде русских врачей: «Смешно было бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку за дверьми храма науки, что это — подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его доста-точно

поняли и захватили своими руками» (64, с. 151).

Начну я свой труд с пролога, живописующего странную и загадочную жизнь основоположника интервенционной психотерапии аббата Фариа.

Не претендуя на талант писателя, хочу привести слова известного на Западе психотерапевта Джона Бьюдженталя: «...Что бы там ни говори-ли, а те из нас, кто пишет книги, может быть, являются лучшими художниками-писателями, чем художниками-психотерапевтами» (77, с. 252).

7

Пролог

### **Тайна «бронзового аббата»**

*Многие идеи получают развитие,  
будучи внедрены в разум, отличный от того,  
в котором они зародились.*

Оливер Венделл Холмс

Если вас, читатель, судьба занесет в бывшую португальскую колонию Гоа на западном побережье Аравийского моря в Индии, обязательно побывайте не только в «городе мертвых» Гоа-Велья, а загляните в сто-лицу этого теперь индийского штата. Вы увидите в самом центре го-рода внушительную и зловещую скульптурную композицию, изобра-жающую волевого человека с длинными волосами и рукой, вытянутой книзу в попытке загипнотизировать полулежащую женщину. Таким изображен Аббе Фариа.

О нем и о его жизни сейчас мало кто знает, но жизнь Фариа была такая же странная и интересная, как и история того феноменального мира, который он открыл для других. С самого начала его жизнь — это мистическое сочетание вымысла и правды.

Аббат Фариа родился в португальской колонии Гоа 30 мая 1756 г. в семье священника, происходившего из рода богатого индийского брамина Анту Синай.

Мальчика нарекли Хосе Кустодио Фариа.

С 15-летним сыном Хосе Каэтано (отец мальчика) отправился в Лиссабон. На корабле «Святой Хосе» они прибыли в столицу Порту-галии в ноябре 1771 года.

Особенно преуспев в задуманных делах, Каэтано через несколько месяцев отправился в Рим, где ему удалось получить звание докто-ра, а сына отдать в католический колледж пропаганды. В 1780 году Хосе, закончив курс теологии, возвращается в Лиссабон и по протек-ции отца, ставшего духовником королевы, назначается проповедни-ком королевской церкви.

В 1787 г. в Гоа возник заговор, участниками которого считали отца и сына Фариа. Сбежав от ареста в Париж, молодой Хосе в 1789 г., во времена французской революции, командует батальоном санкюлотов. Но религиозное прошлое аббата не давало покоя революционным вла-стям, и Хосе опять, опасаясь ареста, бежит в Марсель.

Позже он становится членом медицинского общества, профессо-ром Марсельской академии. Преподавая в местном лицее теологию,

8

аббат присоединяется к бунту учащихся, его переводят в Ним помощ-ником преподавателя.

Однако и здесь революционные власти, уже периода императора Наполеона I, не оставили мятежного аббата в покое, обвинив его в связях с последователями Гракха Бабефа. В Марселе, куда привезли Фариа в карете с железными решетками, состоялся суд, решением которого Фариа, как опасный преступник, был заточен в тюремный замок Иф. После свержения Наполеона I в 1814 году Фариа был ос-вобожден из-под стражи.

Вернувшись в Париж после освобождения, аббат открывает в доме №49 по ул. Клиши зал магнетизма. Всего 5 франков требовалось зап-латить за то, чтобы стать свидетелем чудесных опытов аббе Фариа.

Магнетическую практику аббат получил еще ранее у последовате-ля и ученика великого А. Месмера маркиза де Пьюисегюра, она удач-но наложилась на тайные знания своих предков-браминов, широко использовавших гипноз в отправлении индуистских религиозных об-рядов.

Магнетический зал пользовался огромным успехом у публики.

Странная личность аббата — высокий рост и бронзовая кожа, ре-путация чудодея и врачевателя — немало способствовали его успеху.

Очень скоро практика магнетизма убедила Фариа в том, что ниче-го сверхъестественного в сомнамбулизме нет. Он разъяснял: «Не в маг-нетизме тайна магнетического состояния, а в магнетизируемом — в его воображении: «Верь и надейся, если хочешь подвергнуться внуше-нию». В I томе своего труда, вышедшего в год смерти (?) автора в 1819 году, «О причине ясного

сна или исследование природы человека, на-писанные аббатом Фариа, брамином, доктором теологии» (ясный сон в разных переводах с французского — светлый, прозрачный — хоттеіі Ісісіе) он писал: «Всякий раз, когда чувства полного удовлетворения или глубокой печали, получаемые нашими внутренними органами, остаются в глубинах нашего сердца и не имеют выхода, они обретают во внутреннем покое, порожденном сосредоточенностью, свободу следовать своим первоначальным путем, приводя к неожиданным взрывам. Тот, кто испытывает все эти чувства, неизбежно подчиняется их силе, не будучи в состоянии управлять ими по своему желанию, подобно тому, как нет человека, который смог бы воспрепятствовать проникновению в душу восприятия, если соответствующее ощущение уже имеется в органах чувств; ведь эти впечатления возникли в сфере интуиции, что сделало их совершенно неподвластными воле, которая способнауправлятьлишьвнешними чувствами» {83, с. 199).

Недруги, а это были ученые и церковники, с яростью и хулой об-рушились на «бронзового аббата». Первые утверждали, что Фариа шарлатан и обманщик, вторые — что он маг и чернокнижник, а маг-нетизм — результат действия флюидов адского происхождения.

Вскоре аббат был всеми покинут и забыт. Чтобы не оказаться в ни-

9

щете и не умереть с голоду, Фариа «покаялся», получил скромный приход и стал вести обычную жизнь смиренного пастыря.

Но за отрешенной от мира маской старого священника скрывалась огненная душа, пылкий ум, ищущая ответа совесть. В тайне от окру-жающих он задумал свой великий труд, но успел написать только I том. В годы выхода книги шестидесятитрехлетний священник исчез. И несмотря нато, что парижская газета «Монитор» в номерах от 1 до 5 октября 1819сообщила о кончине Фариа, до сих пор исход его жиз-ни неизвестен.

Аббе Фариа не был ученым-медиком. Но несмотря на это, его ве-ликой заслугой стало то, что он постиг, говоря его словами, истинный «характер человека в прозрачном сне».

Впоследствии методику погружения в состояние гипноза методом фасцинации (завораживанием), как это делал Фариа, использовали в лечебных целях Брэд, Бертран, Льебо, Шарко.

Поистине аббе Фариа был гением-самородком, но по достоинству смог это оценить лишь Александр Дюма, обессмертив его имя в рома-не «Граф Монте-Кристо».

В Португалии Фариа — один из популярных героев. Еще в 1925 г. в Лиссабоне вышла книга известного психиатра Эгаса Мониша — в будущем лауреата Нобелевской премии — «Аббат Фариа и история гипнотизма». В 1935 г. «Большая португальская энциклопедия» (том 10) в сокращенном виде изложила статью профессора Мониша, упо-мянув, что многочисленные страницы в биографии Фариа дали пищу для легенд.

В Марселе, стремясь почтить память А. Дюма, отцы города дали одной из улиц в квартале, раскинувшемся по склону холма, который высится над главной улицей Кашбьер, имя графа Монте-Кристо, дру-гой — Эдмон-Дантеса, третьей — аббата Фариа (3, 7, 13, с. 22).

Тайна «бронзового аббата» — не в обстоятельствах его биографии. Тайна в его таланте, в его поисках. Реальный аббат Фариа умер. Вы-мысленный живет в методе психотерапии, названном его именем и положившем начало целому направлению в психотерапии — интер-венционной психотерапии.

10

Глава I

### Истоки сознания

*Наши знания никогда не могут иметь конца именно потому, что предмет познания бесконечен.*

Б. Паскаль.

*Мы не знаем материи, лишенной сил, и, наоборот, не знаем сил, которые не были бы связаны с материей.*

Гегель.

### 1. От фазовых состояний к «сумасшествию» на двоих

Когда я начал применять методику стрессопсихотерапии, меня все чаще и чаще стали одолевать мысли: «А что же все-таки я делаю? Что происходит с пациентом после «кодирования»? Почему даже самый отъявленный потатор после одного сеанса вдруг прекращает пьянство и многие годы идет по светлому трезвенническому пути?»

Воспитанный на догмах диалектического материализма и теории И. П. Павлова, я верил и пропагандировал идею главенства коры го-ловного мозга над всеми сущностями человеческой физиологии. Но ведь иначе мыслить тогда было невозможно.

Наука была подмита идеологией.

На печально известной сессии двух академий — АН и АМН СССР, посвященной физиологическому учению И. П. Павлова, созванной по воле И. В. Сталина и строго им контролировавшейся, была подтверждена важность гипноза, как глубокой психотерапии, основанной на физиологических идеях И. П. Павлова. Начиная с горбачевской пере-стройки стали появляться в открытой печати сообщения, свидетельствующие о том, что предложенная в свое время павловская теория гипноза, как лечебное торможение коры головного мозга, является не более чем чистой фантазмагорией. А до этого никто бы не посмел сказать о том, что кроме корковых есть еще и другие процессы, регулирующие жизнедеятельность человека. Как откровение я воспринял теорию Ган-са Селье о значении ретикулярной формации. Но ведь только в 1965 году эта теория была впервые открыто опубликована в руководстве «Судебная психиатрия» под редакцией профессора Г. В. Морозова. Тогда впервые были исследования Мегуна и Морucci об активирующем действии ретикулярной формации на кору головного мозга. По теории И. П. Павлова, гипноз — это частичный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодр-

## 11

ствующий «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий «раппорт» между гипнотизером и гипнотизируемым. В гипнотическом состоянии имеются три фазы — уравнительная, парадоксальная и ультрапарадоксальная, которыми будто бы объясняются гипнотические феномены — ожог, вызываемый холодным предметом, внушенные галлюцинации, постгипнотические внушения и т. д.

Можно сколь угодно бродить в дремучем терминологическом лесу, пока не появится тропинка, ведущая к истине. Но какая истина могла открыться И. П. Павлову, когда он механически переносил на психическую деятельность человека результаты некорректно поставленных опытов на собаках, находящихся в условиях неволи?

А куда же тогда подевалась знаменитая 11 сигнальная система, которой, как известно, у собак нет? А как павловская теория сочетается с признанием современной наукой бессознательного в аффективной жизни субъекта? (38, с. 31).

И в чем же тогда материализм павловского учения, если основоположник диалектического материализма В. И. Ленин писал, что материя «...философская категория для обозначения объективной реальности, которая... отображается нашими ощущениями, существуя независимо от них» (СЭС, 1989, с. 783).

Каким образом исследователь и исследуемый объект могут ощутить те самые пресловутые фазовые состояния?

Но теория И. П. Павлова была значима не столько ее псевдоматериалистической направленностью, она была нужна господствовавшей в то время коммунистической идеологии.

Другой «идеалистической» теорией, пытающейся объяснить механизмы гипноза, является теория психоанализа З. Фрейда. В 1921 г. в книге «Психология масс и анализ личности» он проводит мысль, что гипноз — это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям. Этот феномен перенесения и создает, по мнению Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому.

Последователь Фрейда Ференци (1975) видит в гипнозе возрождение комплекса Эдипа с его любовью и страхом. Отсюда два типа гипноза: «материнский», основанный на любви, и «отцовский», базирующийся на страхе.

Шильдер (1938) считает, что пациент, приписывая врачу всемогущество, тем самым реализует собственные сексуально-инфантильные фантазии.

Штеварт (1969) допускает, что в состоянии гипноза пациент находится в амбивалентном положении по отношению к гипнотизеру, которого он любит и ненавидит одновременно. Гипнотическое состояние базируется на фикции: гипнотизер, если он хочет добиться гипнотического трансa, должен делать вид, что он всемогущ. Но «бессознательное»

## 12





пациента «знает», что гипнотизер делает вид, и компенсирует эту ситуацию ощущением, что он сам принуждает гипнотизера к этой фикции и сам контролирует гипнотическую ситуацию.

Орне (1959) пишет: «...гипноз во многих отношениях можно рассматривать как «Гоііе а'іеих» (сумасшествие на двоих): каждый, вовлеченный в гипнотические отношения, играет роль, которую другой от него ожидает. Пациент ведет себя так, как будто он не может сопротивляться внушениям гипнотизера, а тот играет роль всемогущей личности» (38, с. 37).

Проводя рациональную психотерапию, еще можно было объяснить пациентам существо гипноза «бодрствующим очагом в заторможенной коре», но никак не с психоаналитических позиций.

Во-первых, из нагромождения психоаналитических терминов суть

### 13

явления от пациентов ускользала, а во-вторых, не принято, да и опасно было идти против теории И. П. Павлова, вооружившись учением З. Фрейда.

Новое «перестроечное» мышление дало свободу выражать свое, какое угодно мнение, можно было критиковать «все и вся».

Так было не только в психотерапии, но и вообще в целом. Свобода оказалась кажущейся, не имела опоры: старые идеологические догмы рухнули, а новой идеологии так до сих пор не выработано.

Множество людей, растерявшихся от накрывшего их «капиталистического социализма», кинулись искать правду, утешение не в храм, а у несметного числа целителей, экстрасенсов, телепсихотерапевтов, будто бы несших в себе свет истины.

Природа феноменов, которые возникали у части пациентов после телесеансов психотерапии Кашпировского и Чумака, невозможно было объяснить павловскими, а тем более фрейдистскими теориями.

И вот в конце 80-х годов XX века начали исподволь, осторожно и только в научно-популярной литературе, появляться свидетельства, регистрируемые научным путем, о наличии материального базиса сознательных и бессознательных процессов человеческой психики.

То, о чем я сейчас собираюсь написать, возможно, достойно восклициания чеховского отставного урядника Войска Донского Василия Семи-Булатова: «...Вы сочинили и напечатали, ... что будто бы насамом величайшем светиле, на Солнце, есть черные пятнышки. Этого не может быть потому, что этого не может быть никогда» (Чехов А. П., *Письма к ученому соседу*. Соч., М. 1954 г., Т. I, с. 71).

И я, также как директор НИИ мозга АМН СССР академик Н. П. Бехтерева (на нее я буду ссылаться еще много раз), попытаюсь осторожно вторгнуться в пределы современной науки — науки об истоках сознания. Вот что писала по этому поводу Н. П. Бехтерева: «Я знаю, как опасно двинуться в это Зазеркалье. Я знаю, как спокойно оставаться на широкой дорожке науки, как повышается в этом случае индекс цитирования и как снижается опасность неприятностей в виде разгромной уничтожающей критики иногда с непредвиденными угрозами... Ученый не имеет права отвергать факты (если он ученый!) только потому, что они не вписываются в догму, «мировоззрение» (87, с. 19).

Чтобы избавить себя от критики марксистско-ленинских ортодоксов, стоящих на страже постулата о первичности материи и вторичности сознания, сошлюсь еще раз на высказывание основоположника: «... и мысли, их источник и их природа точно такая же реальная материя и столь же заслуживающий изучения материал, как и все иное (Ленин В. И. *Философские тетради*. М., Политиздат, 1990, с. 640).

Итак, какие же они, истоки сознания?

**14**

## **2. Эйдосы, магнетический флюид, лептонный газ - миф или материя?**

*Человек — самое непостижимое для себя творение природы,  
и он ему трудно уразуметь, что такое материальное тело,  
еще труднее — что такое дух, и уж совсем непонятно,  
как материальное тело может соединиться с духом.*

Б. Паскаль.

Утверждение о том, что мысль, сознание имеют в своей основе материальный базис, приходила в голову не только В. И. Ленину. Еще Платон полагал, что мир идей (эйдосов) столь же реален, как и мир объектов, — и даже более реален, чем мир объектов. «Объекты, — говорил Платон, — представляют собой лишь тени идей. Мы в своем человеческом состоянии подобны узникам, закованным в пещере спиной к выходу и свету. Наблюдая тени на стене пещеры, отбрасываемые существами и объектами, проходящими мимо входа, мы думаем, что это и есть реальность, не задаваясь вопросом о том, откуда же берутся тени, не догадываясь, что их источник находится у нас за спиной» (88, с. 39).

Это умозрительное заключение Платона нашло свое физическое объяснение только в 70-80-х гг. XX в. До этого же почти 2 тысячи лет представление о материальности сознания наукой не признавалось и сбрасывалось в пропасть оккультизма.

Также случилось и с А. Месмером, разработавшим теорию всепроникающего «магнетического флюида», при помощи которого можно лечить различные душевные и телесные недуги. Но комиссия, созданная по приказу Людовика XVI, который и сам был пациентом Месмера, куда входили корифеи науки того времени — Лавуазье, Франклин, Гийотен, Бальи, пришла к заключению, что «магнетический флюид» — миф. Из секретного доклада второй комиссии следовало, что флюид не только миф, но опыты Месмера ведут к падению нравов. После таких уничтожающих заключений никто в последующем не смел даже заикнуться о материальном базисе психических явлений.

Все это можно было бы сравнить с изучением атома, считавшегося до начала XX в. неделимым (по-гречески атом — неделимый). Если бы не открытия Э. Резерфорда и Н. Бора, положившие начало квантовой физике, мы до сих пор бы считали, что атом — это конец мироздания. Теперь же любой старшеклассник скажет, что материя бесконечна.

Как не восхититься провидческим даром С. Цвейга, защищавшего Месмера в книге «Врачевание и психика»: «...почему не может человеческое тело, близость которого возвращает угасшему жемчугу блеск и сияние жизненной силы, не создавать действительно вокруг себя ореол теплоты или излучений, действующих на нервы возбуждающе или успокаивающе? Почему в самом деле не могут возникать

**15**

между телами и душами тайные течения и противотечения, не может существовать между индивидом и индивидом притяжение и отталкивание, симпатия и антипатия? Кто в этой области дерзнет произнести смелое «да» или дерзкое «нет»? Может быть, уже завтра физика, работающая с все более и более тонкими измерительными приборами, докажет, что мы сегодня воспринимаем просто как напор душевной силы, есть все же нечто вещественное, доступная восприятию тепловая волна, проявление электрических или химических сил, энергия, которую можно измерить и взвесить, и что нам приходится вполне серьезно считаться с тем, над чем отцы

наши смеялись, как над глу-постью. Поэтому возможно, вполне возможно, что мысли Месмера о творчески излучающейся жизненной силе, суждено еще вернуться в мир, ибо что такое наука, как не постоянное претворение в действительность древних грез человечества». А посвятил свою книгу С. Цвейг не кому-либо, а А. Эйнштейну, человеку, перевернувшему веками установленные традиции, и написал на первой странице: «Альберту Эйнштейну — почтительно» {61, с.41-42}.

Исследования психической деятельности человека физическими методами и, в частности, квантовой механикой еще не нашли признания в широких научных кругах. Да, исследовательский инструментальный пока несовершенен. Ряд исследователей категорически отвергает материальную природу, т. н. «пси»-явлений.

Но нужно быть полными агностиками, чтобы заявлять, что каких-то явлений не существует лишь потому, что мы не можем их дифференцировать. Хочется ответить таким исследователям словами У. Шекспира: «Есть много, друг, Горацио, на свете, что и не снилось нашим мудрецам».

И все-таки попробуем суммировать основные положения современной науки, свидетельствующие о материальном базисе сознания.

Материализм всегда стоял насмерть: нет никаких духовных измерений, все это «примитивные суеверия». Его ревнители не могли отрицать существование мыслей и чувств, но были твердо убеждены: сознание — «это продукт высокоорганизованной материи — мозга». На естественный вопрос, что это за продукт и где он находится, авторы учебников туманно бормотали о некоей «субъективной реальности», о чем-то «идеальном в противоположность материальному» (т.е. объективно несуществующему). Получалось, что оно — сознание — как бы и существует, и не существует одновременно.

Парадокс, но обладатели мистических знаний выглядят куда большими материалистами, чем традиционные ученые.

Мистики во все века утверждали, что кроме физического тела у человека есть еще и другие — невидимые, но вполне материальные тела. И сотканы они из материи куда более тонкой, чем материя плотного вещества. Их «ткань» отличается более высокой частотой вибраций и потому не воспринимается зрением — она как бы прозрачна для глаза. Эти тон-

## 16

кие тела, говорят эзотерики, и есть «душа» —местилище наших чувств, желаний и мыслей. Асами чувства и мысли — тонкоэнергетические образования, которые «излучаются» невидимыми «телами» человека.

Анализируя феномен сознания, наука пришла к понятию о неведомом (тонкоматериальном) информационно-энергетическом мире. Сознание, по мнению некоторых исследователей, это вид энергии, который неразрывно связан со структурой физического тела. Каждый организм, каждый объект Природы имеет физическую и энергополевою структуры.

Еще в 70-е годы прошлого века во время опытов в области квантовой физики исследователи с изумлением обнаружили: мысль экспериментатора непосредственно влияет на поведение элементарных частиц! Вскоре стало ясно, что сознание — не призрак, не абстракция, а какая-то физическая реальность. Уже убедительно доказано, что под воздействием мысли, эмоций и воли человека изменяются ДНК, структура и химический состав жидкостей, программируется поведение животных, меняются показания физических приборов.

«Я не могу себе представить Вселенную и человеческую жизнь без какого-то осмысленного начала, без источника духовной «теплоты», лежащего вне материи и ее законов», — писал академик А. Д. Сахаров.

Каковы же материальные носители сознания? По одним гипотезам, это сверхлегкие элементарные частицы (аксионы, микролептоны, нейтрино и пр.). Другие говорят о неких полях — торсионных, солитонных, морфогенетических и прочих, которые формируются вокруг человека и несут информацию о его эмоциях и мыслях. С помощью специальной аппаратуры эти излучения, поля, частицы научились регистрировать и даже фотографировать.

Академик РАМН Влaиль Казначеев, один из авторов лептонно-электромагнитной теории о материальных носителях физических полей считает, что этими носителями являются лептоны (легкие элементарные частицы, начиная с электронов) и представители их подкласса — микролептоны (начиная с нейтрино).

Другой разработчик теории лептонного поля, доктор физико-математических наук проф. Б. И. Исаков, считает, что «мысли и эмоции человека материальны и в прямом смысле слова могут быть легкими или тяжелыми, их масса варьирует в пределах  $10^{39}$  —  $10^{30}$  граммов. Вокруг всех тел существуют «стоячие» лептонные волны — квантовые голограммы. Каждая голограмма



содержит всю информа-цию о теле, являясь его информационным двойником.

Профессор А. Ф. Охатрин говорит о неких сущностях, построен-ных на нейтринной основе. Он создал аппаратуру для наблюдения за микролептонными полями. При мысленном воспроизведении обра-зачеловека возникает микролептонный кластер (сгусток, скопление), и прибор реагирует на него. Подобный кластер способен самостоя-тельно передвигаться, что также фиксируется прибором. Опыты по

17

созданию мысленных образов проводил в своей лаборатории и проф. А. В. Чернетский (80, 81).

Эксперименты привели к появлению образований и более сложно-го плана. Это т. н. мыслеформы — некие энергетические сгустки на полевом уровне, порождаемые мыслями или эмоциональными всплес-ками, выбросами.

Коль скоро сущности эти составлены действительно из микролептон-ных полей, то они отнюдь не бесшотны, как не бесплотны и мысли, вы-зывающие подобные мыслеформы. Доктор психологических наук профес-сор В. Н. Пушкин пишет: «Все сказанное позволяет сделать вывод о том, что существует такая реальность, которая, будучи вполне материальной, обладает одновременно и свойствами психического. Именно эта форма материи позволяет лепить образы, адекватные предметам окружающего мира. Иначе говоря, психика, если ее рассматривать в аспекте бытия, ока-зывается своеобразной формой материи» (26, с. 17, 25, 227, 254).

Академик Н. П. Бехтерев считает: «Дальнейшее развитие науки, воз-можно, внесет какую-то ясность в понимание этих странных явлений. Но вряд ли их понимание может способствовать умалчиванию их в научной и научно-популярной литературе. Вопрос поставлен. Следующее поко-ление ученых или так же, как и предыдущее, будет шарахаться от него, или, преодолев запреты, займется подбором ключей к этим явлениям... Многое пересматривается сейчас теми, кто ходит по миру с открытыми ушами и глазами. Важно, чтобы среди них были и ученые» (10).

Валерий Брюсов писал в своем стихотворении «Мир электрона», датированном 13 августа 1922 г.:  
*«Быть может, эти электроны — Миры, где пять материков, Искусство, знанья, войны, троны И память сорока веков!*

\* \* \*

*Еще, быть может, каждый атом — Вселенная, где сто планет; Там — все, что здесь, в объеме сжатом, Но также то, чего здесь нет.*

\* \* \*

*Их меры малы, но все та же*

*Их бесконечность, как и здесь;*

*Там скорбь и страсть, как здесь и даже*

*Там та же мировая спесь.*

(Валерий Брюсов. Стихотворения и поэмы. Л., Советский писатель, 1961, с. 472). Разве он был неправ?

18

3. Отпіа теа тесит роііоГ

*Ни одно существо, насколько я знаю, не способно производить,  
как мы, этот таинственный ток, который мы называем мыслью,  
разумом, пониманием, рассуждением, душой, духом, добродетелью,  
добротой, справедливостью, знанием, потому что он обладает тысячью  
имен, хотя и имеет одну сущность. Все в нас приносится ему в жертву.*

М. Метерлинк.

Пытаясь проложить себе путь в этом мире, я постоянно ищу объясне-ние окружающим меня явлениям.

Ну хорошо, допустим, что мысль — это поток материальных частиц, проникающих в сознание другого человека на бытовом уровне или при психотерапевтическом воздействии. И что же дальше? Где, в каких ана-томических структурах мозга происходит закладка «матрицы» («имп-ринта»), определяющей посттерапевтические проявления в аффектив-ной, волевой и поведенческой деятельности субъекта психотерапии?

Мозг истощающим образом описан с его анатомической сторо-ны. Но как осуществляется его связь с психикой, каково участие моз-га в построении окружающего мира, в регуляции поведения? Наука на эти вопросы пока не дает исчерпывающего ответа.

Остановимся на рассмотрении наиболее дифференцированной, сложной и до сих пор еще загадочной области коры — лобного отде-ла, имеющего непосредственное отношение к генезу

психотерапии (гипноза, трансовых состояний).

В повседневной деятельности лобная кора работает в режиме по-вышенной функциональной активности при конфликтных ситуациях, решении сложных задач.

Исследования известного российского нейрофизиолога А. С. Ба-туева (6) определили функциональное значение связей лобной области коры. Были выявлены три кольца саморегулирования — лобно-таламическое, лобно-гипоталамическое, лобно-ретикулярное.

Известно, что важнейшим связующим звеном между высшей лобной регуляцией и всеми познавательными процессами является речь. Речевые зоны коры находятся в задней части лобной доли. Вообще речь является каналом регуляции, связывающим лобные доли с остальной корой. Но в обычной психической деятельности людей эта управляющая функция осуществляется с помощью внутренней скрытой речи.

Вокализованная речь нужна человеку главным образом для общения.

' Все свое ношу с собой (*лат.*).

" Импринты — ключевые слова, которые откладываются в бессознательной части разума, воздействие которых длится годами, а, возможно, и всю жизнь (*Б. Роум, 63, с. 71-72*).

## 19

В любой психотерапевтической методике просматривается наличие трансового состояния, не говоря уже о гипнозе, и здесь речь становится главным каналом регуляции, который имеет место между психотерапевтом и пациентом.

Участие лобных областей коры в возникновении трансовых эффектов позволяет через функциональные связи с основными системами саморегуляции осуществлять профилактику психических и психосоматических заболеваний.

В 1979 году была признана доминирующая роль активности правого полушария, ретикулярной формации в процессах наведения транса. Известно, что правое полушарие имеет корково-подкорковые, корково-лимбические проекции, а в левом преобладают интракортикальные связи. Совсем недавно была уточнена роль ретикулярной формации мозга не только в активизации коры, но и в накоплении энергии (35, с. 102-103).

Профессор Вадим Ротенберг (62, с. 252) считает, что деятельность правого полушария может объяснить и некоторые парapsихологические феномены. Он пишет: «Предполагается, что улавливание слабых сигналов, удаленных на очень значительное расстояние от реципиента, требует столь энергетически мощного «приемника», что мозг просто не может претендовать на эту роль. Может быть, новые данные, свидетельствующие о том, что правое полушарие способно к восприятию и созданию многозначного контекста без дополнительных психофизических «затрат» (т.е. работает в режиме своеобразной «энтропии»), помогут снять это «энергетическое ограничение» (на исследование парapsихологических феноменов — В. Г.)- Ведь если правое полушарие обладает особой тропностью к многозначному контексту и не нуждается в дополнительной активации, то и очень слабые сигналы могут улавливаться».

Таковы, в общих чертах, нейрофизиологические аспекты психотерапевтического воздействия.

Практика моей психотерапевтической работы показывает, что после сеансов классического гипноза (в особенности, применяя интервенционные психотерапевтические стратегии) у пациентов возникают совершенно новые чувствования — улучшается настроение, повышается потенция, ярче воспринимается окружающий мир, пробуждаются творческие резервы. Об этом же пишет и Э. Каструбин, регистрируя у больных после наведения транса ощущения свежести, внутреннего обновления и радости бытия (35, с. 102-103).

Профессор М. Е. Бурно пишет: «...пациенты после получасового пребывания в гипнозе (даже без лечебного внушения) встают обычно такими освеженными, весело-энергичными, и многие прямо сравнивают свое гипнотическое и постгипнотическое состояние с приятным, легким, «шампанским» опьянением» (12, с. 62-63).

Какие же вещества играют роль того «вина», которое стимулирует аффективную сферу человека после проведения психотерапевтических сеансов?

## 20

Профессор М. Е. Бурно (там же) говорит о биохимической природе этого вина и называет его «драгоценным внутренним защитно-целительным «эндорфиновым вином».

Академик Н. П. Бехтерева, проведя незаконченные исследования феномена А. М. Кашпиrowsкого, в интервью журналу «Здоровье» (1989 г., № 8), говорит о том, что под воздействием внушения может происходить нормализация физиологических и биохимических процессов, в результате выделения веществ, видимо, пептидной природы.

Какова связь между словом и «выплеском» под его воздействием внутренних психоактивных веществ, вызывающих состояние эмоционального подъема? Попробуем разобраться в этом.

По мнению профессора И. П. Анохиной (43, с. 16-40), в стволовом отделе мозга имеется область, которая носит название «системы подкрепления». Это образование играет большую роль в регуляции мотиваций и эмоционального состояния. «Система подкрепления» функционирует при посредстве нейромедиаторов из группы катехоламинов и в первую очередь дофамина. Это нейротрансмиттеры, которые в синапсе с одного нервного окончания на другое передают информацию. При нормальном прохождении импульса в этой системе из депо высвобождается определенное количество нейромедиаторов и возникает соответствующий на них ответ, определенная степень возбуждения.

В организме существует так называемая «эндогенная опиатная система». Эндорфины, энкефалины — это эндогенные опиаты. Опиатная система играет большую роль в механизмах боли, мотивации, эмоций, а также в регуляции других нейрохимических процессов.

На катехоламиновую нейромедиацию можно воздействовать очень многими путями — лекарствами, акупунктурой, краниальной электростимуляцией и психотерапией.

В результате воздействия системы речевых сигналов психотерапевта у пациентов через кортиколимбические, кортико-гипоталамические, кортико-ретикулярные связи активизируется эндорфиновая (опиатная) нейромедиация, клинически выражающаяся в появлении эйфорических эффектов и стеническом поведении.

Подводя некоторые итоги этой главы, следует сказать, что мысль человеческая материальна, потоком элементарных частиц она переносится в сознание другого человека вербализованной речью или мыслеформами, закладывая на длительный срок определенную программу (матрицу, импринт), вызывая стимуляцию эндорфиновой (опиатной) системы.

21

## Глава II

### Интервенционная психотерапия

*Психотерапевтическая беседа чаще должна походить на операцию, чем на наложение бандажной повязки.*

С. Консторум.

#### 1. Краткая история

С незапамятных времен у всех народов Земли служителями религиозных культов — колдунами, шаманами и их более просвещенными собратьями: жрецами древних храмов мертвых царств Ассирии, Вавилона, Египта, когда существовала еще «храмовая» медицина, — при врачевании применялись приемы, опирающиеся на мифологию древних культур, веру в существование сверхъестественных сил. Именно эти мистические стремления нашли выражение в многоликих и причудливых образах: от невзыскательно простых до весьма сложных, но всегда окруженных ореолом таинственности — гулкие удары гонга или неистовый ритм бубна, хоровые танцы или бесконечный речитатив молитв, мерцание свечей и блеск церковного убранства... Результаты этих приемов и средств очень похожи. За всей их таинственностью стояло внушение, развивающееся на фоне наведенного транса или гипнотического состояния.

Иногда использовались и приемы, получившие в XX веке название «вооруженного внушения» — Нурпозе агтее.

Классификация методов интервенционной психотерапии достаточно условна. Ряд определений являются синонимами, но имеющими право на существование.

Интервенционная психотерапия входит составной частью в большую группу директивных методов.

Директивная психотерапия (от лат. — dirigere — управлять, направлять) включает все формы психотерапии, для которых характерны принятие психотерапевтом роли организатора и руководителя психотерапевтического процесса, возложение им на себя ответственности за достижения психотерапевтических целей и дидактичность. Сюда относятся поведенческая психотерапия, суггестивная психотерапия, позитивная психотерапия (59, с. 175).

Близко к директивной психотерапии стоят методы манипулятивных стратегий. Манипуляция (от фр. manipulation — действие рукой

22

или руками, переносное значение — проделка, махинация). К ним, автор этого определения Ю. В. Валентик (14, с. 309-310) относит ортотоксальную и классическую гипнопсихотерапию.

В узком смысле интервенционную психотерапию следует понимать как насильственное

вмешательство в сознание пациента, когда эффект терапии достигается на фоне снижения аналитических функций или вообще минуя сознание.

Определению понятия интервенционной психотерапии соответствует мысль В. В. Иакова (48, с. 29): «Многие современные методы психотерапии более сходны с лечением в хирургической клинике, чем в терапевтической. Здесь больше действий, чем назначений. Есть подготовка к генеральному вмешательству, само вмешательство, последующее заживление. Сами пациенты участвуют в операции, которая проводится без наркоза. И только специалисты, использующие измененные состояния сознания, облегчают страдания пациентов во время лечения»\*.

Характерной чертой всех приемов интервенционной психотерапии является индукция транса (фр. — *l'apais* — оцепенение). В. Ю. Завьялов (27, с. 190) дает расширенное понятие транса: «Транс — нечто промежуточное между ясным сознанием с полным самоотчетом и ответственностью и сном — безответственным состоянием, помраченным сознанием».

Автор выделяет симптомный транс, возникающий в ответ на стресс, естественный транс, вызываемый обычными для человека условиями его повседневной жизни, и индуцированный транс, вызываемый для лечебных целей врачом («индуктором»).

По способу наведения транса различают три его вида: формальный транс или формальный гипноз; эриксоновский гипноз и трансы; трансовая беседа.

Особый интерес, конечно, представляет формальный транс или формальный гипноз, как наиболее яркое проявление интервенционной психотерапии. При проведении сеанса гипноза от пациента требуется полное подчинение гипнотизеру. И врач, и его пациент ведут себя ожидаемым друг от друга образом: врач — внушительная фигура, все знающая и могущественная; пациент — фигура слабая, нуждающаяся в директивах и ждущая овладения (27, с. 201).

Методы интервенционной психотерапии в большей степени приемлемы для использования различных вариантов суггестий, где внушение реализуется в бодрствующем или трансовом гипнотическом состоянии. Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения изменения соматовегетативных функций организма.

Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информ-

' Цит. по кн. «Руководство по психотерапии». Ташкент, 1979, с. 49.

23



Месмерический магнетизм демонстрируется в салонах Парижа в начале XIX века.

магия при нем воспринимается без должной критической обработки. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца, минуя «сторожа» — критику» (38, с. 36). А. М. Свядощ (1982) считает, что внушение — это подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей соответствующее влияние на течение нервно-психических процессов.

Внушение может быть прямым, косвенным, опосредованным, потенцированным.

## 2. Прямое внушение -

внушение, реализуемое непосредственно через слово, речь психотерапевта при недвусмысленном указании на его намерение. Различают явное прямое внушение, во время которого психотерапевт точно и ясно указывает на то, чего он хочет добиться или что должно появиться, и



закамуфлированное прямое внушение, при котором пациенту предлагается нечто, частично исходящее от него самого (50, с. 36). Прямое словесное внушение может быть либо простым и коротким (выраженное в форме приказа: «Спать! Отдыхать!» и т.п.), либо более или менее сложным и логически обоснованным (мотивированное внушение К. И. Платонова).

Шоковым погружением в гипноз пользовались Ж. М. Шарко,

**24**

В. М. Бехтерев, К. И. Платонов (внезапное прямое внушение), Н. В. Зе-невич и С. С. Либих (1965), А. М. Свядощ (1982). Шоковое внушение у подростков использовал А. И. Захаров (1977). К вариантам психотерапевтической интервенции по праву может быть отнесена и сверхкороткая терапия (49, с. 39), длящаяся минуты и часы, направленная на раз-решение актуальных, изолированных проблем и конфликтов.

Особняком в ряду интервенционных методов психотерапии стоит эмоционально-стрессовая психотерапия по В. Е. Рожкову.

Здесь используется не только интервенция. Этот метод должен пониматься более широко, как направление гуманистической психотерапии, использующей в лечебных целях общение с природой, искусством. «Терапия творческим самовыражением» — так называет свой метод профессор М. Е. Бурно. Основная цель этого метода — вызвать в душе пациента внешне тихое, но светлое и стойкое длительное целебное эмоционально-стрессовое напряжение (12, с. 194-196).

Воздействие на эмоциональную сферу больного и использование ее в психотерапевтическом процессе относится к глубокой древности и описывается в трудах Гиппократ, Авиценны и др. Умение вызвать у больного смех, поднять настроение рассматривалось, как мощный лечебный фактор.

Эмоциональная психотерапия берет свое начало с конца 80-х годов XIX века, с работ Дежерина, обратившего внимание на то, что «в нравственной области никакая идея не воспринимается холодным путем», т. е. без эмотивной опоры, которая и делает ее вполне убедительной (89, с. 982-984). Одним из теоретических оснований концепции эмоционально-стрессовой психотерапии В. Е. Рожнова явилась теория Г. Селье о стрессе и генерализованном, адаптационном синдроме, как универсальной форме ответа организма на различные по своему характеру раздражители. Г. Селье отметил, что «стресса не следует избегать», «полная свобода от стресса означает смерть, и нет ничего лучше долгой жизни в радостном стрессе».

Принцип эмоционально-стрессовой психотерапии В. Е. Рожнова состоит в дифференцированном формировании целебного эмоционального стресса, целебной взволнованности, т. е. в стрессовом раскрепощении, подъеме душевно-телесных, защитно-адаптационных сил пациента. Эмоционально-стрессовое психотерапевтическое воздействие может благотворно присоединяться к иным способам психотерапевтического воздействия — суггестивному (в том числе и гипносуггестивному), рациональному, коллективному, аналитико-катарсическому, но оно нередко, как и указанные методы, может использоваться самостоятельно.

**25**

### **3. Косвенное внушение**

Синонимами косвенной психотерапии являются: чрезпредметное внушение (Бехтерев В. М., 1911) — внушение через предметы путем связывания внушения со значением какого-либо предмета (50, с. 37), опосредование, потенцирование, плацеботерапия, протренинг.

Основу медицины, какого бы прогресса она ни достигала, всегда составляли нож, трава и слово. Необычайную силу слова, особенно если оно опосредовано каким-либо лекарством, ритуалом, необычайностью обстановки, знали и учитывали в своей практике все выдающиеся врачи.

Парацельс говорил: «Надобно вам знать, что воздействие волей — немалая статья во врачевании». В истории психотерапии особое место занимали попытки перенести устрашающие и причиняющие боль воздействия из психиатрии, оставшиеся от XVIII века, в психотерапию неврозов. Еще в 1891 году доктор Рагис во Франции публикует статью «Аффективный удар в психической медицине». Он пишет, что имеется уже достаточное количество случаев излечения душевнобольных вследствие значительного и внезапного физического страдания (перелом костей, роды и т.п.). Приводит и свои подобные случаи, объясняя улучшение «аффективным ударом» (12, с. 195).

Особенно усердствовали психиатры и психотерапевты в эпоху Первой мировой войны. Чего они только не делали! Невротиков и контуженных обливали холодной водой, подвергали их действию электротока, вводили большие дозы апоморфина и т.д. К применению таких методов были отчасти склонны Бабинский и Кречмер, рекомендовавшие в отдельных случаях применять

фарадический ток, причиняющий бо-левое раздражение в целях «дисциплинирова- ния больного» и повыше-ния его готовности выздороветь (42, с. 208-210). Е. Кречмер применял термин протрептика (с греч. — ргоігере — заставлять, принуждать. В. Г.), имея в виду метод острого и сильного воздействия на личность в гипо-булическом состоянии, характеризующемся снижением воли, и считал его показанным, главным образом, в целях устранения массивныхдвигательных нарушений у примитивных и истерических личностей.

Можно понять врачей того времени. Еще не наступила эра психо-фармакологии, а больным требовалось лечение. Вот и проводилась те-рапия по приниипу иі аііііісі Гіаі (чтобы хоть что-нибудь сделать). Ме-ханизм вооруженного внушения наиболее наглядно проявляется в ме-тоде «маска». Впервые об использовании этого метода упоминается в лекции выдающегося психоневролога Флексига (1924 г.). Девушке, во-образившей, что у нее стеклянный зад, была наложена эфирная маска, и над ее головой разбивался стеклянный сосуд. После соответствующей суггестии девушка свободно села на предложенный стул, чего она не могла сделать в течение длительного периода (59, с. 323-327).

В 1958 г. Я. Л. Шрайбер предложил метод «маска» для лечения ис-терических моносимптомов, отличающийся от приема Флексига тем,

## 26

что вместо эфира маска пропитывалась индифферентным ароматичес-ким веществом с последующей императивной суггестией об исчезно-вании патологических симптомов (64, с. 353).

Способов вооруженного внушения достаточно много. При пост-контузионном истерическом сурдомутизме с успехом проводилось сочетание психотерапии с введением внутривенно глюкозы и сульфата магния, чем достигалось ощущение прилива жара к голове, проводи-лась фарадизация шеи, глотки, окружности рта с бужированием гор-тани и люмбальной пункцией.

Метод «интенсивного перевоспитания» по Венсану также относит-ся к методам вооруженноговнушения. Он в 1916 г. во Франции купи-ровал истерические симптомы внушением в сочетании с болевой до-зой электритока.

В том же году Кауфман в Германии применил методику «внезап-ное нападение врасплах» для лечения истерических параличей, где внушение сочеталось с ударом током и командой «встать!».

Керер начинал лечение с выполнения активныхдвижений под ко-манду. Этот вид терапии он назвал методом «насильственных упраж-нений» и только иногда применял ток (67, с. 187).

А. М. Свядощ вызывал эмоциональный шок наложением эфирной маски у больных с истерическими симптомами военного времени. В 1943 г. в военно-полевыхусловияхон добивался этим методом возник-новения реакции страха, сопровождавшейся сильным психомоторным возбуждением. Прилечение истерического мутизма, амавроза, ступо-ра, параличей он добивался эффекта в 100% случаев.

Он же в 1943 г. разработал т.н. «кальциевый удар». При этом мето-де 10%-ный раствор хлорида кальция в количестве 15-20 мл быстро вводился в вену, вызывая резко выраженную вегетативную реакцию, на фоне которой истерические моносимптомы после императива «встать!», «говорить!» исчезали в 88% случаев.

Говоря о косвенной психотерапии, непременно нужно осветить и вопросы плацеботерапии, посколькуэтоуниверсальный интервенци-онный метод психотерапии, используемый во всех отраслях клиничес-кой медицины.

## 4. Плацеботерапия

*Если обман помогает больному, то это уже не жалкая ложь, а отличное лекарство.* С. Цвейг.

Когда известный терапевт XIX века М. Я. Мудров лечил своих паци-ентов «специальными» порошками: золотыми, серебряными и про-стыми (по цвету бумаги, в которую они были завернуты), задумывал-ся ли он над тем, что обычный мел, находящийся в этих порошках и

## 27

творящий чудо исцеления даже тяжелых заболеваний, положит нача-ло целому разделу психотерапии — плацеботерапии? Он прозорливо писал: «Естьдушевные лекарства, кои врачуюттело, они исчерпыва-ются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печаль-ного можно утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, бешеного остановить, дерзкого испугать, робкого сделать смелым, скрытного — откровенным, отчаянного — благонадежным. Сим ис-кусством сообщается больным та твердость духа, которая побежда-ет телесные болезни, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного... Восхищение, радость, уверенность больного тогда полезнее самого лекарства» (38, с. 38).

Когда Гален восклицал: «Народ жаждет лекарств!», то речь шла не просто о каких-то лекарствах, а о лекарствах, которые, по убеждению больного, принесут ему пользу.

Как не восхититься высказыванием российского историка В. Ключевского, писавшего: «У хорошего доктора лекарство не в аптеке, а в его собственной голове».

Я убедился в этом, когда после окончания мединститута работал в сельской больнице участковым терапевтом.

Однажды ко мне на прием пришла еще довольно крепкая старуш-ка. Осмотрев ее и не найдя никакой серьезной патологии, кроме воз-растной, я выписал ей несколько рецептов общеупотребительного на-значения: капли Зеленина, йодистые препараты, что-то еще симптоматическое (это был 1960 г.). Через несколько дней приходит она снова сердитая и говорит: «Что же ты, товарищ врач, прописал мне такие де-шевые лекарства, они мне не помогают. Вот был здесь до тебя фелшер Иван Федотович, так он мне выписывал лекарств на половину моей пенсии. Вот это были настоящие лекарства. Принимаю их, и сразу лег-че становится...» Я, конечно, уже тогда знал эффект плацебо.

Профессор-фармаколог Н. П. Говоров говорил на лекции: «Добав-ляйте, коллеги, в микстуры и порошочки хининчика, но говорите при этом больному, что это новое лекарство. Вреда не будет, а пользу уви-дите сами».

Так что же такое плацебо? Буквальный перевод с латинского означа-ет «я нравлюсь». В переносном значении плацебо — «пустышка», харак-теризует, с одной стороны, только лишь лекарственную форму, с дру-гой — отсутствие какого-либо известного действующего агента. Эрнест Росси определил плацебо, как процедуру «обращения к естественным механизмам восстановления в отношении психики/тела». Доля плацебо занимает 55% терапевтического эффекталюбого лечения (27, с. 6-9).

Составляющей плацебо-эффектов являются процессы научения (условно рефлекторные механизмы и моделирование).

Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушае-мых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному со-трудничеству с врачом.



Лекция Шарко о гипнозе с демонстрацией сеанса на больной истерии.

Результаты плацеботерапии решающим образом зависят от личности врача, его авторитета и профессионализма.

На выраженность плацебо-эффекта влияет множество самых различных факторов: степень новизны препарата, его доступность, упаковка, реклама, отношение пациента к врачу, репутация лекарства у других больных.

Л. Шапиро утверждает, что плацебоэффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии» (89, с. 491-493).

Одним из методов плацеботерапии в конце XX века явилось применение т.н. «биологически активных добавок». Разработчик этой концепции профессор В.В.Макаров (48, с. 24, 257), правда, оговаривается, что, если плацебо только опосредует психотерапевтическое воздействие, то биологически активные добавки и психотерапия по сути дела потенцируют действие друг друга. Механизмы действия плацебо могут быть объяснены с точки зрения верификационной концепции внушения, предложенной А. М. Свядощем (1982).

Согласно этой концепции во внушении помимо смыслового (семантического) компонента выделяется компонент верификации информации. Достоверность и значимость вводимой информации верифицируется путем их автоматической, неосознанной оценки. Согласно этой концепции особенность внушения кроется в том, что при нем помимо основной (семантической) информации, определяющей содержание внушения, вводится еще и добавочная, верифицирующая информация, повышающая достоверность основной. Ложная верификация информации лежит в основе всех видов косвенного внушения, благодаря чему больной приписывает терапевтическую активность веществу, которое в действительности ею не обладает. Верификация информации затруднена, в связи с чем внушаемость повышается при неожиданном сообщении, а также в тех случаях, когда недостаточно развиты критические способности, астения, суженное сознание, гипнотическое состояние (50, с. 30, 89, с. 99).



Конечно, немаловажную роль в реализации плацебоэффектов играет личность терапевта. В. Ю. Завьялов пишет (27, с. 176), что сам врач в лечебном процессе играет роль плацебо-«пустышки». Но быть «пустым» — значит, быть без предрассудков, без заранее приготовленных мнений, слов утешения и прочих банальностей. Быть «пустым» — это давать возможность пациенту овладеть собственной силой исцеления, а не тратить время на поиски силы со стороны.

Описывая приемы и методы интервенционной психотерапии, нельзя не остановиться на деятельности психотерапевта А. М. Кашпировского.

30

### Глава III

#### Реинкарнация доктора Бальзамо?

(О «феномене» Кашпировского)

*Мозг человека — безусловно более страшное орудие, чем когти льва.*

А. Шопенгауэр.

В начале 90-х годов прошлого века я часто наблюдал при проведении сеансов коллективной рациональной психотерапии в зале вместимостью более 100 человек, как при упоминании фамилии Кашпировского начинались вращательные движения нескольких женских голов.

«Какже интересно, — впоследствии размышлял я. — психические эпидемии, уходящие корнями в мрачное средневековье, как будто ка-нули в Лету, унося с собой сотни тысяч человеческих жизней, закончившихся на кострах инквизиции. Неужели просвещенный XX век повергнет мир и Россию в хаос и пучину мракобесия? А ведь уже у порога стояли и Аум Синрикё, и секта Муна, и «Белое братство», манипулировавшие сознанием людей, полностью подчинявшие их психику в угоду своим далеко не бескорыстным интересам.

Что же получается, что история ничему не учит? Да, уроки страшных страниц человеческой истории, истории психических эпидемий не были усвоены человечеством.

Странно только, что в такой стране, как Россия, более 70 лет исповедовавшей диалектический материализм, категорически отрицавший даже намек на что-либо сверхъестественное, так быстро в течение нескольких лет массовое сознание обратилось к оккультизму и эзотерике. А может быть, как раз это и не странно? Ведь на всех этапах истории интерес к тайным знаниям и паранормальным явлениям особенно остро возникал в период социальных катаклизмов, когда ломался стереотип психологического состояния человека.

Кашпировский и вместе с ним Чумак, Лонго и прочая, прочая не могли не появиться в перестройку. Как тут не поверить в реинкарнацию, в переселение душ умерших 250 лет назад знаменитых магов и чародеев прошлого — Парацельса, Калиостро, Сен-Жермена в тела наших соотечественников? И массы людей, сидящих у экранов телевизоров или в переполненных залах, совершали истериформные телодвижения, впадая в состояние экстаза и экзальтации.

На забытую книгу основоположника российской психотерапии академика В. М. Бехтерева «Внушение и его роль в общественной жизни»,

31



Магнетический сеанс Калиостро.

изданную в 1908 году и переизданную только в 2001 году, все эти 93 года как будто была наложена печать тайного табу. Удивительно, но в трех изданиях «Руководства по психотерапии»

— 1974, 1979, 1985 гг. — под редакцией профессора В. Е. Рожнова даже в списке литературы эта гени-альная работа не упоминается. В «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией профессора В. Д. Карвасарского (88, с. 84) ей выделены 3 строчки. И только краткий разбор этой книги приводят Ю. А. Алексан-дровский («Глазами психиатра», 1999г., с 56-57) и В. Т. Кондрашенко (38, с. 28-29). Что это за заговор молчания против книги основоположника отечественной психотерапии, которая и до сего времени является крае-угольным камнем в определении основных ортодоксальных понятий психотерапии — внушение, гипноз, самовнушение, вера?

Но описание этих понятий занимает только 1/6 часть книги, а боль-шая ее часть посвящена психическим эпидемиям — их генезу и кли-ническим проявлениям.

Эту книгу до последнего времени ни в одной библиотеке страны без специального допуска нельзя было прочитать, во-первых, потому, что она была издана еще до революции, а во-вторых, содержание ее не рекомендовалось знать не только «широким народным массам», но и специалистам — психиатрам и психотерапевтам.

Дать широкий доступ к этой книге значило признать факт суще-ствования психических эпидемий и, таким образом, показать советс-ким людям, что более 70 лет они жили под гипнозом марксистско-ле-нинских догм, без собственной воли, чувств и мыслей.

Вспомним, как это было в средневековье, когда святая инквизиция

### 32

бросала в костер несчастных женщин, обвинявших себя в ведовстве, в сношениях с сатаной. И это была истинная психическая эпидемия, длившаяся с издания роковой книги «Молот ведьм» в 1487 году, рег-ламентировавшей весь ведовской процесс, и до 1785 года, когда в Цвейирии сожгли последнюю ведьму. Е. Б. Черняк («Судебная пет-ля», 1991 г., с. 270-171) считает, что причиной массовой истерии по-служили конфронтация католицизма и Реформации, повлекшая за собой религиозные войны, длившиеся около 150 лет.

Отблески последнего костра инквизиции высветили сполохи крова-вой французской революции. Именно во Франии в царствование пос-леднего Капетинга Людовика XVI, чувствовавшего неминуемый крах династии, появилось множество чудотворцев, практиковавших гипно-тические приемы. Это упоминавшиеся уже Калиостро (доктор Бальза-мо) и граф Сен-Жермен, и Антон Месмер — отец «магнетического флю-ида», и еще множество магов, прорицателей, как бы их сейчас назва-ли — экстрасенсов. Ничего не изменилось с того времени. Разве развесистое дерево, росшее в усадьбе Месмера и «замагнетизирован-ное» им, не оказывало лечебного действия на прикасавшихся к нему простолюдинов (знать магнетизировалось в апартаментах)? Вам, чита-тель, ничего это не напоминает? А «Вечерка» и минеральная вода, «за-ряженные Чумаком» и другие фокусы, демонстрировавшиеся «извест-ным журналистом». Разве есть разница между «магнетическим деревом» и популярной газетой? Разница, конечно, есть — одно действие разыг-рывалось в конце XVII11 века, а другое — двумя столетиями позже.

Все предреволюционное французское общество сверху донизу было пропитано мистицизмом, верой в сверхъестественные силы, чу-десные исцеления. А вот и ужасы революции — гильотина, якобинс-кий террор и Вандея.

Контрреволюционный мятеж возник 10 марта 1793 года в департа-менте Вандея и соседних областях. Религиозный фанатизм двигал ог-ромной массой недовольных и темных людей. Страсти подогревались священниками, нашлось и много людей, испытывавших состояние религиозной экзальтации, находившихся под воздействием психоген-ных галлюцинаций. Ослепляющая вера с массовым одурманивающим внушением и самовнушением заставляла мятежников идти в бой, как на праздник, с детьми и женщинами впереди. Фанатизм вандейцев оборачивался чудовищными зверствами над попавшими в плен рес-публиканцами. Все самые изощренные пытки, которые может придум-ать воображение варваров, совершались во имя католической веры и Людовика XVI, причем чаще всего это делали женщины без разбо-ра по отношению ко всем пленным, оставшимся верными Республи-ке. И опять возникают аллюзии. Разве не те же зверства творили в XX веке хунвейбины — дети «Великой китайской революции» или «крас-ныхкхмеры» Пол Пота— 12-13-летние мальчишки, забивавшие свои жертвы мотыгами и поедавшие еще пульсирующее сердце своего вра-

### 33

га? Это ли не психическая эпидемия, сознательно культивировавша-яся юго-восточными коммунистическими режимами?

Но давайте вернемся в Россию начала XX века, с 'фепетом ожидавшую исполнения пророчества А.

Пушкина: «И вот настанет год, Россиичерный год, когда иарей корона упадет...» Вот в преддверии этого «черного года» вроссийском обществе стали прорастать мистика и мракобесие, появлять-ся спиритические кружки, общества оккультистов, хиромантов. Оккуль-тизм нашел широкое распространение среди высшей знати и представи-телей царского дома. Сама царица, имевшая истероидный складхаракте-ра, всю жизнь окружала себя свитой звездочетов, ясновидцев, юродивых. ОккультистФилипп, маг Папюс, юродивые Митя Козельский, Матрена-босоножка — вот далеко не полный перечень властителей больной души безвинно и трагически погибшей Александры Федоровны.

Но знаковая фигура предреволюционной России, немало способ-ствовавшая приближению переворота, это, конечно, фигура Распути-на. Всего9лет(1907 — 1916 гг.) «великий старец»был властителем дум царской семьи, высшей знати и широких слоев дворянства, но эти 9 лет повергли Россию в кровавую пучину революции и гражданской войны. О значении Распутина в дореволюционной истории России пишет иеромонах Илиодор: «В России нет синода, в России нет царя, в России нет правительства и Думы, в России есть великий Распутин, являющийся неофициальным патриархом церкви и царем великой империи» (*цит. по В. Е. Рожнову. 60, с. 33*).

Оценивая деятельность Распутина с психотерапевтической точки зрения, следуетсказать, что «старец» обладал колоссальным природным суггестивным даром, который он использовал в собственных корыст-ных целях, и преуспел в этом, подчинив своей власти царскую семью, придворных и высший свет. Поэтому можно говорить скорее не об эпи-демии, а о своеобразной психической эпизотии. Народ ведь Распутина не признавал и смеялся над ним и, как это ни печально, вместе с тем и над царем. Знать и убила Гришку в ночь на 17 декабря 1916 года, а че-рез год свершился переворот, катастрофа для всех жителей России, и началась психическая эпидемия, коллективное умопомешательство, длившееся почти 70 лет. Я уже писал в начале главы об этом, хочется только напомнитьо многотысячных сборищах в центре Москвы, спрово-ждавшихсудебные процессы 1937 года, с лозунгами: «Врагов народа расстрелять, как бешеных собак!», сотни людей, скандировавших в це-хах предприятий в 1952 году: «Врачей-убийц— кответу! Расстрелять!» И вот, завершая эту часть главы, с горечью признаешь факт аберрации массового сознания. Что это — результат осознанной, логически осмыс-ленной и возвышающей человека мыслительной деятельности? Или что-то иное, возникшее вследствие внушения «кого-то»?Взаимоисклю-чающего ответа на эти вопросы нет — и то и другое имеет место.

В. М. Бехтерев говорил о «психическом контагии», приводящем к психической заразе, микробы которой, хотя и невидимы под микроско-

#### 34

пом, нодействуютвезде и передаются черезслова, жесты, движения ок-ружающих, через книги и газеты. Каждый человек, каксчитал В. М. Бех-терев, постоянно подвергается действию «психических микробов» и по-этому находится в опасности быть «психически зараженным».

Для того чтобы «психически заразиться», т. е. подвергнуться вну-щению, необходимы следующие обстоятельства: неожиданность, зах-ватывание врасплох, ограничение и ослабление критического осмыс-ливания ситуации, готовность подвергнуться психическому воздей-ствию другого человека или обстоятельств, непререкаемый авторитет человека, использующего внушение.

Возвращаясь к началу главыг, следует сказать, что Кашпировский, не-сомненно, обладал способностью «психически заразить» людей, что для многих смотревшихтелесеансы голубой экран явился провалом в никуда.

Вспомним, когда состоялся первый телевизионный сеанс психоте-рапии? Он состоялся на Центральном телевидении 8 октября 1989 г. Это был год разгара перестройки, когда стали рушиться идеалы, вне-дрявшиеся в сознание людей более 70 лет. И вдруг появляется «вели-кий утешитель», чуть ли не новоявленный Мессия, воскресший док-тор Бальзамо, помогающий забыться и уйти от мирских забот.

АкадемикАПН СССР Л. П. Буева (16, с. 112) пишетотом, что фе-номен Кашпировского — феномен социальной психологии, удовлет-воряющий потребности в социальной защите и утешении. В периоды крутой социальной ломки люди ощущают состояние глубокого пси-хологического дискомфорта. Подсознательно они ищут утешителя, покровителя, сильную личность, способную их защитить.

Н. С. Автономова в предисловии к книге Л. Шертока и Р. де Сос-сюра (73, с. 20) пишет, что ситуация в СССР того времени особенно ярко показывает слитность индивида с массой, высокую меру гипна-бельности людей, не умеющих и не желающих выделяться из толпы. Феномен Кашпировского — одно из самых ярких и интересных соци-ально-психологическихявлений

последнего времени. Кашпировский применяет классическую модель прямого (авторитарного) внушения, весьма распространенного в Европе XIX века. Правда, такого ошеломляющего успеха и такого накала страстей нельзя было увидеть нигде, кроме как в нашей высокогипнабельной аудитории, готовой при нехватке лекарств и квалифицированной медицинской помощи верить в чудо и ждать его».

Мнения ученых о феномене Кашпировского полярны. Академик Н. А. Бехтерева (36, с. 5-6) пишет: «Время от времени мы сталкиваемся с теми, кто ставит в тупик всю традиционную науку. К ним принадлежит и доктор Кашпировский... У меня есть определенное суждение о силе внушения А. М. Кашпировского. Ему многое дано. Когда он бывает в нашей клинике, то его внушение помогает больным выйти из тяжелых состояний.

Двойной контроль современных приборов показывает, как при

35

**Ш**

этом изменяется электрическая активность мозга и биохимические анализы крови...» (Неделя 7, 11-17 сент. 1989г.).

Академик П. В. Симонов, директор Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии АН СССР в «Известиях» от 28/III-89 г., оценивает Кашпировского, как несомненно светлую фигуру: «Кашпировский — грамотный, сильный психотерапевт, лечит он классическим, издревле отлаженным в психотерапии методом — внушением, гипнозом — и добивается прекрасных результатов. Его власть над пациентом аналогична той, что была у вошедших в историю медицины Бехтерева, Шарко, Месмера» (16, с. 13, 36, с. 5-6).

Ненадобы трогать академику тень великих Бехтерева, Шарко и Месмера. Да, Кашпировский использует в своей деятельности классический гипноз, но гипноз без обратной связи. Гипнотизер не вступает в контакт с больным, не видит его мимики, его глаз, т. е. «работает вслепую».

Профессор В. Е. Рожнов в интервью «Медицинской газете» 15 апреля 1988 года не допускает возможности гипнотизации без предварительного контакта, знакомства врача и пациента. Разве мог Анатолий Михайлович, проводя свои телесеансы, познакомиться хотя бы с одним из многих миллионов сидящих у экрана людей и ждущих от него чуда?

А. П. Дубров и В. Н. Пушкин (26, с. 228), хвалебно оценивая телесеансы Кашпировского, говоря о рубцевании язв, исчезновении опухолей, излечении бронхиальной астмы, псориаза, депрессии, считают, ссылаясь на основателя болгарской суггестологии Г. К. Лозанова, что при проведении суггестии на расстоянии формируется особое биологическое поле.

Эти дифирамбы не имеют под собой почвы, поскольку другие ученые высказывают в отношении деятельности Кашпировского иное мнение.

Тодор Дичев, врач, кандидат философских наук, консультант Национального Центра Болгарии по биоэнерготерапии, крайне отрицательно относится к сеансам Кашпировского. Он считает, что Кашпировского нельзя назвать врачом, поскольку его деятельность, его телесеансы не соответствуют главному принципу клятвы Гиппократова: «Не навреди!»

Вот эта первейшая заповедь врача, а Кашпировский — дипломированный врач в отличие от Чумака, Лонго, Игнатенко, часто не соблюдавшаяся.

Предупреждение профессора М. Е. Бурно всем неклиническим психотерапевтам о том, что, проводя психотерапевтические сеансы, всегда нужно помнить о всяких неприятностях, могущих возникнуть при лечении, особенно телевизионном, вплоть до истерического приступа и провокации психотического расстройства с бредом и галлюцинациями. Но это предупреждение не для врачей. А что же доктор Кашпировский забыл отом, что без обратной связи, без визуального и вербального контакта с пациентом, гипнотический транс из целебного может преобразоваться в неуправляемый психический взрыв?

36

Л. Шерток (81, с. 83-86) предупреждает, что в некоторых случаях гипноз ведет к возникновению новых, более серьезных симптомов или даже психотических реакций.

Свидетельством того, что телевизионные сеансы гипнотерапии могут причинить достаточно большой вред, служат наблюдения, проведенные на 35-й подстанции «Скорой помощи» г. Москвы 8/X-89 года.

Проведен формализованный опрос по случайной выборке (500 чел.). Около 2 часов ночи начались вызовы — чаще по поводу гипертонических кризов, нарушений ритма сердца, отека легких. Количество летальных исходов возросло с 3-4 за сутки до 12.

9 октября, на следующий день после проведения телесеанса, отмечалось увеличение числа



больных в поликлиниках и психоневрологическом диспансере с обострением сердечно-сосудистых и нервно-психических заболеваний. При проведении опроса у 62% респондентов не отмечалось никаких изменений, 19% жаловались на нарушение сна — сонливость, бессонницу, апатию, вялость.

Профессор В. И. Лебедев провел исследования 2015 учащихся 1-10 классов четырех московских школ. Из них 93% участвовали в сеансах. Оказалось, что у детей во время телесеанса наблюдались навязчивости, истероформные реакции, галлюцинации, 42% детей погружались в гипнотический транс. У 7% после просмотра сеанса впервые обнаруживались отклонения в психике.

Вот таков результат телевизионной психотерапии. Но это только Москва, это только 4 школы, 1 поликлиника и 1 психоневрологический диспансер. Каковы же тогда масштабы психических и соматических осложнений после телепсихотерапии в масштабах всего СССР с населением в 300 млн. человек?

Видимо, эти обстоятельства дали основание академику Н. П. Бех-теревой, так превозносившей ранее Кашпировского, уже в 1994 году сказать: «Нет здесь чудес. Есть возможности, разработанные, руководимые сильной, иногда злой волей человека, не тратящего себя на других, не у Бога просящего помощи недужным» (10, с. 173).

В погоне за легким и быстрым успехом психотерапевт, как это и случилось с Кашпировским, может незаметно скатиться до уровня знахаря или эстрадного артиста. По меткому замечанию Проспера Мериме: врач, обещающий избавление от неизлечимых недугов, есть «торговец надеждой».

Так кто же вы, доктор Кашпировский, — талантливый врач-гипно-лог или реинкарнированный версальский чудотворец Бальзамо? Будущее покажет.

Лично я предпочитаю работать с пациентами, видя его глаза, тогда я уверен в том, что вреда от моей психотерапевтической интервенции не будет. Этой возможности доктор Кашпировский был лишен, используя для своих манипуляций безликую и безглазую массу людей.

37

## Глава IV

### Лик, лицо, личина

(О мастерстве психотерапевта)

*Умеющий ходить — не оставляет следов,*

*умеющий говорить — не совершает ошибок,*

*умеющий запира́ть двери — не пользуется ключом,*

*но запира́ет их ігіак крепко, что открьіть их невозможно.*

Лао-изы

Выступая с лекциями о классическом гипнозе перед аудиторией психиатров, психотерапевтов, психологов, я всегда обращал внимание молодых коллег на то, что дорога к вершинам мастерства психотерапевта не усыпана розами, что это — тернистый путь, на котором их постигнут и сомнения, и разочарования, и только иногда может осветиться он маленькими радостями немногочисленных побед. Мастерство не рождается всуеудня, в тишине кабинета или ординаторской. Оно оттачивается трудом, непрерывным и быстротекущим временем, и далеко не каждому удастся взойти на эту вершину. Омар Хайям писал:

*«Откудамы пришли? Куда свой путь веришм? В чем нашей жизни смысл? Он нам непостижим. Как много чистых душ под колесом лазурным Сгорают в пепел, в прах. А где, скажите, дым?»*

Вот так и судьба психотерапевта — «Светя другим, сгораю сам».

В. В. Макаров даже выделил синдромы «сгорания» и «угасания» психотерапевта, характеризующиеся прежде всего различной степени выраженности астеническими и астено-депрессивными симптомо-комплексами (48, с. 57-59). Он же выделяет два личностных варианта психотерапевта — «открытый» и «закрытый».

«Открытый» терапевт настроен на партнерские отношения с пациентом и чаще работает личностно-ориентированными методами. Он подстраивается, присоединяется к пациентам, раскрывает свои человеческие качества. Дает выход своим чувствам и тем самым снижает напряжение во время терапии. Он часто испытывает внутренние сомнения. Признает свои слабости и неудачи. Более стремится «быть эффективным, чем казаться эффективным». Такие психотерапевты в наибольшей степени подвержены «сгоранию» и «угасанию».

Но что делать, таковы их личностные особенности, которые, конечно, могут поддаваться коррекции.

Мне ближе по духу и складу характера психотерапевт «закры-

тый» — психотерапевтический манипулятор и интервент, работающий директивными методами. Он патерналист, воплощающий в себе власть. Производит впечатление эффективного и надежного специалиста. Он постоянно заботится о соблюдении дистанции с пациентами. Не раскрывает своего внутреннего мира, своих переживаний. За-нят сохранением своих профессиональных «масок», совершая транс-формацию «лик — лицо — личина».

Психотерапия требует авторитета и дистанции, подобной границе между разными поколениями. В каком стиле проявлять или использовать авторитет, каждый терапевт решит сам, но всегда необходимо четко обозначить границы времени, пространства и процесса. «Пред-писания врача не подлежат обсуждению, а сила настолько превосхо-дит силу обыденного человека, что он не может ошибаться. До сих пор в некоторых местах врач — это что-то вроде Господа Бога», — так пи-шет Карл Витакер, блестящий и противоречивый «авангардный» клас-сик семейной терапии.

Дискуссионной, на мой взгляд, является его мысль о том, что «для того, чтобы стать терапевтом, самое важное — научиться шокировать, быть злым, равнодушным, держать дистанцию, превратиться в профес-сионала, превзойдя в себе любителя» (15, с. 59, 168, 179). Здесь действие «шокировать» приемлемо, естественно, для психотерапевта интервен-ционного направления, но для терапевта семейного, где врач должен выступать в роли исповедника, это, на мой взгляд, неприемлемо.

Каким же должен быть терапевт, исповедующий директиву, мани-пуляцию, интервенцию?

П. Дюбуа писал: «Из первого обмена оружием должна родиться взаимная симпатия — основа психотерапевтического контакта», т.е. здесь речь идет о любом психотерапевтическом контакте больного с врачом, будь то классический гипнолог или, например, гештальт-те-рапевт, или специалист НЛП.

Вот этот постулат лежит в основе любого психотерапевтического метода и является краеугольным камнем мастерства.

Как часто в практике моей почти 40-летней работы гипнотерапев-там приходилось слышать от больных, побывавших у кого-либо из моих коллег, и не получивших ожидаемого эффекта лечения: «Да зна-ете, доктор, я ему (врачу) не поверил». Что может быть более убий-ственным для врача любой специальности, а тем более психотерапев-та, чем неверие пациента — не в метод, а в него самого, в его умение, его профессионализм?! Откуда идут уничтожающие обвинения в шар-латанстве не только от коллег, а, что более страшно, от обычных лю-дей, ждущих помощи? Приведу три примера из личного опыта.

Один пациент на приеме отказывается от «кодирования»: «Я уже, доктор, у себя в деревне кодировался — бесполезно». «А что, — спра-шиваю я, — у вас в деревне есть нарколог?» «Да нет, — отвечает боль-ной, — у нас баба Маня «кодирует». Она раньше дояркой была, спи-

валась совсем. Поехала куда-то: «закодировалась», пить бросила, за-одно и поучилась на «кодировщика», теперь «корочки» имеет. Но тол-ку от ее «кодирования» нет. Не поверил я ей и снова пью».

Это происходило в 90-е годы, когда за 2 недели можно было полу-чить удостоверение на право лечебной практики. Да что далеко хо-дить: в те же годы повстречался я в Москве с глубокоуважаемым и из-вестным всему тогда еще СССР профессором психиатром-нарколо-гом. Он один из первых в Москве создал кооператив по лечению алкоголизма. Так вот, он мне тогда предложил посылать к нему на один(!) день врачей-наркологов, чтобы они получили навык «кодиро-вания». Все обучение шло 4 часа, затем выдавалось соответствующее удостоверение. Я понимаю, конечно, что нужда всверхбыстрой тера-пии алкоголизма тогда была велика, еще «ученики» А. Р. Довженко не расплодился в геометрической прогрессии. Но за 4 часа обучиться стрессопсихотерапии — это было за гранью моего понимания.

Другой пример из практики. Спрашиваю пациента, лечился ли он ранее, на что он отвечает, дескать, «кодировался», но безрезультатно. «Какое-то странное было «кодирование», — говорит он, — доктор по-говорил со мной, потом одел мне кастрюлю на голову, как ударит по ней молотком да как закричит: «Закодирован!», у меня «крыша поеха-ла», ничего сообразить не могу. Приехал домой, слабость какая-то, го-ловная боль и выпить охота. Ну выпил я «стольничек», а потом «по-гнал» и пять дней пил». Какое же это «кодирование»? Шарлатанство».

Третий пример. Больному на дом вызвали бригаду экстренного протрезвления. После процедуры врач предлагает «закодироваться». «Я еще, доктор, в себя не пришел, — рассказывает больной. — Голова мутная, тяжелая, руки трясутся. Ну, думаю, уже сразу и закодируюсь. Согласился я. Врач

взял меня за руки, долго пристально смотрел мне в глаза, потом как надавит на какую-то точку над глазом. Все гюплы-ло передо мной, а врач говорит, что я «закодирован» на 3 года. Какое там кодирование, когда я еще не проспался, а выпить хочется, спасу нет. Ну и еще 3 дня пил».

Во всех трех случаях просматриваются манипуляции таких непрофессионалов, которых можно по праву назвать шарлатанами. «Мани-пулятор — это еще не терапевт, — пишет В. В. Макаров (48, с. 56). — Настоящий терапевт — это тот, кто наряду с владением техникой достиг метавзгляда на терапию и психологию... Терапевт сам по себе — тонкий, сложный, очень чувствительный и ранимый инструмент терапии».

Кто же способен освоить и пользоваться методами интервенционной психотерапии? Это прежде всего психически активные люди. Они производят впечатление на окружающих уверенностью в себе, убежденностью в своей правоте. Они — прирожденные начальники, они ожидают, что будет сделано все, что они сказали.

Человек, который обладает мощной душевной активностью, име-

**40**

ет все предпосылки, чтобы стать психотерапевтом интервенционно-го направления, если отработает технику и наберется опыта.

[□] Можно утверждать, что любой интеллигентный человек, который уверен в своих силах и в способности влиять на окружающих, может овладеть методами интервенционной психотерапии. Умение основывается не на каком-то мифическом озарении и даже не на владении «центральным» взглядом. Умение — это прежде всего врожденные способности, яркие личностные качества, интеллект выше среднего и умение разбираться в психологии других людей.

Хороший терапевт должен очень сильно верить в себя, ведь нельзя же ожидать, что другие поверят тебе, если ты сам себе не веришь.

Успешный терапевт не только верит в самого себя, но и генерирует в пациенте ожидание успеха — и успех приходит. Колоссальное значение успешности интервенции имеет доверие пациента, его внутренняя готовность отдаться в руки врача. Доверие рождает ситуацию положительного ожидания, которое в сочетании с надеждой рождает веру и образное представление о том, что желаемый результат будет достигнут.

Справедливо высказывание английского писателя Томаса Карлейля: «Надежда — это единственная собственность человека, которой его невозможно лишить» (75, с. 48-50).

Какими же качествами должен обладать психотерапевт, чтобы добиться успеха?

1. Яркая сформировавшаяся личность. Для этого требуются годы и годы упорного труда, в результате которого формируются: умение внимательно наблюдать; умение чувствовать собеседника, «влезать ему в душу»; способность устанавливать контакт; умение сохранять присутствие духа; абсолютная уверенность; терпение.
2. Безупречный внешний облик, опрятность, некоторый шик в одежде.
3. Высокий интеллектуальный уровень и эрудиция.
4. Абсолютно правильная, образная и экспрессивная речь, без слов-«сорняков» — «как бы», «значит», «вот» и т.д. Хорошо поставленный тембр голоса с владением интонацией.
5. Особый выразительный немигающий «проникающий» взгляд. А пока «Учиться, учиться и еще раз учиться!», в актуальности этой

заповеди не приходится сомневаться потому, что профессионализм обретается опытом. «А чтобы его приобрести, — писал С. И. Консго-рум, — нужно пройти длинный путь психотерапевтических разочарований и достижений. Начинающий же психотерапевт обязан держать, т.е. всемерно расширять диапазон своей психагогической работы и не отступать даже в тех случаях, которые кажутся ему на первый взгляд не стоящими «большой психотерапии». Словом, чтобы приобрести психотерапевтическую выдержку и опыт, необходимо следовать принципу делать невозможное, чтобы добиться возможного» (39, с. 145).

**41**

«Остерегайтесь психотерапевта», — пишет Дж. Бьюдженталь, — заявляющего, что он «достиг состояния, в котором уже не нужны никакие изменения. Он уже растерял свой артистизм и стал просто умелым ремесленником и, возможно, представляет опасность для своих клиентов» (//, с. 253).

Следует придавать большое значение эмоциональному фактору во взаимоотношениях между терапевтом и больным, и именно он, этот фактор, и определяет в значительной степени успех всей работы в целом. Ж. Дежерин писал: «Лишь тогда психотерапия бывает эффективной, когда тот, к кому она применяется, целиком, как на исповеди, открывает врачу свою душу... Между доводами,

апеллирующими к разуму, и согласием больного с этими доводами наличествует фактор, значение которого неизмеримо велико, — чувство. Именно чувство создает ту атмосферу доверия, без которой не может быть психотерапии. Нет холодной терапии!»

Заканчивая эту главу, хочу привести еще одно высказывание моих учителей В. Е. Рожнова и М. Е. Бурно: «...Психотерапевтом может стать каждый лишь в том смысле, как каждый может стать писателем... Мы знаем чрезвычайно разумных и эрудированных психотерапевтов, которые тем не менее не могут основательно помочь своим больным, поскольку не обладают необходимым для этого искусством, интуитивным в своей основе. А успешно работающий психотерапевт нередко не может ответить, каким образом, почему помог пациенту, точно так же, как не может объяснить писатель, как удалось ему написать рассказ, так сильно действующий на читателей».

»•

42

Глава V

### **Интервенционные стратегии в наркологии**

*Выйдя из кабинета, больной должен остаться под впечатлением решительного, серьезного и искреннего нападения,*

*которое на него было произведено*

*кем-то более сильным и опытным.*

С. И. Консгорум

Я очень хотел быть психиатром. Еще на первых курсах мединститута меня захватывали красочные описания симптоматики психических болезней в учебниках Осипова, Крепелина, Серейского, Гиляровского, которые мне «по знакомству» давали читать девочки-библиотекарши мединститута. На 5-м курсе я уже успешно демонстрировал технику гипноза на научном студенческом кружке при кафедре психиатрии.

Однако «большой» психиатрии мне пришлось позабыть, поскольку после окончания клинической ординатуры в 1964 году в областной психиатрической больнице не нашлось вакансий врачей-психиатров, а вот должность врача-психиатра в наркологическом кабинете, уже существовавшем в то время, была. С большой неохотой я тогда приступил к амбулаторному лечению больных алкоголизмом. Но что поделать, так распорядилась судьба. В дальнейшем мой интерес к «большой» психиатрии был реализован, когда я стал заведовать отделением алкогольных психозов, куда поступало около 10% больных с психическими расстройствами неалкогольной этиологии. Вот это была настоящая диагностическая работа, когда чувствовал себя по праву психиатром. Но это было потом. А в начале пути? Собственно, лечебная наркологическая работа мне была более-менее известна, так как я учился гипнозу еще на студенческой скамье, проводя групповые гипнотерапевтические сеансы больным алкоголизмом.

Работа по лечению алкоголизма уже тогда была в больнице поставлена на высокий теоретический и профессиональный уровень старейшим психотерапевтом г. Омска Н. А. Лябакиным. Больных было много. Лечились не только городские жители, но и жители сельских районов. В 1964 г. это был единственный наркологический кабинет на более чем полуторамиллионное население, а наркологических отделений в психиатрической больнице не было вовсе. Только в 1967 г. под моим руководством было открыто специализированное отделение для лечения люцидных форм алкоголизма, а в 1972-м — отделение для лечения алкогольных психозов.

Чтобы понять истоки моей интервенционной психотерапевтической направленности, нужно описать систему психотерапевтического

43

воздействия на больных алкоголизмом, сложившуюся ко времени начала моей работы.

Ретроспективно оценивая методы психотерапии, применявшиеся нами в то время, нужно определить их как удачный симбиоз рациональной индивидуальной и коллективной психотерапии, групповой гипнотерапии, аутосуггестии и семейной психотерапии. Организация лечения, по-видимому, была предтечей антиалкогольных клубов, где большим подспорьем являлась работа с семьей (совместные чаепития, культпоходы, обсуждение антиалкогольной литературы и пр.). Основным недостатком этой системы, думаю, была длительность основного курса, продолжавшегося 4 месяца.

Отсев больных, особенно в первый месяц лечения, был достаточно велик, но те из больных, которые заканчивали 4-месячный цикл, были примером формирования устойчивых терапевтических ремиссий. Других вариантов терапии не было, в отличие от нашего



времени.

Даже при этой щадящей психотерапевтической тактике, имевшей в ос-новезнаменитую триаду В. М. Бехтерева, здесь имели место и интервенции, и манипуляции, не было только косвенного внушения с опосредованием, потенцированием и прочими атрибутами интервенционных стратегий.

Но все же, все же... Уже тогда, во время группового гипнотического-го сеанса, прямое внушение аверсии к алкоголю подкреплялось вдыханием паров спирта и командой: «Рвота». Причем настолько мобилизовался мой собственный аффект, пронизанный отвращением к спиртному, что я после этих сеансов оказывался в состоянии «выжато-го лимона». А ведь приходилось лечить 3 группы по 30-35 человек в течение 40 минут интервалом между группами в 15 мин. (только для того, чтобы проветрить помещение). Вот тогда-то и родился во мне нарколог-интервент. Уже тогда я добивался у больных сильнейшей аверсии к алкоголю в гипнотическом и постгипнотическом состоянии. Так что зерно концепции эмоционально- стрессовой гипнотерапии алкоголизма упало на подготовленную почву.

#### **Эмоционально-стрессовая гипнотерапия**

**по В. Е. Рожнову**

С 1971 года начался мой научный опыт психотерапии алкоголизма, основанный на концепции В. Е. Рожнова, и с того времени вот уже более 30 лет поддерживаю постоянные контакты с кафедрой психотерапии РМАПО, возглавляемой профессором В. В. Макаровым.

Профессора В. Е. Рожнова считаю своим учителем. Его эрудиция, яркая, образная, экспрессивная речь, директивный стиль проведения гипнотерапевтических сеансов вызывали во мне восхищение, и в своей работе я старался походить на него. Приведу только краткие сведения из его биографии.

44



В. П. Гиндин проводит сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии.

Рожнов Владимир Евгеньевич (1918-1998). Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки России, фронтовик. Учился в аспирантуре у академика В. А. Гиляровского. В 1956 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Физиологические механизмы гипнотического состояния различных стадий глубины и гипнотерапия алкоголизма». Учился психотерапии у профессора М. С. Лебединского. На основе концепции эмоционально-стрессовой психотерапии созданы методики Сократического диалога, стрессового гипноза и медитационной аутогенной тренировки. В 1966 г. В. Е. Рожнов создал кафедру психотерапии при ЦОЛИУВ, которую возглавлял бессменно более 30 лет. Сотрудниками кафедры под руководством В. Е. Рожнова за эти годы подготовлено по психотерапии свыше 6000 врачей (58, с. 77).

По В. Е. Рожнову психотерапевтический процесс может рассматриваться как активное лечебное вмешательство, цель которого (подобно хирургической операции) — произвести в душе больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотр, а в ряде случаев и радикальное изменение отношения к себе, своему болезненному состоянию.

О патофизиологических механизмах, лежащих в основе эмоционально-стрессовой психотерапии, я писал в главе II.

Эта методика является ярким примером психотерапевтической интервенции, в особенности ее

кульминационная часть, при которой главным сигнальным значением для выработки аверсии к алкоголю служит слово «водка». (Приложение № 1).

45

В. Е. Рожнов пишет: «Его (слово «водка» — В. Г.) надо резко выделять из всех слов, произносить громко, с бичующей интонацией, тембром голоса подчеркивать неприятное, брезгливо-отвратное отношение к этому «зелю», к яду, отравляющему тело и растлевающему душу». Сразу же в момент произнесения слова «водка» идет подкрепление — орошение 96° спиртом рецепторов губ, ноздрей с последующим императивом: «Кашель, противно, слюна идет, тошнит! Рвота! Рвота!» (49, с. 11).

Совершенно справедливо замечает В. Е. Рожнов, что почти у всех пациентов в группе реализуются внушенные симптомы аверсии. При наличии 1-2 пациентов с высокой степенью внушаемости успех в реализации групповой рвоты обеспечен.

Работая заведующим отделением алкогольных психозов Омской психиатрической больницы (1964-1984) и в Омском областном нарко-логическом диспансере (1984-1992), будучи главным наркологом Омской области, я настойчиво внедрял эту методику в лечебный процесс наркологических подразделений (38 кабинетов, 10 отделений). Учил и требовал от молодых наркологов применения этого метода, доказывая, что рвотную реакцию на алкоголь достаточной силы можно вызвать у пациента без применения апоморфина и рвотных смесей.

Я убедился, что иногда совсем нет нужды погружать всех больных в гипнотическое состояние. Большинство пациентов, не участвовавших в гипнотерапии, но мною умышленно приглашавшихся в палату или гипнотарий, при стрессовом аверсионном внушении, находясь в бодрствующем состоянии, давали точно такую же реакцию отвращения к алкоголю, как и гипнотики.

Мало того, во время врачебных обходов, прерывая спокойную беседу с больным, я внезапно громко произносил: «Водка, рвота!», и вся палата начинала искать полотенца, чтобы не запачкать кровать или пол.

Правда, здесь есть одно «но». Мой опыт показывает, что зачастую нет прямой зависимости между силой выработанной аверсии и продолжительностью терапевтических ремиссий. Ряд пациентов, выпивавших в стационаре, после проведения 10-12 сеансов эмоционально-но-стрессовой гипнотерапии, сопровождавшихся бурной рвотой на предъявление алкоголя, вскоре возвращались к пьянству без признаков малейшего отвращения к спиртному. Речь, конечно, идет не о всех, а о малой части больных, у которых аверсия экстраполировалась на врача-гипнотерапевта. Один бывший больной, встретившись со мной на улице, признался: «Валерий Петрович, кактолько Вас увижу, так меня тошнит».

Нувоттакое, неочень лестное для меня признание свидетельствует о том, что, как и любой другой метод, эмоционально-стрессовая психотерапия идет иногда мимо цели. В этих случаях следует прибегать уже к косвенной психотерапии.

46



В. П. Гиндин проводит сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии.

Прежде чем перейти к косвенной психотерапии алкоголизма, следует остановиться на ее исторических этапах. Конечно, разделение на этапы условно, потому что с течением времени эти этапы пересекались друг с другом, дополняли друг друга, образовывали микстные системы. Но стержнем всех этапов являлась психотерапия и, в основном, ее интервенционный вариант.

На мой взгляд, этапы становления терапии алкоголизма представляются следующим образом.

### Этапы развития психотерапии алкоголизма I этап - классическая психотерапия

На этом этапе использовалось прямое внушение в бодрствующем и гипнотическом состояниях, рациональная психотерапия, коллективная психотерапия.

Пионером психотерапии алкоголизма в России следует считать петербургского врача Мара Магазинера, описавшего в 1854 г. свою систему психотерапевтического перевоспитания больного в целях освобождения его от алкоголизма.

Пальма первенства в использовании гипноза при лечении алкоголизма принадлежит французским и шведским врачам. Первое такое сообщение появилось в 1885 году.

В России гипноз для лечения алкоголиков впервые применили в 1889 г. Б. Н. Синани и А. Н. Успенский. Вслед за ними в 1891 г. Я. В. Рыбалкин, а с 90-х годов XIX в. целая плеяда знаменитейших интерни-

47

тов и психиатров применяли гипноз при лечении алкоголизма — А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, А. А. Певницкий, Ф. Е. Рыбаков. В 1904 г. И. В. Вяземский первым применил коллективную гипнотизацию алкоголиков.

Наибольший вклад в лечение алкоголизма методами психотерапии внес В. М. Бехтерев, создавший знаменитую лечебную триаду — рациональная психотерапия под гипнозом, коллективная гипнотерапия с мотивированным внушением аверсии к алкоголю и самовнушение по Куэ.

Большой вклад в психотерапию алкоголизма внесли И. Н. Введенский, Ю. В. Каннабих, К. И. Платонов, И. В. Стрельчук, В. Е. Рожнов и др.

Различные приемы и методы психотерапии и, в особенности, гипнотерапия, разработанные перечисленными выше психиатрами и психотерапевтами, используются и до настоящего времени, как самостоятельно, так и в комбинации с другими методами.

II этап - условно-рефлекторная, или аверсионная, терапия

В 1933 г. И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен предложили лечить алкоголиков парентеральным введением апоморфина для вызывания рвотной реакции, которая подкреплялась дачей внутрь алкоголя. По теории И. П. Павлова, у алкоголика должен был вырабатываться условный рефлекс на вкус и запах спиртного. Несмотря на низкую эффективность этого лечения, оно сумело продержаться в разных модификациях до 80-х годов XX века.

Вариант апоморфотерапии, предложенный Т. Ф. Бурешковым (1960), представлял собой крайнюю степень шоковой психотерапии. На фоне введения токсических доз апоморфина в сочетании с пероральным приемом рвотных коктейлей у больных наблюдалась настолько выраженная рвотная реакция, что возникали кровоизлияния в склеральные оболочки, гематомы в области мышц брюшного пресса и длинных мышц спины. Мне этот метод совсем не нравился, но руководство больницы требовало внедрения новых методов лечения, поэтому пришлось применять этот метод. «Большой апоморфино-рвотный сеанс».

И вот такая картина. В палате на матрацах, покрытых клеенкой, лежат 12 алкоголиков, которым уже введено от 2,5 до 3,0 1% раствора апоморфина, они уже плотно позавтракали и выпили по 2 л чая и по 200,0 рвотного коктейля И. В. Стрельчука. Вместе с ординаторами ходим между койками и при наступлении рвоты на пределе голосовых связок кричим: «Водка, рвота!» При этом поливаем водкой из бутылки или пульверизатором голову, лицо пациентов. Зрелище было воистину препротивное, один запах рвотных масс вызывал у медперсонала те же позывы, что наблюдались у больных.

Однако выраженность аверсионной реакции на алкоголь далеко не

48

всегда была пропорциональна продолжительности терапевтических ремиссий. Еще во время сеанса, сопровождавшегося многочасовой неукротимой рвотой, я наблюдал иногда, что некоторые больные тайком обсаживают ватные тампоны, смоченные спиртом. Некоторые пациенты в последующем приходили с просьбой повторить этот рвотный сеанс. Какая потом узнала, они ожидали эйфории, наступавшей от сверхдоз апоморфина (морфиноподобный эффект). Большое же число больных в короткие сроки после лечения «большим апоморфино-рвотным сеансом» вновь начинали пьянствовать.

Но тем не менее метод Т. Ф. Буренкова внес свою лепту в наркологию

В народной медицине издавна для вызывания отвращения к алкоголю применялись различные спиртовые настойки — на лесных клопах, мокрицах, на грибах — серый навозник, мухомор, на растительном сырье — спорыш, чабрец, плаун-баранец. Последние описаны в монографии И. В. Стрельчука (72, с. 295, 319).

Особенно хорош был хлористоводородный эметин, впоследствии снятый с производства. Он не менял ни вкуса, ни запаха, ни цвета спиртных напитков. Даже если рвота во время гипнотического сеанса не возникала, больному давалась установка, что рвать обязательно будет, но несколько позже, что действительно и происходило по возвращении домой, иногда даже в транспорте. Это были эпизоды чрез-вычайно аффективно заряженные, что способствовало становлению продолжительных ремиссий.

Можно еще долго перечислять вещества, вызывающие рвоту, — это и конский каштан, и рвотный орех, и животный уголь.

Модификаций же апоморфинотерапии было великое множество. Последним «вздохом» аверсионной терапии явились диадинамическ-ие токи, вырабатываемые аппаратом СНИИМ-1 и пропускаемые че-рез шею. При этом возникали судорожные сокращения мышц глотки и гортани с нехваткой воздуха и страхом смерти. Все это подкрепля-лось приемом алкоголя (85, с. 2/0).

Еще раз обращаю внимание, что все аверсионные методы терапии алкоголизма, иногда имевшие варварский характер, сопровождались прямым императивным внушением отвращения к алкоголю.

III этап - сенсibilизирующая терапия

К категории веществ, вызывающих непереносимость алкоголя, относят-ся амилнитрит, нитрит натрия, никотиновая кислота, животный уголь, карбамид, фуразолидон и фурадонин. Но особого внимания заслужи-вают, на мой взгляд, два препарата — метронидазол и дисульфирам.

На сенсibilизирующее действие метронидазола в отношении ал-коголя впервые обратил внимание ЭннТэйлор (1964). Пациенты дер-

49

матологической клиники, лечившиеся флагилом (метронидазолом) в связи с трихомониазом, не стали переносить алкоголь. Выпив спирт-ного, они краснели, чувствовали дурноту, тошноту, иногда наблюда-лась рвота. Так случайно, как и многое на свете, было открыто про-тивоалкогольное свойство этого препарата. Наркологи широко ис-пользуют метронидазол не только как сенсibilизатор, но и как средство, эффективно обрывающее запой в амбулаторных условиях. Мой многолетний опыт показывает, что применяя «ударные» дозы метронидазола — 1,5-2 г препарата одномоментно и в дальнейшем че-рез каждые 1,5-2 часа еще по 1-1,5 г, удается в 90% случаев купи-ровать запой.

Особо мощным сенсibilизатором является дисульфирам (антабус, тетурам, эспераль и т. д.). Антиалкогольное действие этого препарата было тоже открыто случайно в 1948 году. Якобсен и Мартенсен-Ларсен обратили внимание на то, что у рабочих, занятых в производстве искусственного каучука, возникает невыносимость к алкоголю. Было установлено, что виновник этого — тетраэтилтиурамдисульфид, при-меняющийся для вулканизации резины.

В дальнейшем на базе этого вещества был синтезирован антабус, победное шествие которого по всему миру мы наблюдали до середи-ны 70-х годов XX века. Радостные надежды нато, что наконец-то най-дено лекарство против пьянства, сменились впоследствии глубоким разочарованием. Мало того что применение антабуса было небезопас-но для здоровья пациентов, особенно при проведении «провокации», но и течение алкогольного процесса после курса лечения этим препа-ратом приобретало brutальный характер. Кроме того, считавшееся обязательным, «поддерживающее» лечение антабусом многими паци-ентами не выполнялось. Желание сходить в магазин за бутылкой все-гда преобладало над желанием принятьтаблетку.

Поэтому «химический камзол», в котором врачи упорно пытались удержать пациента, не выдерживал, лопался, «рвались цепи химичес-кой изоляции», и больной вновь оказывался в объятиях алкогольной зависимости.

Остроумное решение проблемы — как удержать больного в «хими-ческом камзоле» — было найдено в 1955 г. Французский исследователь Клод Мари разработал депонированную форму дисульфирама, назван-ного им «Эспералем» (пер. с фр. — надежда) для имплантации таблеток в ткани организма. Таким образом вошьютилась идея «химического по-лицейского» (27, с. 28), стоявшего на страже сохранения трезвости.

Вообще-то терапия «Эсператем» должна рассматриваться скорее как опосредованная психотерапия, а не как сенсibilизирующая. По данным ряда исследователей, после имплантации дисульфирам не об-наруживается в крови у 35% больных, а у остальных уровень его ниже минимальной концентрации, при которой возникает реакции сенсibilизации на алкоголь (84, с. 223).

50

Мои наблюдения свидетельствуют о том, что тем не менее у боль-шинства больных, нарушивших



режим трезвости после имплантации, наблюдалась реакция сенсibilизации разной степени выраженности — от легких вазодилаторных проявлений до тяжелых, сопровождавшихся рвотой, пульсирующей головной болью, снижением артериального давления, удушьем, страхом смерти. Такие же точно реакции проявлялись у больных, которым имитировалась имплантация «Эспералей».

Видимо, это обстоятельство послужило трамплином, с которого прыг-нула опосредованная и потенцирующая психотерапия алкоголизма.

#### IV этап - опосредованная психотерапия

В 1970 году состоялось мое знакомство с организацией наркологической помощи в Москве. И вот в наркологическом отделении Москов-ской психиатрической больницы № 15 я увидел, как проводится ле-чение методом «Торпеда». Лечение «Эспералем» для Омска тогда было недоступно, он появился у нас только в 1976 г. и был на вес золота. А здесь я воочию убедился в том, что косвенную психотерапию можно проводить и без имплантации «Эспералей». Описал эту методику, по-видимому, впервые А. Л. Гамбург с соавторами в 1980 году, хотя тер-мин «Торпеда» существовал к тому времени никак не менее 10 лет. Так что автор названия метода «Торпеда» окутан, во всяком случае для меня, туманом неизвестности, но какое остроумное название — сразу ярко представляешь пациента с «виртуальным полицейским» в го-лове: «выпьешь — мозглопнет».

Вот эта императивная суггестия, сочетающаяся с материализован-ными ощущениями, чаще всего после введения вазодилаторов (хло-рид кальция, сульфат магния, препараты никотиновой кислоты, АТФ, фосфобион), создавали у больных уверенность, что у него включилась «тормозная» система, при срыве которой наступит смерть.

Один из вариантов «Торпеды», примененный мною в 1970-71 гг., заключался во внутривенном струйном введении 4,0 раствора коразола с предварительным приемом 30,0 водки. Что происходило? Вбзникал большой судорожный припадок с последующей ретроградной амне-зией. Тогда стала вводиться доза коразола меньшая и более медленно, так что припадка не возникало, а возникала аура — окрашенная аф-фектом страха, неотвратимо надвигающегося ужаса. Наступало выра-женное моторное возбуждение, так что приходилось применять к больным методы механической фиксации. Но оставались воспомина-ния, такие ужасные, что по сравнению с ними удовольствие от алко-голя оказывалось призрачным. Дезактуализация патологического вле-чения была очень мощной и длительной. Но вскоре я отказался от это-го варианты «Торпеды», видимо, все же победили гуманистические принципы.

51

Ну а чем лучше метод опосредованной терапии с введением мощ-ного мышечного релаксанта из фуппы курареподобных препаратов — диплацина, когда его введение вызывало у больных на 1-2 мин. оста-новку дыхания и возникавший вследза этим страхсмерти? Восстанов-ление же дыхания производилось врачами-реаниматологами.

Или другая методика, предложенная А. Я. Гриненко и Е. М. Крутиц-ким (1988 г.). После введения препарата для наркоза — кетамина — на-ступал психоделический эффект, сопровождавшийся ломрачением сознания с иллюзорными и галлюцинаторными переживаниями. Этот метод т.н. «аффективной контратрибуции» вошел даже в «Психотера-певтическую энциклопедию» под ред. Б. Д. Карвасарского (89, с. 354), несмотря на то что кетамин включен в список наркотиков.

Вслед за «Торпедой», которая жива и по сей день и тоже имеет пра-во на существование, появилось множество опосредованных методик, в основе которых лежала имплантация чего-либо индифферентного. Разнообразные «подшивки», «посадки» (В. И. Сухоруков, В. А. Рязан-цев, 1983) давали эффект несколько не худший, чем имплантация «Эс-пералей». Самое главное, что требуется, — это необычный вид лекар-ства, звучное название, обязательная материализация ощущений пос-ле применения метода. Все эти «виталены», «алкопаны», «пелонины», 5ИТ, А□□5 и т. д. будут идти на пользу больного, если врач — автори-тетный и умный профессионал, следующий принципу: «Регрїтїт по песеге!».

#### V этап - трансовая психотерапия

Середина 80-х годов XX века ознаменовалась появлением знаковой фигуры в области психотерапии зависимостей от психоактивных ве-ществ — Александра Романовича Довженко, разработавшего свой ме-тод лечения алкоголизма, наркомании и табакокурения и получивший широкую известность под названием «кодирование по Довженко».

Несметное число учеников и «учеников учеников» доктора Дов-женко накрыло гигантской сетью все пространство России и стран ближнего зарубежья. Среди населения большинство из них

получило жаргонное название, полупрезрительное-полуироничное, — «коди-ровщики». От слова «код» пошли производные: «кодануть», «кодану-тый», «кодарик» и т.д. Казалось бы, что особенного в слове «кодиро-вать»? В словаре иностранных слов его определение сформулировано так: кодировать (фр. *codier*) — вводить информацию в зашифрованном виде при помощи определенных символов, сигналов (при работе на ЭВМ). Если кора головного мозга есть компьютер, то понятие «имп-ринта» или «матрицы», о которых было сказано выше, как нельзя более кстати объясняет существо того метода, который доктор А. Р. Довженко назвал стрессопсихотерапией.

## 52

Главный нарколог Украины З. Н. Болотова (1970 г.) считает, что методика А. Р. Довженко имеет биологическую основу, заключающуюся в активизации церебральных эмоциональных механизмов. Весь сеанс стрессопсихотерапии построен на создании доминантно-го возбуждения в системе отрицательно-эмоционального реагирования (биологический страх самосохранения) (47, с. 44).

Известный психотерапевт профессор И. З. Вельвовский в экспертном заключении на выдачу патента А. Р. Довженко пишет: «Мы имеем «чистую» психотерапевтическую методику, на которой воспитывается условно-рефлекторная аверсия, используются психические и эмоциональные факторы» (47, с. 47).

Иными словами, доктор Довженко применял трансовую терапию в крайнем шоковом варианте или, по определению А. И. Нажиловского (51, с. 151), «обязательным компонентом истинной шоковой гипнотизации, направленной на сверхбыстрое или очень быстрое торможение сигнальных систем одной или сразу двух, является внезапное и неожиданное действие раздражителя». Так в чем же конкретика стрессопсихотерапии доктора Довженко, положившей начало бесчисленному количеству вариаций и так широко используемой в практической наркологии нашего времени?

Несколько слов об авторе метода.

Александр Романович Довженко (1918-1995 гг.) родился в г. Севастополе. Отец — паромный механик, мать — швея. В 1934 году Александр Романович окончил ФЗУ и два года плавал кочегаром на теплоходе «Ар-мения». В последующем окончил Крымский медицинский институт. Работал дерматологом, венерологом, психиатром. Дар целительства обнаружился у А. Р. Довженко с детства. Те, кто знал его в те годы, приводят свидетельства о том, что еще в подростковые годы он умел снимать головную боль наложением рук, предъявлял контролеру полоски бумаги вместо билетов и катался на катере с друзьями бесплатно.

Свое «открытие» он совершил в 1947 году, когда начал лечить алкоголиков гипнотическим внушением, не погружая их в сон (47, с. 30). В последующем и до конца своих дней А. Р. Довженко применял оригинальную методику экспресс-стрессопсихотерапии алкоголизма. Тысячи больных поверили в Александра Романовича еще задолго до его признания официальными медицинскими структурами. Только в 1984 году метод А. Р. Довженко был разрешен к применению Минздравом СССР (49). (Приложение № 2).

Из некролога, посвященного памяти А. Р. Довженко: «Школу А. Р. Довженко прошли многие и многие специалисты. И хотя эта методика, как и любой другой лечебный подход в наркологии — не панацея, и у нее есть и свои несомненные достоинства, и свои недостатки, она прочно вошла в арсенал наркологических клиник и диспансеров по всей стране. Ей посвящались международные конференции и сборники научных трудов. Кодирование по Довженко вернуло к

## 53

нормальной человеческой жизни тысячи больных, принесло мир и радость в их семьи» (24).

Вот как описывает журналистка внешний облик доктора А. Р. Довженко: «Серьезное лицо с крупными волевыми чертами, руки, тяжело лежащие на заваленном бумагами необъятном столе. Весь облик этого кабинета излучает какую-то весомую, заразительную уверенность. На кармане его докторского халата синими нитками вышито «ДАР» — Довженко Александр Романович» (79, с. 16).

В главе VI я изложу собственные впечатления о личности и деятельности А. Р. Довженко.

Квинтэссенция стрессопсихотерапии алкоголизма по Довженко заключается в наборе традиционных и хорошо известных методов и приемов классической психотерапии.

I этап (подготовительный). Это отбор больных на лечение с исключением анозогнозии, тщательный анамнез, элементарные параклинические исследования, консультации узких специалистов. Кульминацией этого этапа является встреча с врачом, дающим установку на 2-

недельную трезвость.

II этап (лечебный) — заключается в проведении 2-2,5 часового сеанса коллективной рациональной психотерапии. Обстановка помещения, речь и облик врача носят торжественно-ритуализованный характер. В последующем определенными и хорошо известными приемами (фиксация взора на переносице врача, монотонная с нарастанием crescendo речь терапевта) достигается состояние легкой гипноидности. Все врачебные рациональные построения направлены на актуализацию инстинкта самосохранения, снятие анозогнозической инертности, развитие стрессового состояния (стресс ожидания).

Для усиления психотерапевтического воздействия необходимо включение суггестивных повторов отдельных ключевых положений. Завершая сеанс, врач в доступной форме объясняет смысл «кодирования» и подчеркивает, что не воля больного, а воля врача избавит больного от недуга.

III этап (заключительный) состоит в проведении собственно шоковой терапии или «кодирования». При этом в условиях зрительной депривации используется ряд манипуляций, направленных на материализацию внушений — прессорное воздействие на супраорбитальные точки Валле, резкое забрасывание головы назад, орошение струей плацебопрепарата зева и глоточного пространства. Далее следует суггестивный императив: «А сейчас я закладываю в ваш мозг специальный код. Он будет контролировать ваше поведение, ваше отношение к спиртным напиткам. С этого момента вы не имеете права употреблять любые алкогольные напитки. Любые дозы спиртного на время действия «кода» опасны. Нарушение запрета приведет вас к смерти».

Эффективность методики в значительной мере определяется тем, что она представляет собой комплекс непрерывно следующих друг за

54

другом приемов, повышающих внушаемость пациента как на предварительных, так и на завершающих этапах психотерапевтического процесса.

Так что же такое методика Довженко, как не индуцирование транса, как не «гипноз без гипноза», как не «вооруженный гипноз», как не «светлый сон» аббата Фариа?

Методическое письмо о стрессопсихотерапии алкоголизма вышло в свет в 1984 году, а первые работы об эффективности метода стали появляться с 1988 года. Это были многочисленные публикации, свидетельствовавшие о достаточно высокой эффективности метода — ремиссии свыше одного года составляли не менее 75-78% (85, с. 19). Сам А. Р. Довженко несколько преувеличивал эффективность метода, говоря о 95-96% ремиссий.

В методическом письме кодирование допускается на срок не более одного года. Однако у меня лечились больные, кодировавшиеся у самого А. Р. Довженко или его учеников и на 25 лет и на «всю жизнь», и благополучно возвращавшиеся к пьянству через 1-2 месяца после «кодирования».

Г. М. Энтин в интервью журналу «Трезвость и культура» считает невозможным кодировать на длительные сроки и приводит в связи с этим притчу о Ходже Насреддине из романа Л. В. Соловьева «Возмутитель спокойствия». Насреддин обаялся за 7 лет научить своего ишака читать, иначе эмир отрубил Ходже голову. Ходжа пошел на риск, рассчитывая, что за семь лет кто-либо умрет: либо ишак, либо эмир, либо сам Насреддин (86, с. 2).

Г. М. Энтин рекомендует минимальный срок кодирования — 1 год.

А. Р. Довженко в беседе со мной в октябре 1988 года говорил, что его методика — не застывшая догма, что она может трансформироваться в связи с личностными особенностями и профессионализмом психотерапевта, его базовой подготовкой и творческими устремлениями. В то же время за полгода до этого в газете «Правда» от 15/1-88 года А. Р. Довженко обвинил своего ученика Ю. Вальбу в том, что в погоне за иллюзорной славой тот искал методiku, и даже поставил вопрос о лишении Ю. Вальбы удостоверения на право применения метода.

Я лично знаю Ю. В. Вальбу как высокого профессионала-нарколога и психотерапевта. Да, он «кодирует» не так, как это делал А. Р. Довженко, он внес в методiku свой творческий потенциал. За что же его ругать? За то, что он, как и Т. М. Энтин, освободил методiku стрессопсихотерапии алкоголизма от «фельдшеризма». Я ведь тоже модифицировал метод «кодирования» под себя, под свою личность, под свой профессиональный базис. Что, от этого снизилась эффективность лечения? Нет, ни в коей мере. Ну об этом в следующей главе.

55

## Глава VI

### Мой опыт стрессопсихотерапии

### **алкоголизма**

*Я не даю напрасных обещаний, я даю надежду на спасение.*

В. Гиндин.

*Василиск — мифический чудовищный змей.*

*Надеялся сверхъестественной способностью убивать не только ядом, но и взглядом... Можно было спастись от Василиска, показав ему зеркало: змей погибал от собственного отражения.*

Мифы народов мира. 1987, т. 1, с. 218.

В октябре 1988 г. руководство областного наркологического диспансера, где я тогда работал, предложило мне освоить метод доктора Довженко, каксамому опытному психотерапевту, имеющему за плечами уже 20-летний опыт работы в области гипнотерапии алкоголизма. Отвечаю главному врачу: «Я не могу поехать учиться тому методу, кото-рый считаю шарлатанским. Невозможно за один сеанс вылечить ал-коголика». Следует сказать, что это недоверие, это сомнение в дей-ственности метода Довженко было заложено рассказами больных, побывавших у него, вскоре запивавших вновь и поступающих с алко-гольными психозами в психиатрическую больницу. А как бы я иначе узнал о том, что А. Р. Довженко говорит в своих «проповедях», что ему необыкновенный дар излечения уготован свыше, и как он ловко вкла-дывал этот волшебный смысл в аббревиатуру ДАР? А как бы я узнал, что А. Р. Довженко садится в кресло и над его головой высвечивается светящийся круг, что-то вроде нимба? Я сам склонен ктеатрализации психотерапии, но не до такой же степени. Я и сейчас считаю, что если сознание, психическая деятельность материальны, то нельзя себя при-числятьчутьлине кликусвятых. Ноэтосейчас, атогда шел 1988 год, я был членом КПСС и свято верил в диалектический материализм. Главному врачу пришлось меня уговаривать несколько дней, пока я не согласился. Но мною было поставлено условие, что в Феодосию я не поеду, а поеду в Московский НИИ психиатрии РФ, в клинику, руко-водимую моим наставником, профессором Александром Генрихови-чем Гофманом. Мне уже было известно, что в этой клинике работает ученик А. Р. Довженко, который и раскроет мне тайну «кодирования». Действительно, доктор, прошедший стажировку у А. Р. Довженко, в течение 40 минут показал мне все этапы стрессопсихотерапии. Когда на мой недоуменный вопрос: «И это все?», последовап смущенный ответ: «Так делает сам Довженко», я понял, что методика эта рассчитана на больных с самым низким интеллектуальным уровнем. Мотивированные

56



В. П. Гиндин — заведующий отделением.

внушения были построены примитивно и беспомощно объясняли меха-низмы «кодирования». Я решил по приезде домой построить лечебную тактику по-другому. Что-то неуловимо знакомое промелькнуло во вре-мя показанного мне сеанса «кодирования». Вернувшись, я вновь пере-листал литературу по гипнозу и понял, что кульминааионный ритуал стрессопсихотерапии основывается на старом и забытом методе гипно-тизации — методе Фариа — фасцинации. Но я забыл сказать, что тогда же в Москве я лично познакомился с А. Р. Довженко.

Созданное во исполнение противоалкогольных мероприятий 1985 года Всесоюзное общество борьбы за трезвость активно работало. Его руководство пребывало в графском особняке наул. М. Дмитровка, 18. Воттуда-то и приехал А. Р. Довженко, чтобы лично пролечить своим методом алкоголиков двух наркологических диспансеров Москвы. В Белом мраморном зале 28/X-88 г.



собралось около ! 50 человек. В густом запахе ацетальдегида стояла атмосфера нервной ажитации. «Вот идет, идет!» — раздались восклицания. Открылась белая двустворчатая (дореволюционных времен) дверь, и в зал вошла процессия. Впереди, ведомый под руки, с трудом шел пожилой крупный мужчина, а за ним свита из представителей «Общества борьбы за трезвость», руководителей здравоохранения Москвы и врачей-наркологов.

Лекция, которую с блеском прочитал бывший пациент А. Р. Довженко, кинооператор, содержала многочисленные примеры чудесных исцелений, красочно описывались муки людей, не исполнивших «обе-та трезвости» и погибавших на глазах бедных родственников. Затем выступил друг детства А. Р. Довженко и поведал аудитории отом, ка-

**57**

ким был Александр Романович в детстве озорным и шмыглым паренком, как в 14 лет гипнотизировал сверстников, снимал головную боль наложением рук, и опять приводились примеры чудесных исцелений.

Сам А. Р. Довженко не проронил ни слова и только одобрительно кивал головой. На вопросы он тоже не отвечал, поручив этот процесс своему ассистенту-врачу. Лечение было назначено через 3 дня, но мне нужно уже было уезжать. Да и «кодировал», как я потом узнал, не сам А.Р. Довженко, а его ассистент.

Думаю, читатель понимает, что я иронизирую, описывая все, что увидел и услышал. И вот тогда я сказал самому себе: «Я сделаю не так, я сделаю лучше». Мой многолетний опыт работы в области гипнотерапии алкоголизма давал мне право так самоуверенно (пусть и самому себе) заявлять об этом. Ведь тот врач, который демонстрировал мне процесс «кодирования», не владел даже техникой классического гипноза.

В основу разработанной мной модификации «кодирования» легли два краеугольных камня — эмоционально-стрессовая гипнотерапия алкоголизма по В. Е. Рожнову и метод Фариа — фасцинация (загораживание).

В декабре 1988 года я провел первые сеансы «кодирования» и убедился воочию, что метод прекрасно работает. Куда подевались мои инвективы о шарлатанстве, куда подевались ирония и скепсис? «Первый блин» не был комом. Подавляющее большинство (прошедших отбор) больных прекращали пьянство!

Вначале я проводил лечение так, как это описано в методических рекомендациях, затем ввел собственные ритуалы.

Рациональная психотерапия объяснения механизмов «кодирования» основывалась на теории биоэнергетики.

Кульминация метода проводилась в специально оборудованном кабинете, похожем на камеру-обскуру. Обстановка этого помещения (черные драпировки, мерцающий слабый свет, звукоизоляция) позволяла почти в полной мере достичь сенсорной депривации. Танатофобический эффект усиливался трагическим звучанием 9-й симфонии Бетховена.

Вначале я так же, как и А. Р. Довженко, использовал при «кодировании» орошение зева и глотки хлорэтилом. Но потом этот препарат был внесен в список «А», да и нужды уже в нем не было. Использование хлорэтила, я думаю, было интуитивным «озарением» А. Р. Довженко, применявшего этот препарат для «материализации внушения».

Потом, много лет спустя, я догадался, что орошение зева и глотки этим жгучим веществом не только опосредование. Здесь возникает мощная рефлекторная активация лимбических структур мозга, имеющих тесную связь с рецепторами твердого и мягкого неба. С годами совершенствовались ритуалы, они становились более простыми, но

**58**

г^

цесли в себе аффекты, по силе превосходящие сложные в несколько раз. Я отказался от камеры-обскуры, от музыкального сопровождения, подсветки глаз и пульсирующего красного диода. Я не пользовался прессажом точек Валле, а тренировал свой взгляд, голос, свою мимику и жестикуляцию.

Если вначале у меня и были какие-то сомнения в успешности терапии, то в последующем, по мере приобретения опыта, уверенность в своих силах нарастала, чему способствовали многочисленные случаи становления продолжительных ремиссий.

В настоящее время методика стрессопсихотерапии выглядит в моей модификации следующим образом.

Я отказался от термина «кодирование», расхвачанного по рукам многочисленными

«кодировщиками». Я называю этот метод «про-граммированием» или «шоковым моментальным гипнозом».

Как и любой лечебный метод, стрессопсихотерапия в моей модификации разделяется на 4 этапа.

I этап — интервью.

II этап — групповая рациональная психотерапия.

III этап — групповая гипнотерапия.

IV этап — собственно шоковая, стрессовая, интервенционная психотерапия — программирование.

Полностью разделяю мнение В. Ю. Завьялова (27, 190, 199) о том, что любой контакт больного с психотерапевтом есть не что иное, как индуцирование транса.

Все 4 этапа стрессовой психотерапии в моем варианте есть индуцированные трансовые состояния.

I и IV этап — индивидуальный транс.

II и III этап — групповой транс.

I этап — интервью. Основная направленность этого этапа заключается в определении анозогнозии. Я думаю, что эффективность лечения обусловлена в первую очередь положительной терапевтической мотивацией пациента и установкой на продолжительную трезвость.

Подавляющее большинство больных приходят на лечение с положительной трезвеннической мотивацией. Иногда попадают пациенты колеблющиеся, согласившиеся лечиться под давлением родственников или начальства. Я не провожу в этих случаях психотерапевтической коррекции, а предлагаю обсудить еще раз проблему дома или за порогом кабинета и повторно прийти на прием.

Анозогнозию можно определить не только вербально. Есть много признаков, косвенно свидетельствующих о парциальной анозогнозии.

С пациентами, имеющими тотальную анозогнозию и заявляющими сразу: «Я не алкоголик, лечение нужно не мне, а моей жене (матери, сестре и т.д.), я хочу — пью, хочу — не пью», я вообще не вступаю в контакт, говоря при этом: «Ну что же, спасибо, что зашли. До свидания». А пациент с парциальной анозогнозией всегда идет вслед за

59



Утреннее интервью.

Жену, садится на край кресла, в глаза не смотрит или тотчас их опускает после императива: «Смотрите мне в глаза», спорит с женой о количестве дней запоя, о количестве спиртного, которое он может выпить, отрицает агрессивное опьянение. Жена, конечно, настаивает на брутальности этих симптомов. Возникающую перебранку я прерываю сразу же, говоря: «Меня не интересует, сколько вы дней пьете — 3 или 30, меня не интересует, сколько вы можете выпить — 100 граммов или 1,5 литра, меня не интересует, как вы себя ведете пьяным, меня интересует — будете ли вы лечиться? Если не будете — прощайте». Такой поворот в интервью часто ставит в тупик пациентов, повергая в смущение, ведь он всегда и уже много лет готов к уговорам, увещаниям, морализаторству, а тут такой афронт. Практически все больные после такой постановки вопроса о лечении отвечают: «Что вы, доктор, конечно, лечиться буду, иначе зачем бы

я к вам шел».

С родственниками, которые присутствуют при интервью, я бесе-дую мало, стараюсь прекратить диалог с пациентом, а если этого не удастся, я просто прошу (мать, жену, сестру и т.д.) подождать в при-емной. Вот тогда наступает с больным откровенный контакт.

Я не хочу касаться вопроса об акцентуациях или патологическом развитии личности родственников пациентов (алкоголиков, наркома-нов). Но сказать о том, что эти девиации очень часто мешают психо-терапевтической работе с больным, необходимо. Сколько раз бывало,

60

что паиент, «мытьем или катаньем» приобретающий терапевтичес-кую мотивацию, спокойно беседует со мной, а на реплики жены гнев-но аффектируется и убегает из кабинета.

В этот день психотерапии пациент уже недоступен.

В интервью необходимо выяснить мотивы, побудившие к лечению. Одно дело, когда больной говорит, что ему надоели упреки или угро-зы жены, а другое дело, когда он решил лечиться потому, что хочет восстановить распавшуюся семью.

Очень важно выяснить: где, когда, каким методом проводилось лечение в прошлом, на какой срок давалась установка на трезвость, какой длительности была терапевтическая ремиссия и что послужи-ло поводом к рецидиву? В сборе стандартного анамнеза интересует наследственность, семейное положение, перенесенные болезни, служ-ба в армии и время, когда был последний алкогольный эксцесс.

Далее в интервью обсуждаются мтоды стрессопсихотерапии. Это не только «кодирование», но и ряд других опосредованных методик с введением плацебопрепаратов, это и метод «Кристалл», о котором я буду писать далее. После выбора метода с пациентом ^аключается стандартный юридический договор, где обуславливается срок дей-ствия метода лечения. Кроме того, в визитной карточке больн-й ста-вит свою подпись под текстом-предупреждением о возникновении тя-желых и опасных для жизни последствий в случае нарушения режима трезвости. Этот прием скорее психологический, а не юридический, фиксирующий танатофобическую установку.

II этап — рациональная психотерапия. Прошедшие интервью и ото-бренные на лечение больные формируются в группу 6-8 человек. Рас-полагаются они в глубоких мягких креслах. На протяжении всего II этапа, длящегося 1,5 часа, больным предлагается все время смотреть на врача, не отвлекаясь на посторонние раздражители. Родственники присутствуют при проведении II и III этапа.

Групповая рациональная психотерапия включаетв себя:

1) Информацию о себе (по окончании лечения больному выдается постер с моей фотографией и реквизитами).

2) Обсуждение понятия алкогольной зависимости. Большинство взрослыхлюдей употребляют спиртные напитки, но спиваются только 15%. Приводятся примеры, отличающие бытовсто пьяницу от алкого-лика. Первый хочет пьет, а не хочет — не пьет, второй — хочет пьет, не хочет — тоже пьет. Первый — «пьян да умен — два угоды в нем», «пей, но дело разумей», второй — «пьяному море по колено». Первый идет по жизни с алкоголем рука об руку до седых волос, второго на каком-то жизненном этапе алкоголь мертвой хваткой начинает душить, отбирая силы, здоровье, семью. Идет описание симптомов начальной и развер-нутой стадии алкоголизма. Моя речь экспрессивна, насыщена посло-вицами, поговорками, цитатами из классической литературы, живопи-си, кинофильмов. Говоря о конечной стадии алкоголизма, я просто

61



В. П. Гиндин проводит сеанс классического гипноза.

предлагаю съездить на железнодорожный вокзал и посмотреть на бродяг, спившихся бомжей. Затем перехожу к мысли о том, что причины алкоголизма до сих пор неизвестны. Это они (пациенты) вытянули в жизненной лотерее несчастливый билет. Ученые не знают, почему Сидоров спивается, а Иванов нет, но ученые знают, где происходит сбой защитной системы. Показывая муляж головного мозга, я рассказываю кратко о его строении, особенно — о корковой и стволовой частях.

Объясняю, что кора головного мозга — это самопрограммирующаяся и программируемая компьютерная система, в которую можно ввести любую программу через глаза, слово, формировать «матрицу» долгосрочной памяти и т.д. Подчеркиваю, что этот процесс и лежит в основе «кодирования».

Рассказывая о стволовой части мозга, я объясняю, что такое «система подкрепления», и подвожу к мысли о том, что при алкоголизме происходит дисбаланс в опиатной системе, в результате чего формируется порочный круг алкогольного пристрастия, из которого самому выбраться невозможно. Подвожу к мысли о том, что эта «поломка» фатальна, что ее можно только «починить», но нельзя заменить деталь на новую. Поэтому третьего не дано. Или абсолютная трезвость или пьяный провал. Обещания некоторых «целителей» (именно так я называю отдельных врачей) о том, что после лечения возможно конт-

**62**

г^

ролируемое употребление алкоголя, есть фикция, обман, бессовестный рекламный трюк, не соответствующий действительности. Нужна абсолютная трезвость!

Алкогольная зависимость, как уснувшая после лечения змея, но она живая и сразу же проснется, как только в организм попадет спиртное. Поэтому никогда, нигде, ни при каких обстоятельствах — ни рюмки водки, ни стакана вина, ни бутылки пива! Привожу примеры из практики о том, что и через 10, и через 15 лет абсолютного воздержания рецидив наступает сразу же, как только спиртное попадает в организм.

Особенно сильный опосредованный терапевтический эффект достигается тогда, когда в группе находится больной с длительной ремиссией после первого лечения. Вот здесь уже больше ничего не надо говорить, этот пациент на время становится более сильным терапевтом — «Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать».

Далее я перехожу к условиям, при которых формируется высокая эффективность лечения. Это три веры:

- вера больного в себя, в то, что лечение ему необходимо, что без лечения он пропадет совсем;
- вера больного в метод лечения;
- вера больного во врача.

Есть, правда, и четвертая вера, о которой пациентам знать не надо. Это вера врача в самого себя.

Терапевт, проводя интервенционную психотерапию, должен верить в собственную силу и без тени сомнения делать свое дело.



Пациентам и их родственникам необходимо знать, каковы же причины рецидивов? Я выделяю три группы основных причин рецидивов.

Самая малочисленная первая группа — это больные, у которых в течение ремиссии возникает острое, чаще компульсивное влечение к алкоголю, реализующееся без борьбы мотивов — «пить или не пить?» Чаще всего это происходит на фоне дистимических расстройств, дисфории, депрессии. В этих случаях больных нужно рассматривать с позиций большой психиатрии и применять к ним соответствующую лечебную тактику (нейролептики, антидепрессанты и т.д.).

Вторая группа причин рецидивов — это острые или затяжные психические реакции (гибель или несчастные случаи с близкими, внезапная потеря имущества — пожар, грабеж), отрицательные стрессовые реакции, переживаемые самим больным (увольнение с работы, достоверная измена жены, смертельно опасные ситуации в быту, в пути и т.д.).

Примерно 1/3 часть всех рецидивов приходится на эти причины.

Третья группа — самая многочисленная. Включает в себя случаи рецидивов, возникающих без видимых причин. «Взял и выпил, сам не знаю почему» — расхожий ответ большинства пациентов. При тщательном анализе этих случаев иногда удается выяснить, что за несколько дней до срыва стало портиться настроение, нарушался сон, появлялись

### 63

сновидения на алкогольную тему. Новлечение к алкоголю как настоятельная необходимость не ощущалось. У части больных этой группы вообще не прослеживалось поведенческих и эмоциональных девиаций.

Поэтому пациентам и родственникам дается установка в этих случаях немедленно обращаться ко мне.

Заключая рациональную психотерапию, я объясняю своим слушателям, что после лечения потребность в алкоголе исчезнет, но я не могу заломбировать рот и связать руки. Поэтому эффект лечения будет основываться на готовности пациента вести трезвую жизнь.

Предупреждая стандартные вопросы, говорю о том, что после лечения нужно соблюдать режим труда и отдыха, рационально питаться. Можно есть и пить все — кофе, чай, прохладительные напитки, кисломолочные продукты, безалкогольное пиво. В гигиенических целях не запрещается использовать парфюмерию и косметику, можно протирать кожу спиртом, лечиться у стоматолога, не возбраняются все виды наркоза. Под запретом находится употребление любых спиртных напитков, в т.ч. слабоградусных и пива. Нельзя употреблять спирто-содержащие лекарственные настойки, ставить спиртовые компрессы.

При нарушении этих условий могут возникнуть тяжелые и опасные для здоровья и жизни последствия. Чаще всего после употребления спиртного возникает мучительная, пульсирующая головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, что свидетельствует о начале угрожающего отека мозга. В дальнейшем могут присоединиться ослабление зрения, психозы, расстройство мозгового кровообращения с возникновением параличей и т.д. В таких случаях необходимо срочно обращаться к службе «03».

Наблюдая за больными во время рациональной психотерапии, я заметил, что у многих из них возникают трансовые состояния в виде сомноленции, они борются с дремотой, пытаются не уронить голову.

**III этап — групповая гипнотерапия.** Больные усаживаются удобно в креслах и вслед за императивом «закрыть глаза» включается магнито-фонная запись моего сеанса гипноза. Несколько лет назад профессор М. Е. Бурно подарил мне аудиокассету своего сеанса гипнотерапии алкоголиков. Текст этой записи я взял за основу, внес коррективы, наложил ее на музыку Л. ван Бетховена — Соната № 14 (Лунная), 1-я часть — и сделал собственную запись с разрешения М. Е. Бурно. С текстом записи М. Е. Бурно можно ознакомиться в его работе «Клиническая психотерапия» (12, с.564-566) (Приложение № 3).

Моя книга не является ни учебником, ни методическим пособием, поэтому я не привожу собственный текст, чрезвычайно близкий к тексту оригинала.

Сеанс длится 20 минут. Наблюдая за больными, я прихожу к выводу о том, что 2/3 из них находятся в состоянии глубокой гипотаксии и только 1/3 переживает сомноленцию. Глубокий сомнамбулический транс определяется только на IV, кульминационном этапе лечения.

### 64

**IV этап — собственно шоковая психотерапия** («кодирование», «про-граммирование», «формальный транс»).

Сеанс проводится индивидуально. Пациенты ждут своей очереди за порогом кабинета. Пациенту

предлагается сесть на стул прямо, не откидываясь, сомкнуть колени, сложить руки в «замок» и прижать их к груди. «Ваша задача, — говоря, — сжимать как можно сильнее руки и смотреть мне в глаза, стараясь не моргать». Я подхожу к пациенту и становлюсь так, чтобы мои колени сжали колени пациента. Мои ладони, в которых удерживается кристалл горного хрусталя, располагаются на голове пациента, на границе между чакрами аджна (космос и порядок) и сахасрара (разум) — лобно-теменная область.

Должен, кстати, заметить, что хрусталь в психотерапии вообще играет большую роль. Во-первых, аккомодация взгляда пациента на под-свеченном кристалле горного хрусталя повышает гипнабельность пациента, что способствует возникновению более глубокого транса. Во-вторых, считается, что хрусталь связан с нашим сверхчувствительным восприятием. Принцип усиления энергии кристаллами основан на том, что энергетические каналы Космоса проходят через них, а мысль человека может быть ключом, открывающим этот канал. Кристалл — хороший помощник в лечении, усиливает нашу собственную исцеляющую силу.

Я пользуюсь генераторным кристаллом, шесть граней которого формируют острую вершину, основание гладкое, 6 см в диаметре, переходит в фасеточный пояс шириной 1 см (76, с. 162-165). Следом я говорю: «Я начинаю сеанс программирования. Смотрите пристально в мои глаза, старайтесь не моргать, а я своим взглядом буду проникать в глубину вашего мозга. Слушайте меня внимательно!»

Особо стоит сказать о голосе и взгляде.

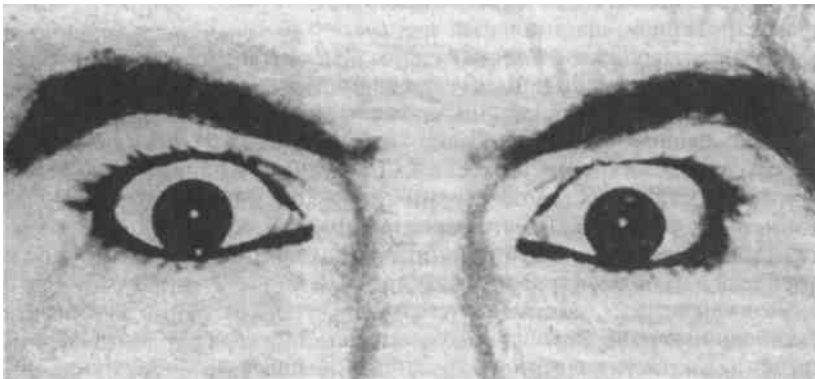
Голос средней громкости (можно говорить и полупшепотом), твердый, уверенный, императивный, в темпе крещендо.

Взгляд. Это основной ритуал всей методики. Вначале я использовал так называемый «центральный» взгляд.

Вот как описывает его В. Торнболл (4, с. 215): «Его глаза (магнетического человека) устремлены на вас не прямо в упор. Он не смотрит вам в тот или другой глаз, а прямо между обоими глазами на переносье. Его острый, твердый взгляд кажется вам пронизывающим, но никак не вызывающим».

Л. Шерток называет этот метод погружением в гипноз посредством зачаровывания, или посредством взгляда. Он выделяет две формы такого погружения. Во-первых, он может рассматриваться как вариант метода фиксации предмета, только здесь пациенту предлагают смотреть в глаза гипнотизеру. Во-вторых, основную роль в этом варианте играет аспект зачаровывания и власти... При применении такой гипнотизации врач должен находиться напротив пациента на расстоянии примерно 30 см и возвышаться над ним. Если рост пациента

65



Осії ягребііз.

выше роста оператора, то пациента нужно усадить. Оператор в этом случае стоит. Он должен взять пациента за плечи, медленно раскачивать его спереди назад, фиксируя взглядом переносицу пациента. Затем он делает ряд внушений (82, с. 124).

Я не вырабатывал специально такой взгляд, видимо, он сформировался у меня в результате многолетних опытов гипнотизации. В. Торнболл рекомендует для выработки центрального взгляда работать с зеркалом, смотря себе в глаза не мигая, ежедневно увеличивая экспозицию до 15 минут. Я этого не делал. Мало того, я постепенно трансформировал свой взгляд и назвал его в последующем «глаза змеи» — осії ягребіік.

Для опытного гипнолога длительно, не мигая, смотреть в переносицу пациента — прием не очень сложный. А вот выработать заораживающий взгляд — процесс длительный и трудоемкий. Выглядит это следующим образом. Вначале я смотрю, не мигая, обычным взглядом в переносицу

пациента. По мере нарастания аффекта, отклоняю по-степенно свою голову назад, но продолжаю смотреть в переносицу. Одновременно с этим широко открываю глаза, так, что между верх-ним краем орбит и радужной оболочкой образуется белая полоска склеры. Образовавшаяся маска напоминает выражение лица («маска ужаса») больного Базедовой болезнью с экзофтальмом и симптомом Грефе.

Продолжу описание сеанса. После фразы: «Слушайте меня внима-тельно!» начинается императивная суггестия. «Итак, с сегодняшнего дня, с этой минуты вы не будете большіе пить. Один только запах спир-тного вызовет кашель, тошноту, головную боль! Вы не хотите пить и пить большіе не будете! А сейчас я открою центральный энергетичес-кий канал». При этом я перевожу кристалл к переносице больного на расстояние 3-5 см от нее и включаю голубую подсветку основания кристалла. При этом говорю: «Смотрите внимательно на кристалл. В

**66**

переносице появляется тепло, оно нарастает, усиливается, открыва-ется центральный энергетический канал, и я направляю потокэнер-гии в центр вашего мозга. Сожмите руки со всей силой».

Подсветка выключается, руки с кристаллом переводятся в исход-ную позицию. И на фоне чрезвычайно сильного мышечного напряже-ния плечевого пояса я продолжаю: «Теперь внимательно смотрите в мои глаза, идет программирование вашего мозга. Повторяйте за мной слова-сигналы. «Я программируюсь на (предположим, на 1 год) 1 год. Алкоголь вызовет половую слабость, слепоту, отек мозга, смерть. Я не хочу пить и пить больше не буду». Каждую фразу пациент повторяет за мной. Очень важно, чтобы при повторении сигнальных слов боль-ной прямо смотрел в глаза врачу, не моргая и не двигая глазами.

«Программирование закончено, разожмите руки. Сделайте глубо-кий вдох-выдох». При произнесениислов «программирование закон-чено» я произвожу хлопок по ушным раковинам и, если пациент не разнимает «замок», я императивно приказываю: «Разожмите руки!» Затем беру голову пациента в области ушных раковин, даю императив: «Глубокий вдох, всей грудью!» и резко наклоняю голову и туловище пациента как можно ниже: «Выдох!» Перевожу пациента в вертикаль-ное положение и снова, завораживающе глядя на него, произношу: «Запрограммирован на 1 год. Повторите!». Пациент повторяет: «Зап-рограммирован на 1 год».

На этом сеанс, длившийся 4 минуты, заканчивается. Больной по-лучает на руки визитную карточку с моими реквизитами. Одновремен-но она является и удостоверением, в котором отражен вид лечения, установленные сроки воздержания, расписка, предупреждающая о возможных последствиях со стороны здоровья при нарушении режи-ма трезвости.

Мой многолетний опыт показывает, что во время кульминации стрессопсихотерапии у подавляющего большинства больных возника-ют трансовые состояния различной глубины. Симптомы их следующие:

1. Тремор головы и мышц плечевого пояса, нарастающий в интен-сивности к концу сеанса.
2. Вазодилатация — гиперемия лица.
3. Гипергидроз кожи лица, кистей.
4. Эхопраксия — широкое открывание глаз вслед за мной.
5. Разнимание «замка» с большим трудом, пациент будто разры-ваеткисти.
6. Обнубилляция сознания с секундным нарушением ориентиров-ки в окружающем. Больные как бы «столбенеют», не сразу мо-гут ответить на задаваемый вопрос. У некоторых больных (из не-сколькихтысяч) послесеансавозникали абсансы, аутрех — ма-лые судорожные припадки.

**67**

Считать ли эти симптомы осложнениями лечения или нет? Я ду-маю, что нет. Так как никогда не просматривалось в континиуме ка-ких-либо расстройств здоровья.

Если больной во время сеанса не фиксирует свой взгляд, «глаза у него бегают», на лице полуулыбка, отсутствует эхопраксия, руки лег-ко разжимаются — в таких случаях говорить об эффективности стрес-сопсихотерапии не приходится. Хотя бывали, и не раз, случаи, когда у негипнабельных пациентов наблюдались продолжительные, свыше 1 года, ремиссии.

Изучение катамнеза больных, пролеченных методом стрессопсихо-терапии, проведенного в 1990-91 гг. в областном наркологическом дис-пансере, показало его эффективность. По данным катамнеза тех лет, числоремиссий продолжительностьюсвыше 1 годасоставляло78%.

Нейфрофизиология стрессопсихотерапии, по мнению Б. Д. Карва-сарского, такова (89, с. 870). В эмоциогенных системах мозга форми-руются сильные и стойкие очаги возбуждения. Возбуждение возрас-тает, когда к нему присоединяется возбуждение, возникающее в тех же

отрицательных эмоциогенных системах мозга вследствие воздействия ряда «возмущающих» факторов.

В результате появляется сильный и постоянно подкрепляющийся очаг возбуждения в отрицательных эмоциогенных системах мозга, который вступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует его».

Как видит читатель, данное объяснение патогенеза «кодирования» основано на учении академика И. П. Павлова. Но что-то похожее можно увидеть в рассуждениях другого академика — Н. М. Бехтерева — о механизмах долгосрочной памяти, создаваемой «матрице памяти» и т.д. Но я уже об этом писал.

Чрезвычайный интерес представляют клинические наблюдения за больными, находящимися в состоянии ремиссии после проведения стрессопсихотерапии. Я не могу согласиться с А. Ю. Магалифом (45) в том, что у больных в течение ремиссии после «кодирования» нередко возникают расстройства, наблюдающиеся у больных с эпилептоидным развитием личности.

Мелочность, придирчивость, скупость, непримиримость к пьяницам, о чем пишет А. Ю. Магалиф, я наблюдал у больных в течение ремиссий еще до появления интервенционных методик. Мне не приходилось также сталкиваться с пациентами, напоминающими зомбированных людей.

Имелось несколько случаев возникновения головной боли, снижавшихся императивной суггестией.

Большой интерес, по-моему, должны вызывать симптомы и синдромы, возникающие вслед за «несанкционированным» употреблением алкоголя. Их несколько вариантов.

## 68

1. Алкогольный процесс приобретает брутальность. Увеличивается количество употребляемого алкоголя, утяжеляется похмельный синдром, удлиняются запои. Интоксикация алкоголем достигает крайних степеней. Родственники говорят, что больной до лечения так «страшно» не пил.

2. Острые психотические реакции, возникающие вслед за однократным приемом алкоголя по типу тревожно-бредовых, тревожно-галлюцинаторных, ведут к госпитализации в психиатрическую больницу.

3. Возникновение состояний, имитирующих висцеральную и неврологическую патологию. Однажды родственники привели ко мне на прием под руки больного, у которого после употребления алкоголя развился синдром «правого сердца»: одышка, отеки, цианоз, кризисное артериальное давление. Я посоветовал обратиться в службу «03», но родственники сказали, что уже не несколько раз вызывали «скорую помощь», но результата нет. Тогда, не очень надеясь на успех, я «раскодировал» больного. Он на глазах порозовел, исчезла одышка, отеки, и больной самостоятельно ушел домой.

Другой случай. После употребления спиртного у больного развился левосторонний гемипарез. Он на костылях зашел в кабинет, когда я проводил занятия в группе. Я на глазах у изумленных и испуганных пациентов «снял код», и больной, взяв костыли подмышками, поблагодарив, ушел домой.

Не менее интересно возникновение у пациентов после «кодирования» иных чувствований. Многие больные отмечают, что сразу же вслед за окончанием сеанса их переполняет чувство легкости, ощущение свободы, легко дышится, исчезает стена мрака.

Такие чувствования продолжаются на отдаленных этапах ремиссии. Один пациент рассказывал, что он впервые(!) любовался пчелой, пьющей нектар цветка. Другой вдруг почувствовал, как приятно скрипит снег под ногами морозным днем. Третий не мог надышаться дурманящим запахом распускающейся тополиной почки.

Настроение остается длительное время устойчивым, всем существом впитывается радость жизни. У нескольких больных пробудились творческие способности — они начинали рисовать, играть на музыкальных инструментах, появлялись различные устойчивые увлечения — хобби.

А. Ю. Магалиф (45) считает, что механизм описанных феноменов — и негативных, и позитивных — сложен и практически не изучен. Во всяком случае они могут быть уникальной моделью изучения патогенетических механизмов бессознательного.

## 69

### Глава VII История «Кристалла»

*О, сколько нам открытий чудных*

*Готовит просвещения дух.*



*И опыт, сын ошибок трудных,  
И гений, парадоксов друг,  
И случай, бог-изобретатель.*

А. Пушкин □

Май 1984 года. Открытое партийное собрание Омской психиатрической больницы. Слушается персональное дело члена КПСС В. П. Гиндина. Суть дела: В. П. Гиндин, работая заведующим наркологическим отделением, проводил эксперименты над больными, применяя шарлатанский метод лечения алкоголизма, названный им «Кристаллом», без разрешения Минздрава.

Я сижу во втором ряду, вокруг меня никого, слушаю, что говорят с трибуны коллеги, которых я считал своими друзьями, и думаю, что, видимо, именитак проходили судебные процессы 1937 года. Ни одного доброго слова, хотя я к тому времени работал в больнице почти 20 лет и много чего сделал для развития наркологической службы, имел и другие заслуги по партийной линии. Но все не в счет. Я — второй доктор Менгеле и вообще, оказывается, имею массу недостатков... Еще многое чего говорилось. Короче говоря, исключили меня из партии. Пока мои документы гуляли по коридорам райкома партии, я успел слетать в Москву к моему наставнику, профессору А. Г. Гофману, который написал положительный отзыв на предложенный мной метод. Главный нарколог СССР Э. А. Бабаев тоже дал положительный отзыв. Эти бумаги я, вернувшись в Омск, представил секретарю райкома партии, что, несомненно, повлияло на решение бюро райкома, ограничившегося строгим выговором с занесением в учетную карточку. Тем не менее руководство здравоохранения лишило меня высшей квалификационной категории врача психиатра-нарколога. Обком КПСС запретил читать мне лекции (я был членом лекторской группы обкома), администрацией больницы я был снят с должности заведующего наркологическим отделением и переведен на работу врачом приемного покоя больницы. Через полгода я перевелся на работу в областной наркологический диспансер — врачом кабинета амбулаторного приема, а через полгода был назначен заведующим отделением. В 1985 году партийный выговор с меня был снят, мне вновь разреши-

' Цит. по собр. соч. М., 1995, т. III, с. 464.

70

ли читать лекции, но высшую категорию мне с трудом удалось восстановить только в 1988 году. Что же послужило поводом такой жестокой расправы? Современный читатель может усмехнуться: «Подумаешь, из партии чуть не исключили». Но тогда человек, исключенный из партии, превращался в изгоя, ему закрывалась дорога к административному и профессиональному росту, он становился человеком «второго сорта». Конечно, мне исключение из партии грозило тем, что я никогда бы не смог вернуться в наркологию. Почему и предпринял попытки реабилитации на самом высоком уровне, оказавшиеся успешными при содействии моих наставников и учителей — профессора А. Г. Гофмана и доцента (тогда еще) М. Е. Бурно. В 1985 году я подал заявку в Госпатент на регистрацию изобретения и в Минздрав СССР для получения разрешения на применение метода.

В 1988 году после получения положительных экспертиз из научно-исследовательских институтов рефлексотерапии, судебной психиатрии им. проф. Сербского и НИИ психиатрии Минздрава РСФСР мне был выдан государственный патент на «Способ лечения хронического алкоголизма» № 1438783 А61.Н.39/00 от 22.07.88 г. Минздрав СССР дал разрешение на применение метода, утвердив методические рекомендации «Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом» № 103/2-4.7 от 10.02.89 г. (77, 18). (Приложения № 4, 5).

Незаконное применение мною метода послужило лишь поводом для расправы. Слишком уж я был неудобной фигурой для власти предрержавших. Критиковал администрацию здравоохранения, больницы, партийных органов, не взирая на лица, открыто высказывал свое мнение о стиле руководства, пытался вскрывать недостатки и т.д. В общем, всем мешал. А тут такой удобный случай — иначе незачто было ухватиться.

Зачем я описываю все эти мытарства? Затем, чтобы современный читатель знал, как пробивались ростки нового в то время. Конечно, я формально преступил закон, начав применять метод лечения без утверждения Минздрава. Но если бы я шел юридически правильным путем, мой метод не был бы утвержден до сих пор. Ну что же, победителей не судят. Метод применяется уже 13 лет и доказал свою эффективность.

С чего же все началось?

1983 год явился пиком эффективности лечения методом «Эспераль», после чего эффективность стала катастрофически снижаться. Это объяснялось, на мой взгляд, следующими

обстоятельствами. «Эс-пераль» перестал быть дефицитным лекарством. Имплантация проводилась большому числу больных, и количество рецидивов увеличивалось пропорционально. Эти пациенты и становились глашатаями неэффективности метода.

71

Большое число имплантаций породило у больных и среди населения уверенность в том, что защита «пустышка», а раз так, то можно безбоязненно пить. Больные обращались к знакомым хирургам и рентгенологам, чтобы выяснить действительность факта имплантации, потому что прощупать через толщу ягодичных мышц таблетки в дозе 0,1 грамма было невозможно.

Перестали появляться даже намеки на реакцию сенсibilизации после рецидива, а это еще раз убеждало в том, что проведена имитация лечения.

Размышления над этими фактами привели меня к убеждению, что опосредованная психотерапия, лежащая в основе метода «Эспераль», может быть с успехом трансформирована в имплантацию индифферентного материала при двух неперемняемых условиях.

1. Анатомическая область имплантации в витальном значении должна быть для пациента более ценна, чем областьгодицы.

2. Необходимо обязательно добиться у пациента материализации ощущений с тем, чтобы он пальпаторно всегда мог определить объективность имплантата.

Посоветовавшись с хирургами-травматологами, я стал проводить имплантацию сферул (шариков) диаметром 3 мм, изготовленных из нержавеющей стали марки 9Х18 под кожу теменной области головы.

Я бы назвал этот этап внедрения метода интуитивным. Почему мною была избрана именно теменная область и не только, как наименее подвергающаяся травматизации? Не знаю. Но что-то, какое-то предвидение двигало мною? Как впоследствии оказалось, я был совершенно прав в своем выборе. Была выработана стройная опосредованная суггестивная тактика, объясняющая существо метода с позиций нарождающейся тогда биоэнергетики. И я тоже оказался прав.

Вот тогда-то, объясняя свойство сферулы способностью аккумулировать и генерировать энергетические потоки, оказывая целенаправленное действие на подкорковые центры, где и гнездится «поломка защитной противоалкогольной системы», я услышал от одного из своих пациентов, в очередной раз перенесшего белую горячку, восклицание: «Да это же «магический кристалл» Пушкина». Это был талантливый и широко известный московский журналист П., каждый раз попадавший ко мне в отделение с делирием во время своих командировок в Омск. После имплантации сферулы он не пил 7 лет, удачно работал, и умер от инсульта вне рецидива пьянства.

Это крылатое выражение А. Пушкина из «Евгения Онегина» (гл. 8, i) «...и даль свободного романа я сквозь магический кристалл, еще неясно различал», дало методу название — емкое и точное.

Второй этап становления метода я назвал бы научным. Дело в том, что Госпатент не принял бы заявку на изобретение, предусматривающее только психотерапевтическую технику. Об этом мне было заявлено прямо и безапелляционно.

72

Пришлось искать выход из создавшейся ситуации. Ключом, открывшим мне двери к получению патента, послужил разговор с моим другом, врачом-рефлексотерапевтом, который сказал: «Что ты переживаешь, ведь ты проводишь элементарную цуботерапию в области XIII заднесрединного канала. Посмотри у Табеевой, чтобы тебя не одолевала сомнения».

Я знал, что рефлексотерапию при лечении алкогольного абстинентного синдрома и делирия применяют ряд авторов — А. М. Гайдамакина (1978), Я. И. Дуринян, Р. А. (1981), В. П. Коханов (1981). В руководстве Д. М. Табеевой (74, с. 291-298) я действительно нашел способ иглорефлексотерапии, называемый «цуботерапия» (лечение шариком), там же нашел, что воздействие на рефлексогенные зоны XIII заднесрединного канала издавна применяется для лечения нейроросических расстройств. Более всего меня поразило случайно найденное методическое письмо IV Главного Управления МЗ СССР (Кремлевская больница) «Методы лечения иглоукалыванием в голову — скальптерация» (46).

Врачи «Кремлевки» лечили аффективные расстройства у своих высокопоставленных пациентов иглоукалыванием в область темени, добиваясь хорошего эффекта (в основном в лечении депрессий). Все сходилось к лучшему. Аффективная патология в генезе алкоголизма известна давно и тесно связана с патологическим влечением к алкоголю. Избранное мною место имплантации сферулы оказалось зоной, ограниченной точками бай-хуэй 20 XIII и синь-хуэй 22 XIII. Именно эта область подвергалась иглоукалыванию врачами 4 Главного Управ-

ления МЗ СССР.

Вот такое объяснение патогенеза метода «Кристалл» я и дал в Гос-патент, что работников этого уважаемого учреждения и всех экспертов вполне удовлетворило. Экспертиза сферул проводилась в НИИ металлургии АН СССР им. Байкова, где был подтвержден состав сплава 9Х18 и дано заключение о возможности длительного оставления сферулы в тканях организма.

Еще в 1985 г. профессор В. Е. Рожнов и доцент М. Е. Бурно, находясь в Омске на выездном цикле, обследовали 5 моих больных после имплантации «Кристалла», находившихся в более чем 1,5-летней ремиссии, и дали положительное заключение об эффективности метода. С сентября 1989 г., после получения разрешения МЗ СССР на применение метода, началось официальное использование имплантации «Кристалла» в Омском областном наркологическом диспансере.

Как видит читатель, метод «Кристалл» — это не только опосредованная психотерапия, но и лечение, предусматривающее рефлексогенный эффект стимуляции лимбических структур головного мозга.

Применяют же криодеструкцию стволовых и лимбических структур мозга путем стереотаксиса при лечении опийных наркоманий (44, с. 75-78), почему же не. "бзя воздействовать на те же структуры рефлекс-

73

торно? Мои априорные заключения подтверждались тем, что часть больных после имплантации «Эсперала», боясь употребить спиртное, прибегали к действию интоксикантов (вдыхали пары клея БФ, ацетона, смешивали табак с трифтазином или пленкой изоляции и курили и т.д.), одурманиваясь настолько, что психобригады доставляли их ко мне в отделение в состоянии острых интоксикационных психозов с исходом в энцефалопатию различной степени выраженности. У некоторых пациентов все же впоследствии удавалось выяснить причину, побудившую к употреблению интоксикантов. Все в один голос говорили о том, что «выпить было страшно», но хотелось «кайфа», «балды», «задурить голову хоть чем-либо». Мои первые опыты имплантации «Кристалла» показали, что сразу же после проведения процедуры больные забывали об алкоголе, у многих вдруг появлялось желание лечиться. В последующем при проведении катамнеза эти явления подтвердились.

Катамнестические исследования показали, что из 62 больных, лечившихся методом «Кристалл» в 1989 году, в состоянии устойчивой 2-летней ремиссии находился 51 пациент (82,2%), а из 132 больных, прошедших лечение в 1990 году, годовичная ремиссия зафиксирована у 111 человек (84,1%).

Особого внимания заслуживают следующие моменты: во-первых, в случае возникновения рецидивов у больных не отмечено ссылок на появившееся влечение к алкоголю; во-вторых, у большинства из них сразу же после проведенного лечения отмечалось субъективное улучшение общего самочувствия, наблюдался прилив сил, бодрости. Необычными для ремиссии симптомами были чувство свободы, независимости от алкоголя и быстрое формирование стойкой индифференции к алкогольным ритуалам.

Появлявшиеся у немногих пациентов алкогольные сновидения, особенно в течение первых трех месяцев после лечения, провоцировали потребность в алкоголе, которая легко купировалась самомассажем области имплантации. В-третьих, в случае рецидивов запах и вкус алкоголя вызывали характерные сенестопатии: отмечались ощущения пульсации, шевеления, легкой болезненности в области имплантации. Визуально регистрировалась припухлость и даже отек тканей. Иногда у больных возникало тошнота, рвота, легкое удушье (17, 18, 19).

Замечательно появление синдрома «карманного доктора». Я объяснял пациентам, что теперь они могут регулировать свое самочувствие без помощи врача. Достаточно провести массаж области имплантации, как головная боль, слабость, вялость или раздражительность, а также появляющееся влечение к алкоголю исчезнут. Необходимо только принять удобную позу, расслабиться, закрыть глаза и пожелать того, что они хотят получить, и в течение 3-4 минут производить прессиорное воздействие на этот маленький бугорок, «кнопку», которая легко прощупывается под кожей головы.

74

Больные редко прибегают к этим рекомендациям, говоря: «Доктор, так ведь нужды не было массировать «Кристалл», и так чувствовал себя хорошо».

У больных, испытывавших девиации в нейropsychической сфере, массаж области имплантации устранял появлявшиеся симптомы.

Что же это такое? Аутосуггестия? Возможно. Но разве не происходит при этих манипуляциях

рефлекторное воздействие на стволовые и лимбические структуры мозга?

Несомненная общность патогенеза алкогольной и наркотической зависимости предполагает возможность использования метода «Кри-сталл» и влечения наркоманий. В апреле 1999 года НИИ наркологии рекомендовал метод, предложенный мною, и для лечения некоторых видов опийных наркоманий. В этом случае, думаю, обязательно соблюдение трех условий.

1. Возраст не моложе 18 лет.
  2. Выраженная активная терапевтическая мотивация.
  3. Не менее чем 1,5-2-месячный срок, прошедший с момента последнего употребления наркотика.
- К сожалению, статья 54 «Закона о наркотических веществах и психотропных средствах» разрешает лечение наркоманий только в учреждениях здравоохранения федерального или муниципального подчинения, так что врач частной практики не имеет права лечить больного наркоманией, а только может проводить консультации, профилактическую и реабилитационную работу.

Правда, есть понятие «медицинская или клиническая реабилитация», что по сути является лечением. И что же тогда делать нам, частично практикующим врачам? Быть или лечить?

Ретроспективно оценивая всю историю создания «Кристалла», как не вспомнить Нагорную проповедь, где печально и мудро Им сказано: «Блаженны вы, когда будут поносить вас и гнать и всячески неправедно злословить за Меня. Радуйтесь и веселитесь, ибо велика ваша награда на небесах; так гнали и пророков, бывших прежде вас» (Мф. 5, 11-12).

75

## Глава VIII

### Интервенционная психотерапия и российский менталитет

*Россия — сфинкс.*

*Ликуя и скорбя,*

*И обливаясь черной кровью*

*она глядит, глядит в тебя*

*и с ненавистью и любовью...*

А. Блок.

*Прошедшее нужно знать не потому, что оно прошло, а потому, что, уходя, не умело убрать своих последствий.*

В. Ключевский □

Я много раз задумывался над странным и, мне казалось, загадочным явлением — почему столь долго и вплоть до последних лет так живо находят отклик в сердцах россиян интервенционные методы психотерапии, в частности гипноз, и опосредованные методики, несущие сильнейший фобический заряд.

Я был уверен в том, что русскому человеку нужна сильная рука. Но до сих пор, если и говорится открыто об этом устремлении, то как-то обиняком, смущаясь, боясь прослыть русофобом. Но что есть, то есть. По-моему, первым открыто опубликовал свой взгляд на менталитет русского человека В. В. Макаров (48, с. 41), назвав его тоталитарным. Понятие «тоталитарный», скорее всего, относится к обозначению политическо-го строя, при котором вся власть сосредоточена в руках определенной группы людей, попирающей основы Конституции и опирающейся на репрессии в отношении инакомыслящих. Следует понимать, что тоталитарное мышление — это мышление людей, родившихся и выросших в условиях тоталитарного режима.

Это страх перед властью предрержащими, это угодничество, раболепие, чинопочитание. Разительный тому пример рассказ «Смерть чиновника» А.П.Чехова. Его же афоризм, что «нужно по капле выдавливать из себя раба» стал чуть ли не лозунгом перестройки. Откуда эти инвективы из уст людей, служивших и служащих идеалам всех россиян: А. Пушкина — «Черт меня догадал родиться в России с умом и талантом»; М. Лермонтова — «Прощай, немытая Россия, страна рабов, страна господ»; Н. Чернышевского — «...сверхудонизу — все рабы».

А как оценить известные стихи А. С. Хомякова (1804—1860 гг.), одного из основоположников славянофильства, выступавшего за отмену крепостного права, за введение свободы слова, печати и др. (73, с. 1475), как не «очернение» России и русских? И это исходит от «Рыцаря Пра-

• Собр. соч. М., 1990, т. 9, с.365.

76

вославной церкви», по выражению Н. А. Бердяева?! (21, с. 68). Нельзя не привести это стихотворение полностью, чтобы в дальнейшем понять приверженность русских к директивным методам лечения.



*Но помни: быть орудьем Бога Земным созданиям тяжело. Своих рабов он судит строго, А на тебя, увы, так много, Грехов ужасных налегло!*

*В судах черна неправдой черной И игом рабства клеймена; Безбожной лести, лжи тлетворной, Илени мертвой и позорной И всякой мерзости полна!*

*О, недостойная избранья, Ты избрана! Скорей омой Себя водою покаянья Да гром двойного наказания Не грянет над твой главой!*

*С душой коленопреклоненной, С главой, лежащей в пыли, Молись молитвою смиренной И раны совести растленной Елеем плача исцели!*

Академик Д. С. Лихачев в 1987 году писал С. К. Иванову, составителю сборника «О России и русских»: «... но не отбрасывайте и отрицательных суждений. В конечном счете судить о народе надо по вершинам, а чем выше поднимаешься, тем ниже падаешь» (60, с. 7).

А начиналось-то как славно! История росов-русов насчитывает 50 веков. Еще Аристотель в IV в. до Рождества Христова отмечал, что на самом севере пределов Скифии находятся Рипы (особая святыня древнейших восточноевропейцев). Рипы (Рифы, Рефеи, Рипеи ит.п.) — доиндоевропейский Олимп, близкий к эпосу соседних народов. Археологические памятники эпохи палеолита показывают высокий уровень развития окрестных жителей 20-30 веков тому назад (34, с. 11-13).

Вот как оно было. А в школе нам вдалбливали в головы, что история России началась чуть ли не с крещения, проведенного насильственно князем Владимиром:

*«Он (Владимир) вдруг сказал народу: «Ведь наши боги дрянь.*

*77*

*Пойдем креститься в воду!» И сделал нам Иордань.*

*«Перун уж очень гадок! Когда его спихнем, Увидите порядок Какой мы заведем».*

*(А. К. Толстой (77).*

И еще благоденствовали русичи почти пятьсот лет — занимались хлебопашеством, отличались радушием, гостеприимством, порядочностью, отпордавали врагам, да и самиссобой повоевывали, когоос-лепляли, кого отравляли. Пока не грянуло Ордынское иго.

*«Узнали то татары: «Ну, — думают, — не трус!» Падели шаровары Приехали на Русь».* (А. К. Толстой (77, с. 334-335).

Вот тут-то весь великолепный и острый юмор А. К. Толстого заканчивается и начинается беспросветная тьма Ордынского ига. Оно длилось почти 250 лет, с 1243-го по 1480-й годы. Его установление стало катастрофой для нравственного сознания народа, предельно обесценив само понятие человеческого достоинства. Почти три поколения русских людей томились в рабстве монголо-татар. Е. Н. Стариков (65, с. 277) пишет: «С сатанинской изощренностью они (татары) стремились вызвать у своих жертв волевой паралич, запугать их чудовищными аморальными и массовыми человеческими гекатомбами... Монгольское иго не только подавляло, но иссушало самую душу народа, ставшего его жертвой».

А тут подоспел «Судебник» 1494 года, заложивший основу крепостного права и закабаливший русский народ, сделав его рабами более чем на 360 лет (крепостное право было отменено Александром II в 1861 г.).

Самым же страшным, страшнее Ордынского ига, была опричнина Ивана IV Грозного. Она хотя и просуществовала всего 7 лет (1565-1572 гг.), но заложила такое злое семя в народе, которое дает свои ростки и по сей день. Неисчислимая тьма кромешников (старославянское — опричник), доносителей, заплочных дел мастеров терзала русских людей, подвергала их нечеловеческим пыткам, разоряла семейные очаги, насиловала жен, убивала детей. И некому было пожаловаться, некуда было бежать от этого ужаса. И Бог не помогал, а царь — наместник Бога на земле — наслаждался агонией народа и упивался кровью своих жертв.

В. Б. Кобрин пишет: «Селекции опричных и послеопричных лет не прошло даром, выработалась новая порода людей, окружавших трон. В живых и на свободе могли сохраниться лишь те, кому наплевать на

*78*

все, кроме чаши с вином, собак, срамных слов и песен, либо те, кто и в пьяном виде умеет крепко держать язык за зубами» (65, с. 297).

Над русским народом в самом начале пути, в период его исторического детства мерзко и гнусно надругались, прошли ногами по лицу, раздавили и расплющили в нем чувство человеческого достоинства. Затем этим же приемом начали беззастенчиво пользоваться и другие русские властители. Так и движемся от татарщины до сталинщины через опричнину, бироновщину,

аракчеевщину — и каждый раз, ломался в народе хребет нравственности, человеческого достоинства.

Россия, по существу — единственная страна «европейского» типа, которая вплоть до 60-х годов прошлого века находилась в крепостнических, рабских оковах. Ведь только Н. С. Хрущев раскабалил колхозников и разрешил им иметь «молоткастый и серпастый советский паспорт».

Почти 700 лет насилия и крепостничества: «...вот те блага, которые приносило народу государство, те приемы, которых оно неуклонно держалось в продолжение всей своей истории» — так писал Г. В. Плеханов (65, с. 383).

Почти 700 лет выковывался русский национальный характер. Можно ли было за 70 лет советской власти изменить складывавшийся веками генотип?

Наоборот, как справедливо отмечает Н. Бердяев, «коммунистические идеи, как нельзя больше созвучны духу русского национального характера, с его идеями мессианства, освобождения человечества от рабства, спасения народов от завоевателей через мировую революцию» (23, с. 47).

Но кто поведет за собой массы, раздувая пожар мировой революции? Вождь (хозяин, «железная рука»)!

Как прав был В. Маяковский: «С Лениным в башке, с наганом в руке!» Вот разогнали Учредительное собрание, свергли Временное правительство, развязали кровавый белый и красный террор, устроили гражданскую войну, расстреляли 1000 священников, выслали прочь из России 100 светлых умов на «профессорском пароходе», перебили кулаков — кормильцев земли Русской, а с кем остались? Остались с большой массой носителей рабского гена, истребить который невозможно. Это они требуют «сильной руки», нового Сталина, загубившего 20 миллионов человеческих жизней.

А что Сталин? Ведь он, так надолго загнав в подполье психоанализ, дал невиданную свободу теории И. П. Павлова, где «голова — основной двигатель всех жизненных процессов — и социальных и биологических». Почему кошмарные диктаторы — и Сталин, и Гитлер — не любили психоанализ? Им претила мысль о том, что в человеке есть нечто недоступное механизмам власти — ведь это означает, что никакая власть не может быть полной и безраздельной.

Нынешний момент в истории России имеет для интервенционной психотерапии особое значение.

79

Раскрепощение языка и мышления россиянина все более обостряет ситуацию разрыва между желаемым и действительным, между словом и реальностью. На языке психоаналитиков эта ситуация характеризуется так: массовый общественный инфантилизм, отсутствие сколько-нибудь сформировавшейся «эдиповой стадии»: нет зрелого поколения, никто не стремится занять место «отца». Общество состоит из «детей разных возрастов», стремящихся укрыться от ответственности в лоне государства как безусловно любящей матери, обязанной заботиться о своих детях независимо оттого, насколько они «заслужили» ее любовь и заботу. Возможны и прямо противоположные толкования: Боттэиэсиэа задавлен «строгим отцом», он постоянно прислушивается к авторитету, хотя ненавидит его. Между этими толкованиями, пожалуй, нет противоречия, поскольку они отмечают различные аспекты общей ситуации интеллектуальной и психологической беспомощности с характерными для нее попытками спрятаться за «мы», за коллективного субъекта (2, с. 19, 20).

А может быть, исходя из позиций И. А. Джидарьяна и В. В. Макарова о своеобразии российско-православного менталитета, поставить вопрос о возрождении православного сознания в русском народе, возродить веру в Спасителя. Ведь то, что мы видим сейчас в православных храмах, когда чиновники от советской власти крестятся левой рукой и слева направо, есть не что иное, как дань моде. Ведь истинно верующих людей в России не так уж много. Да и как иначе могло быть, когда деды тех, кто сейчас осеняет себя крестным знамением, втапывали в грязлики святых, глумились над священными иконами, оскверняли их, мазали нечистотами, сжигали на кострах, срывая вначале драгоценные оклады и инкрустации.

Как большевики смогли за несколько лет разрушить богобоязненное сознание, какие демонические силы вызвали аберрацию религиозного мышления русского человека? Историки не могут дать вразумительный ответ на этот вопрос и по сей день.

Но страх, хотя и загнанный в подполье подсознания, страх перед могучей и неведомой сокрушающей силой остался. Страх перед хозяином, вождем. Несмотря на то что девиз, разрешающий делать «все, что не запрещено», прижился с легкостью, стремление подчиняться чужой воле осталось и будет существовать до тех пор, пока жива Россия, т. е. вечно.

Православная церковь издавна пользовалась особым религиозным сознанием русского человека в различных проявлениях жизни и духовной, и бытовой. Возьмите, к примеру, отношение православия к такому житейскому проявлению, как пьянство.

Ведь Православная церковь первая среди общественных институтов встала на путь непримиримой борьбы с этим многовековым позорным укладом, вошедшим в плоть и кровь русских людей.

Невозможно врачу-наркологу, психотерапевту обойти этот вопрос еще и потому, что корни интервенционной психотерапии таятся и в подвижнической деятельности православных священников, освобождавших людей от греха пьянства.

80

## Глава IX

### Православие и психотерапия

*«Не смотри на вино, как оно краснеет,  
как оно искрится в чаше, как оно  
ухаживается ровно; впоследствии  
как змей, оно укусит и ужалит, как аспид».*

Пр23, 31-32

*Пьяницы Царства Божия не наследуют.* 1 Кор. 6, 10.

Мне давно было известно, что психотерапия в переводе с греческого — это «лечение души». Но вот несколько лет назад в лекции профессора В. В. Макарова, а в последующем и в его монографии (48) я с удивлением и даже с некоторым восторгом услышал, что психотерапия переводится и как «служение у алтаря».

Вспоминаю также и лекции профессора В. Е. Рожнова, говорившего, что психотерапевт — это «священник XX века».

Если вдуматься, всмотреться в наши психотерапевтические ритуалы, то в подавляющем большинстве, даже современный психотерапевт использует приемы и методы священников, представителей различных конфессий. Это строгий, но добрый отец, к которому миряне идут, чтобы исповедаться, выслушать совет и наставления, дать обет, зарок. Но священник по своему предназначению — это посредник между Создателем и его творением — человеком. Психотерапевт (не-религиозный) не апеллирует к Богу, а своим умением и профессионализмом пытается помочь недужным, но теми же средствами, только имеющими другое название — рациональная психотерапия (проповедь), психоанализ и другие гуманистические методы (исповедь), интервенционная, директивная психотерапия (обет, зарок).

Что же объединяет священника и психотерапевта, на чем основывается эффективность по сути одинаковых приемов воздействия на психику человека? Общим и неперенным условием эффективности лечения является вера. В первом случае вера в помощь Создателя, во втором — вера в целителя. Думаю, что механизмы успеха и священников, и психотерапевтов едины. Образно и красочно пишет по этому поводу М. Е. Бурно (12, с. 45): «Светлое, радостное ожидание выздоровления есть одновременно биологический сдвиг — оживление действия собственных, организмических лекарств, способствующих исцелению или улучшению самых тяжелых больных».

Почему же Православная церковь, во всяком случае некоторые ее представители, отстраняются от психотерапии, а интервенционные методы вообще считают «бесовщиной»?

81

Однажды после занятия коллективной рациональной психотерапией, предшествующей гипнотическому воздействию, одна слепая женщина, приведшая ко мне свою 25-летнюю дочь, лечившуюся от алкоголизма, попросила моего разрешения не присутствовать на сеансе гипноза. Она же при проведении интервью с ее дочерью на предложение применить метод «кодирования», дала резкую аффективную реакцию, заявив: «Она (дочь) никогда не будет кодироваться». Я пролечил ее дочь методом «Кристалл», а потом поинтересовался, почему у матери такое негативное отношение к гипнозу и «кодированию». Она, ответила: «Доктор, я — свято верующий человек, не обижайтесь, но батюшка мне сказал, что и гипноз, и «кодирование» — это дела сатаны». Я не стал вступать с ней в богословские споры, хотя на языке вертелось: «А как же священники, отлучая верующих от пьянства, читали проповедь, а потом перед лицом Господа налагали зарок и мирянин бросал пить?»

Какая же разница в том, кто формирует «матрицу долгосрочной памяти», кто создает импринт — священник или врач? Для меня нет совершенно никакой разницы, а вот для православного

священства есть, и огромная. Но прежде чем приступить к анализу расхождений православия и психотерапии, нужно сделать экскурс в прошлое, в историю трезвеннического движения в России. Вплоть до 1917 года Православная церковь возглавляла борьбу с пьянством — этим извечным злом русского человека.

Еще в 1663 году епископ Вологодский Маркел обращался к царю Алексею Михайловичу, активно насаждавшему в России кабаки, с просьбой не присылать совсем в Вологодский край водки и не заводить «кабацкого питья». В XVIII веке вел борьбу с масляничным разгулом епископ Задонский Тихон. Одним из инициаторов организации первого в России официального общества трезвости в с. Дейкаловка Полтавской губернии (1875 г.) был священник.

В июле 1889 г. Синод разослал циркуляры «О принятии со стороны духовного ведомства некоторых мер по искоренению пьянства», где священникам предлагалось организовывать общества трезвости, использовать «слово Божье» для борьбы с пороком пьянства на исповеди и проповеди.

С конца 60-х годов XIX века под эгидой священства выходили антиалкогольные журналы «Странник», «Душеполезное чтение», в 1869—1875 гг. — «Мирское слово», а также небольшие брошюры, листовки (57, с. 27).

В конце XIX — начале XX веков борьба с пьянством, возглавлявшаяся церковнослужителями, приобрела широкий размах. Целые деревни стали называться «чаепитниками», когда в церковные праздники у храма ставился самовар и жители пили чай, а не водку. Трезвенное движение в России обсуждалось на I Всероссийском съезде по борьбе с пьянством, проходившем с 28/XII-1909 г. по 10/I-1910 года.

## 82

Ороли церкви в трезвенном движении говорил иеромонах П. Миртов, председатель Александровского общества трезвости. Иеромонах отец Павел, заведующий Первой Российской Сергиевской школой трезвости, сообщал, что за 6 лет существования школы численность трезвенников достигла 3,5 тысяч человек, сейчас обучаются 100 детей. Эта школа существует за счет частных пожертвователей, коих уже 200 человек. Священник А. Василевский, председатель общества трезвости при церкви села Лысая Гора Тарусского уезда, рассказывал об организации работы общества, о том, что проводится кормление детей, открылась библиотека и читальня, работает чайная. В религиозные праздники проводятся противоалкогольные крестные ходы, молебны перед иконой усекновения главы Иоанна Предтечи.

На этом съезде представители духовенства внесли проект резолюции «О религиозно-нравственном воспитании через школу», но большинством присутствующих оно было отвергнуто, и оскорбленное духовенство, сделав соответствующее заявление, покинуло съезд.

Второй антиалкогольный съезд, состоявшийся в августе 1912 года, был созван по инициативе духовенства. Более 1/3 делегатов составляли представители Православной церкви.

В постановлении съезда говорилось, что с пьянством можно бороться только путем насаждения религиозно-нравственных начал. Наилучшим способом борьбы с алкоголизмом является создание братств и обществ трезвости при сельских и городских монастырях. Основное средство борьбы с пьянством — это молитва. Молитвой надо отвлекать народ от праздности и разгула.

Священник должен требовать от прихожан обета трезвости, служить молебны для будущих трезвенников, вести проповеди трезвости в церквях.

Но вот в 1914 году случилась I мировая война, а в 1917 Октябрьский переворот, и вся борьба с пьянством в России была закончена. Правда, были жалкие попытки возродить трезвенное движение в 20-х годах XX века, пока «вождь всех времен и народов» не высказался в том смысле, что алкоголизма в СССР быть не может, т.к. пьянство не характерно для советского человека. В послевоенное время выходили жалкие правительственные и партийные постановления, носившие ограничительный характер, где пьянство обозначалось как «пережиток прошлого». Говорить же о том, что настоящее трезвенное движение в России, возглавлялось Православной церковью и носило массовый характер, было строгойше запрещено, ведь сравнения были бы не в пользу советской власти.

Вот такой экскурс в историю.

Ну а теперь перенесемся в семидесятые годы двадцатого столетия.

...15 января 1971 г. ранним утром, еще темно, мы, курсанты цикла по психотерапии, во главе с профессором В. Е. Рожновым поехали на служебном автобусе в г. Рузу, чтобы ознакомиться с постановкой ра-



боты наркологического отделения психиатрической больницы № 4 Московской области. Кстати, нужно сказать, что это отделение на 100 коек явилось первенцем, впоследствии широко раскинувшей свои сети повсему СССР промышленной наркологии. Да, это было личное детище профессора В. Е. Рожнова, которое он вырастил на Дороховском стекольном заводе и где апробировалась, а затем широко распространилась методика эмоционально-стрессовой гипнотерапии алко-голизма.

Подорожевг. Рузу мы остановились для завтрака вс. Нахабино. И вот в столовой за котлетами с компотом Владимир Евгеньевич поведал нам о том, что в 1894 году настоятель местного храма отец Сергей Пермский прославился на всю Россию успешным отлучением от пьянства крестьян, при котором самые злостные пропойцы становились на трезвый путь, показывая образцы добродетели. За 4 года он полностью освободил из объятий «зеленого змия» 30 тысяч пьяниц. Слава о его деяниях разлетелась по ближайшей к Москве округе. Из Вологодской. Тверской, Тульской, Владимирской, Ивановской и прочих губерний ехали в с. Нахабино подводы с пьяницами, их семьями.

Кабатчики догадались извлечь из этого события немалую выгоду, построив вокруг с. Нахабино «три круга» кабаков, так что в храм заносили пропившихся «до нитки» в одном исподнем.

Отец Сергей обладал выразительной внешностью — высокого роста, с большой черной бородой, горящими глазами. Громоподобным голосом он страстно обличал порок пьянства, живописуя апокалиптические картины мучений пьяниц в аду. Крестьяне, стоя перед амвоном на коленях, клали земные поклоны, лбом касаясь каменных церковных плит и налагали на себя зарок от пьянства перед святым ликом Господа Иисуса Христа.

Приемом наложения зорка от пьянства пользовались и используют-ся до сего времени многие священнослужители.

Т. М. Энтин (85, с. 20) пишет об отце Паисии, служившем до революции водном из храмов Подмосковья. Этот священник пользовался большой популярностью среди московского купечества и чиновничества за свои яркие проповеди, осуждающие пьянство, и многие давали после них зарок на трезвость и срок этот соблюдали.

В одном из храмов Москвы дореволюционного периода служил отец Иоанн — малообразованный, но властный проповедник. Сам трезвенник, он одной силой своего внушения превращал поддающе-гося влиянию пьяницу в человека (78, с. 342).

Как видно, все проповеди, обличающие пьянство, были основаны на формировании у верующего страха перед Божьей карой в случае нарушения обета трезвости.

Справедливо пишет В. Ю. Завьялов (27, с. 161-162): «Человеку нужны запреты и табу. Без этого невозможно понять, где пролегает граница между дозволенным и недозволенным, добром и злом, хорошим

## 84

и плохим, полезным и вредным... Эффект положительный от соблюдения запрета заключался даже не столько в том, что человек не делал того, что ему явно вредно, а в большей мере от того, что он соблюдал данное им слово, обещание, зарок... Исполнение зорка, запрета, табу давало ощущение правильности собственной жизни и ожидание вознаграждения».

Так рассуждает клинический психотерапевт.

А что думают по этому поводу представители Православной церкви?

Вот что пишет православный врач-психиатр Д. А. Авдеев: «Злостное пьянство может быть следствием влияния злых духов на человека. Спаситель наш пришествием своим не уничтожил совершенно власть дьявола, а только ослабил его влияние на людей и дал нам средства отражать дьявольские козни. Этими душевспасительными средствами являются вера, призывание имени Христа Спасителя, молитва, пост и, конечно же, святые таинства исповеди и причастия... Следует сказать, что так искореняли пьянство в православных обществах трезвости. Условиями исцеления были покаяние, молитва, чтение святого Евангелия, церковные таинства».

А что делали поименованные выше православные проповедники? Они следовали принципу апостола Павла: «Иных и страхом спасайте». Если пьянство есть величайший грех, если пьянство это — праздник бесов, то что же надо делать, чтобы спасти погрязшего во грехе? Нужно читать «запретительные молитвы», т.е. экзорцизмы — молитвы, запрещающие действия дьявола на его сердце, потому что нужно освободить человека от душевных и телесных страстей.

Но прежде чем приступить к запретительной молитве, необходимо вначале, чтобы человек принес церковное покаяние в своих фехах, осознав глубину пьяной пропасти, поглотившей его

тело и душу, на-строить свой ум на трезвенную и чистую жизнь. Ведь одно из значений слова покаяние — «изменение ума».

Христос Спаситель, принеший в мир новое слово и новую жизнь, прежде всего обращался к сознанию человечества, его пробуждал, его вызывал всей своей проповедью, и в этом он видел одну из самых существенных задач своего мессианского служения человеческому роду.

Вот Он в Назаретской синагоге. Ему подают книгу, из которой Он берет и толкует в применении к Себе слова пророка Исая: «Дух Гос-подень на Мне, ибо Он помазал Меня благовествовать нищим, и по-слал Меня исцелять сокрушенных сердцем, проповедовать пленен-ным освобождение, слепым прозрение, отпустить измученных на сво-боду» (Лук4, 18).

Здесь плененные нуждаются прежде всего не в освобождении от плена, а в проповеди. Они еще не чувствуют тяжести своего положе-ния. Они, может быть, даже готовы целовать те цепи, которые нало-жил на них поработитель. Им жаль расстаться со своим рабством. Им

85

не нужна свобода. Они не понимают ее благ. «Вымытая свинья, идет валяться в грязи», по выражению апостола (2 Петра, 2.2.2), «ибо это ее стихия, так и люди, привыкшие к рабству, считают его для себя ча-сто благословенным уделом, роднятся с ним и даже скупают по нему».

Вот и стоит перед священником и психотерапевтом одна задача — спасение страждущих, ведь «страсть» и «страдание» по В. Далю — си-н о н и м ы .

Но некоторые представители церкви почему-то прерогативу спа-сения человека считают своей собственностью, неоставляя места для психотерапии вообще или «разрешая» ее с большими оговорками. Вот, к примеру, что пишет тот же Д. А. Авдесв: «Трагедия современной пси-хотерапии состоит также в том, что она потворствует грехам и страс-тям человека, всячески стремится поднять его самооценку. Предлагает пациенту выпутаться из ююбка проблем, зачастую при помощи ок-культных методов, призывает его к мечтательности, фантазерству. Какая же это помощь?»

Психотерапевт, по мнению Д. А. Авдеева, прежде чем приступать к лечению, должен очистить свою душу покаянием, если он не уверо-вал в Христа, то он и помочь страждущему не сможет, и ссылается на евангелиста Луку: «Может ли слепой водить слепого? Не оба ли упа-дут в яму» (Лк. 6, 39). Автор, правда, не говорит, где набрать такое ко-личество православных психотерапевтов, а как быть с больными, ис-поведующими ислам или иудаизм?

Говоря о гипнозе и кодировании, Д. А. Авдеев прямо захлебывает-ся от ярости: «Кодирование и иное ему подобное воздействие на душу и тело человека — это бесовщина!» (/ , с. 174). Отвечая на вопросы ве-рующих, автор вещает: «Гипнозом лечиться нельзя, не поддавайтесь никаким доводам и уговорам! (с.30). И далее: «Гипноз — это насилие над душой человека... Православию чужды методы насильственного воздействия на личность».

Ах, как несправедлив автор по отношению к своим собратьям — священникам, вылечившим тысячи пьяниц наложением зарока. Это разве не вторжение в личность. Зачем так лукавить!

К счастью, не все православное священство настроено к психоте-рапии так ортодоксально.

Профессор В. С. Рожнов приводит в своей книге (60, с. 85) беседу с бывшим профессором-богословом Ленинградской духовной акаде-мии А. А. Осиповым: «А ведь и мы в церквях, — сказал А. А. Осипов, — когда надо силу Божью явить, подобно вам, врачам, гипнозом занимаемся. Подведут, бывало, ко мне кликушу — вся она дрожит, бьет-ся, зубами скрипит, богохульничает. А я ее лжицей по лбу стукну, да как крикну что есть мочи: «Изыде, окаянный!» — так она и затихнет. А народ говорит: «Батюшка нечистого изгнал!».

Покойный отец Александр Мень иначе относился к гипнозу: «Гип-

86

ноз — малоизученный, но широко практикуемый способ воздействия духа на дух. Иногда он может использоваться как терапевтический метод. Очень осторожно, конечно, но может. И любой врач, особен-но психотерапевт или психиатр, должен этим владеть» (53, с. 114).

Гипноз? Да, гипноз! «Кодирование»? Да, «кодирование»! Но что толку от этой вербалистики. Первое понятие пришло к нам от Д. Брэда калькой с греческого и означает «сон», другое является термином, ис-пользуемым в информатике. Если до конца определяться с дефини-циями, то и православие своими многочисленными ритуалами, и пси-

87



хотерапия, имеющая на вооружении уже более тысячи методов, используют приемы наведения транса. Ну с этим-то никто спорить не будет! Посмотрите на истово молящихся в храмах или внимающих церковным молебнам верующих, посмотрите на пациентов, лечащихся гуманистическими методами психотерапии, атем более директив-ными? Разве у тех и у других клинически не определяются симптомы трансовых состояний различной глубины? Сколько угодно можно рас-суждать о благодати, сниспосланной свыше, но на языке психотера-певтов это трансовое состояние.

Трансовые состояния, несомненно, возникают во время службы в храмах, когда прихожане внимают словам священника, являющегося посредником между верующим и Богом, но трансовые состояния воз-никают и во время молитвы верующего, обращения его непосредствен-но к Создателю, Иисусу Христу, Богоматери и святым. Молитву мож-но назвать беседой, общением, диалогом с Богом как с Личностью.

Молитвенное общение — это обоюдный двусторонний процесс, в котором человек предполагает получить отклик, ответ. Но если адре-сат — Бог, то получение от Него ответа — не что иное, как уловление Его энергии, получение Его благодати.

В практике своей работы я рекомендую женам и матерям, потеряв-шим надежду на спасение своих мужей и сыновей, совершить молит-ву перед иконою Божией Матери «Неупиваемая чаша». Явление святого образа произошло в 1878 году. Однажды парали-зованному от пьянства отставному солдату приснился сон, в котором явившийся старец приказал ему идти в Серпуховский монастырь Вла-дычицы Богородицы, где находится икона Божией Матери «Неупива-емая чаша» и отслужить перед ней молебен. Добравшись до указанно-го во сне храма, солдат отыскал эту икону, отслужил молебен и вер-нулся домой на своих ногах.

Что изображает эта икона? По иконографии она относится к типу одного издревнейших изображений Божией Матери — Оранта, толь-ко Богомладенец написан, стоящим в Чаше. Чаша с благославляющим Богомладенцем — это чаша Причащения, источающая приступающим к ней с верою все благословения, дарованные грешному роду чело-веческому искупительным подвигом Господа нашего Иисуса Христа. Эта чаша действительно неупиваемая или неиспиваемая, потому что Агнец ее «всегда ядомый и никогда не иждиваемый».

А Матерь Божия с воздетыми вверх пречистыми руками, как мо-гучий первосвященник, ходатайственно возносит Богу эту Жертву — своего закланного Сына, заимствовавшего плоть и кровь от ее пречи-стых кровей, в преебесный жертвенник за спасение всего мира и предлагает и снедь верным.

Она молится за всех грешников, всем хочет спасения вместо низ-ких губительных пристрастий, призывает к неистощимому источни-ку духовной радости и утешения.

**88**

Она возвещает, что неупиваемая чаша небесной помощи и мило-сердия уготована каждому нуждающемуся (33).

Когда я даю совет несчастным родным вознести молебен перед иконой «Неупиваемая чаша», то прежде всего рассматриваю свой со-вет, как прием косвенной психотерапии, потому что пока еще слиш-ком мало истинно верующих и немного больше воцерковленных. Годы воинствующего атеизма, длившегося более 70 лет, не прошли даром. Но я думаю, что у самого отъявленного атеиста сам приход в Храм с возжжением свечи у Лика Богоматери «Неупиваемая чаша» за-ронит в его душу, без сомнения, частичку святости. Услышан ли он будет Владычицей? Надеюсь.

В молитве реализуется сплав всего существа: ума, сердца и тела, достигается целостность как противоположность разладу духовности, душевности и телесности.

Феофан Затворник писал о существе молитвы: «Надобно ум соединить с сердцем, и ты получишь руль для управления кораблем души — рычаг, которым начнешь приводить движение весь твой внутренний мир».

«Божья помощь не в технологии делания молитвы, не в призыва-нии имени Иисуса и не в соответствующей молитвенной позе. Она в сокрушении сердца, во внутреннем покаянном состоянии, в следова-нии учению, в наличии веры, в состоявшемся диалоге с Богом» (89, с. 630-634).

Поэтому, думается, что пора бы уже перебросить мостик от психо-терапии в православие. Только готовы ли будут принять его на другом берегу?

**89**

### Эпилог

Вот и закончен мой труд. Замысел этой книги родился лет 7 назад, ког-да, преодолевая «заговор молчания» об интервенционных методах психотерапии и испытывая вакуум информации об этих методах, я стал по крупицам накапливать крохи знаний об удивительных фено-менах, складывал в «долгий ящик» публикации и научные, и научно-популярные. Мне это было необходимо для проведения рациональной психотерапии, где бы феномены интервенции объяснялись не павловскими побасенками, а на основе последних достижений науки.

Кроме того, зная неуважительное отношение ученых-наркологов и психотерапевтов к интервенционной психотерапии, я попытался защитить это направление, имеющее, как и гуманистические, право на существование.

Я согласен с профессором Н. Н. Иванцом в том, что лечение нар-кологических заболеваний — это тяжкий труд, что эти заболевания нуждаются в континуальном подходе (43, с. 43). Я согласен и с профес-сором В. В. Макаровым в том, что мало больного «закодировать», не-обходимо устранить причины и условия, способствующие возникно-вению рецидивов (48, с. 263), что «кодирование» — это вчерашний день наркологии.

Все эти рассуждения совершенно справедливы, но для условий боль-шого промышленного города с широкой сетью амбулаторных и стац-онарных наркологических и психотерапевтических учреждений, уком-плектованных кадрами высококвалифицированных специалистов.

А что же делать нам, психотерапевтам-наркологам в провинциаль-ных городах, где наркологическая и психотерапевтическая службы сконцентрированы в областном центре, а в радиусе 500-600 км ни нар-колога, ни психотерапевта не сыщешь днем с огнем? Как тогда быть с этими «пасынками жизни» — так С. И. Консторум называл алкого-ликов (54, с. 24), приехавшими за сотни километров на несколько ча-сов, чтобы получить лечение по типу «здесь и сейчас»?

Немыслимо таким пациентам назначать обследование, проводить психологическое тестирование, развешивать континуум. Ведь это

**90**





В. П. Гиндин с профессором М. Е. Бурно.



Омская делегация на II съезде с профессором В.В.Макаровым.

91

бывший советский человекс тоталитарным менталитетом, надеющийся, что разовый сеанс, соответствующий мифу о чудесном исцелении, вернет ему доброе имя, семью, работу и счастье.

Пусть современные психотерапевты работают с зависимыми от ал-коголя и наркотиков больными гештальтом, нейролингвистическим программированием, транзактным анализом, как говорится, «флаг им в руки». Нужно только подумать о том. годятся ли эти методы для среднего россиянина, имеющего образование 8 классов, ПТУ или тех-никум? «Богу богово, а кесарю кесарево!».

Мой учитель, профессор М. Е. Бурно, пишет: «Я не раз подчерки-вал: психотерапия должна быть разнообразной, лишь бы не была без-нравственной. Пусть каждый психотерапевтический подход в бес-крайнем психотерапевтическом поле относится к другим психотера-певтическим подходам-дорогам с серьезным уважением, потому что нас роднит, связывает в человечестве и то, чем мы не похожи друг на друга, — в том числе, своим душевным, духовным откликом на разные личностно-мироощущенческие или только технические способы пси-хотерапевтического прикосновения к нам».

Вот на этом я и закончу.

92

## Приложение № 1

Министерство здравоохранения СССР

**Коллективная эмоционально-стрессовая  
гипнотерапия больных алкоголизмом как методика  
активной условно-рефлекторной терапии (УРТ)**  
(методические рекомендации)

Составлены автором настоящей методики, заведующим  
кафедрой психотерапии Центрального ордена Ленина института усо-  
вершенствования врачей профессором В. Е. Рожновым  
И доцентом кафедры М. Е. Бурно.

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель Постоянного комитета по наркотикам  
при Министерстве здравоохранения СССР, начальник Управления  
по внедрению новых лекарственных средств и медицинской  
техники Минздрава Э. Бабаян  
№21/11-85-27 от 24 мая 1979 г.

Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии боль-ныхалкоголизмом, предложенная одним из нас (проф. В. Е. Рожновым), с успехом применяется и разрабатывается многими врачами в стране уже более 20 лет. Минздравом СССР в 1975 г. выпущены «Методические ука-зания по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотера-пии алкоголизма», составленные автором методики. Настоящие методи-ческие рекомендации, составленные по просьбе прежде всего многих практических психиатров-наркологов, курсантов Центрального инсти-тута усовершенствования врачей, являются сугубо практическим, конк-ретным приложением к вышеотмеченным методическим указаниям.

Настоящая методика невозможна без предварительного достаточно глубокого знакомства с больным с целью выяснить подробности кли-нической картины, особенности личности и их изменения в процессе болезни, без знакомства с соматическим состоянием, индивидуальным содержанием алкогольной трагедии пациента и его близких. Все это важно для того, чтобы по возможности индивидуализировать работу методики, распределяя больных по фуппам сообразно их душевному складу и сохранности, намечая уже, как кому (какими словами, напо-минаниями) помочь вспомнить во время выработки тошнотно-рвотной реакции в эмоциональном стрессе жуть прежнего пьянства.

При показаниях, соответственно Приказу заместителя министра здра-воохранения СССР №291 от 23 марта 1976 г., проводитсяназначения

93

методики дезинтоксикация и психотропная терапия. Наконец, самой методике непременно предшествуютразъяснительные индивидуальные беседы и первые сеансы коллективной психотерапии в бодрствующем состоянии)\* (впоследствии эти сеансы сопровождаютсясеансы методики). Таким образом, и в стационаре, и в амбулатории еще до «запуска» мето-дики различными средствами, но прежде всего психотерапевтическими, на фоне благотворного трудового воздействия, начинает осуществлаться основательный душевный поворот пациента в сторону совершенно необходимой ему в дальнейшем полной трезвости. Необходимо здесь создание человеческого контакта с пациентом со строго-сочувственным отношением к нему как к серьезно больному человеку, в случае, если он понял, что болен по причине пьянства, осуждает себя за прошлое и го-тов теперь сделать все, чтобы поправиться. Обычно уже через неделю после начала работы с пациентом возможно приступить к сеансам кол-лективной гипнотерапии по эмоционально-стрессовой методике.

Количество больных в группе — от 6 до 20. Сеансы проводятся в гипнотарии или в палате, ежедневно или черездень, лучше лежа. Всего на курс — 10-15 сеансов.

Перед первым сеансом следует рассказать больным о предстоящем лечении гипнозом. Мы делаем это так. «Гипноз — это особое состояние человека, в которое он погружается под убаюкивающими внушениями врача. Этоприятноесостояние, когда царствует расслаблен ность, нехо-чется и трудно двигаться, когда отвлекся от всего, что тревожит, оттого, что происходит вокруг; спокойно, ровно дышится, а голос врача в это время слышится хорошо, он глубоко проникает, западает в душу, и все, что теперь говорит врач, особенно сильно действует, — например, лег-че, чем в бодрствующем состоянии, вырабатывается отвращение кспир-тному, а это теперь в наших интересах. Кроме того, гипноз раскрепоща-ст защитные силы организма, и от сеанса к сеансу человек, измученный алкогольной отравленностью, нервозностью, ощущаетсебя все крепче, свежее, спокойнсе». Эти основные моменты в процессе курса лечения следует по

надобности время от времени обсуждать с больными.

Сам сеанс коллективной гипнотерапии по эмоционально-стрессовой методике можно условно разделить на пять этапов:

- I. Погружение в гипноз.
- II. Специальные лечебные внушения, предваряющие эмоциональный стресс.
- III. Эмоциональный стресс, внушение в эмоциональном стрессе.
- IV. Ободряющие, оптимистические внушения на выходе из эмоционального стресса.
- V. Пробуждение.

Весь сеанс продолжается от 30 минут до часа.

" См.: Павлов И. С. (под редакцией проф. В. Е. Рожнова). Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии (методические указания). М., Минздрав СССР, 1975.

94

#### I. Погружение в гипноз

Глубина гипноза нас здесь мало интересует, диагностикой гипноза при этой методике обычно не занимаемся.)\* Даже если пациент не впадает ни по каким-то причинам в гипнотическое состояние, внушаемость его обычно достаточно высока для того, чтобы с помощью спиртного подкрепления и групповой тошнотворной взаимоиндукции вырабатывать отвращение к спиртному. При всем этом не следует забывать об осторожности в обращении с гипнозом, о возможных и здесь осложнениях гипноза и способах купирования их".

Погружаем в гипноз спокойной словесной гипнотизацией. Монотонно, протяжно, но внятно убаюкиваем примерно так: «Удобно и хорошо так лежать, глаза закрыты, голос мой хорошо слышится, на прочее внимания не обращаете, и с голосом моим погружаетесь глубже и глубже в приятное состояние покоя, расслабленности. Расслабляются плечи, руки, ноги, все тело. Совершенно расслабились, как будто бы отпустили тело свое, забыли свое тело. И вот тело начинает тяжелесть. Тяжелеют руки, ноги, все наливается свинцом, тяжелеет и, тяжелея, постепенно теплеет. Удобно и хорошо. Голос мой хорошо слышится, хорошо слышится голос мой, голова глубже уходит в подушку. Я считаю до десяти и, пока считаю, уходите в это состояние покоя, отдыха глубже, глубже. Раз, два... Дышится ровно, спокойно. Покой, приятная скованность все крепче охватывает вас. И не хочется двигаться, и трудно двигаться, а голос мой все время хорошо слышится. Голос мой убаюкивает, успокаивает, и хорошо погружаться с ним в целебный покой, бездумье. Три... Спать... Спать... Уходите в бездумье, покой. Голова все глубже в подушку... дышится ровно, спокойно... Последние остатки напряженности уходят, рассасываются, и на душе легче, светлее... Четыре, пять, шесть... Удобно и хорошо, глубже, глубже в сон. Ощущение тяжести постепенно переходит в легкость. Тело легче и легче, меньше и меньше чувствуете свое тело, оно будто парит в воздухе, оно, как облако в небе... Отдыхайте телом и душой, набирайтесь сил для борьбы с недугом своим, набирайтесь уверенности в том, что поправитесь. Хорошо, удобно так лежать и погружаться все глубже в этот покой... Семь... Спать... Спать... Хорошо слышится только мой голос, все остальное ушло далеко и не тревожит вас... Почти не чувствуете своего тела... Восемь, девять... А голос мой глубоко проникает в вас, западает в душу, необыкновенно сильно действует в этом целебном гипнотическом состоянии. Десять! Глубже, бесконечно глубоко уходите в лечебный сон... Спите, отдыхайте телом и душой, набирайтесь сил для борьбы с

' См. о стадиях и диагностике гипноза: Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Лечение табакокурения (методические указания). М., Минздрав СССР, 1976. " Рожнов В. Е. Глава «Гипнотерапия» в «Руководстве по психотерапии». М., «Медицина», 1974. с. 60-84.

95

недугом своим, набирайтесь уверенности в том, что поправитесь, сможете сделать все, чтобы поправиться и жить по-человечески».

Погружая таким образом пациентов в гипноз, следует заботиться прежде всего о монотонности, растягивая для этого слова (впрочем, без всякой напыщенности!), не допуская длинных пауз в начале погружения (чтоб пациент не стал в это время активно размышлять, что же теперь дальше скажут), не допуская подчеркнуто ярких слов, могущих удивить пациента или просто привлечь внимание, т. е. подействовать пробуждающе. Учась погружать в гипноз, не стоит бояться, что вот растеряюсь вдруг и не буду знать, что дальше сказать. Ведь даже такую простую суггестивно-убаюкивающую фразу, как «удобно и хорошо так лежать» можно спокойно и протяжно «перевернуть» не-сколько раз («хорошо, удобно лежать», «лежать так удобно и хорошо» и т. д.), пока не возникнет в голове продолжение.

У каждого психотерапевта складывается в конце концов своя собственная манера гипнотизации, свои словесные конструкции, образы, но непременно словесное содержание гипнотизации (с пассажами, поглаживаниями или без них) должностройно основывается на понимании психофизиологических механизмов гипноза: убаюкивать монотонностью; внушать расслабленность, которая затем под суггестивными словами о тяжести переходит в ощущение тяжести; тяжесть переходит в легкость возникновения каталепсии, и этому также способствуем внушением и т. д.

Гипнотическое состояние в данной методике усилит внушаемость пациентов по отношению к последующим лечебным суггестиям и, кроме того, подсытствует благотворно само по себе, поднимая, напрягая защитные силы организма, в частности, ослабляя таким образом болезненное влечение к спиртному. Однако если больной не погрузился в гипноз, а просто «убаюкался» нашей спокойной гипнотизацией и слушает голос врача, несколько отрешившись от окружающего и собственных размышлений, — и, значит, сделавшись внушаемым, — этого уже достаточно для того, чтобы методика успешно работала, и мы можем начинать специальные лечебные внушения.

## II. Специальные лечебные внушения, предвещающие

### эмоциональный стресс

Эти внушения есть, по сути дела, краткие выводы из тех подробных индивидуальных и коллективных бесед, споров, которые уже помогли больному начать перестраиваться в своем отношении к собственному алкогольному горю, к будущей жизни. Теперь следует тот сеанс к сеансу все это крепче и глубже «вложить в душу» каждому пациенту.

Подчеркнув лишний раз, что все слышимое сейчас от врача действует особенно сильно, глубоко проникая, доходя до самого сердца, мы внуша-

96

ем обычно затем с внятной протяжностью следующее: «Вы решили навсегда расстаться со спиртными напитками, вы уже живете какое-то время совершенно трезво и испытываете справедливую гордость за то, что нашли силы прийти сюда лечиться, а сколько людей не смогло пока сделать этого, сколько людей продолжает разрушаться в своем алкоголизме... Но особенно важно сейчас продумать вместе со мной и прочувствовать, что вы уже никогда теперь не сможете пить спиртное умеренно, понемногу, со здоровым удовольствием, как это делают и будут делать вы на глазах многих людей. Больному алкоголизмом обычно кажется, что после лечения, после какого-то периода полной трезвости, он непременно сможет пить понемногу, как все. И многие лечатся для того, чтобы потом все-таки по-немногу пить. С этой надеждой и даже непонятной убежденностью кто-то собирается продержаться в полной трезвости год, кто-то — два года и т. п. Но нет таких случаев, чтобы человек, заболевший алкоголизмом (а вы здесь, несомненно, все страдаете этим недугом), смог бы даже через десятилетия абсолютной трезвости пить умеренно. В это многие больные не хотят верить и пробуют после трезвости понемногу выпивать. Если не с первого, то со второго стаканчика открывается снова болезнь и катастрофически углубляется при этом, запои делаются еще тяжелее, чем прежде, и т. д. Бывает, больному алкоголизмом после периода трезвости удается, хоть и с трудом, с напряженностью, но как будто бы все-таки «держаться» на небольших дозах спиртного. Однако это все опасная, засасывающая в муть Ифа, которая всегда кончается катастрофой. Это называется возбуждать болезненные механизмы, дразнить их вином. У кого сразу, у кого немножко погодя эти заржавевшие, ослабевшие болезненные механизмы снова приходят в движение, крепнут, и все больное возвращается. Иллюзия возможной умеренности тем не менее овладевает людьми настолько, что они по несколько раз с большим вредом для себя возвращаются к спиртному, все надеясь, что теперь-то все будет хорошо. Итак, только две дороги перед каждым из вас: либо продолжать болезненное пьянство, все более разрушаясь духом и телом, впадая в алкогольное слабоумие, в алкогольные психозы, мучаясь от болезней внутренних органов, либо жить совершенно трезво, залечить, по возможности, алкогольные раны и стать, в сущности, практически здоровым человеком. Состояние здоровья каждого из вас пока еще позволяет надеяться на практическое выздоровление. Итак, либо гибнуть в болезненном пьянстве, либо жить совершенно трезво. Третьего не дано. Было бы никому ненужной неправдой сказать вам; что жить абсолютным трезвенником среди людей, употребляющих время от времени спиртные напитки, — очень легко, сущий пустяк. Это, несомненно, трудное для вас дело. Трудное потому, что болезненное влечение к спиртному, как уже сказал, пусть ослабевшее, снившее, но все же живет и будет жить в каждом из вас и временами, особенно в ситуации застолья или при встрече с прежними приятелями, с которыми пьянствовали, даст себя знать то ощущением непонятного раздражения, дискомфорта, то легко-



мыслим на тему: «А вдруг выпью, и все хорошо будет», то откровенной

97

тяги к спиртному, то сновидением, в котором, например, человек пьет спиртное, зная, что нельзя ему пить, и переживает это. Об этом нужно по-стоянно помнить, даже бояться этого, чтобы всегда быть готовым к натиску больного влечения и всяческим его проделкам, нельзя ни в коем случае дать влечению провести себя, всегда нужно быть готовым дать резкий отпор уговаривающим вас выпить, следует уметь уйти от них, и вы сможете это сделать, сможете не пить вовсе. Надобно специально выработать, про-репетировать приемы отказов, объяснений и поведения в этой трудной обстановке. Этим мы и занимаемся в наших индивидуальных и коллективных беседах. Впереди интересная, здоровая, чистая от спиртного жизнь — жизнь, полезного обществу гражданина. Но сейчас, для того чтобы проклятое влечение к спиртному ослабить, придавить, чтоб легче было жить абсолютным трезвенником среди выпивающих, вы должны вспомнить прежнее свое пьяное время и проникнуться отвращением к спиртным напиткам, которые принесли вам и близким вашим столько горя. Ведь не-которые из вас по причине опьянения потеряли семью, работу, приобрели болезни внутренних органов, половую слабость».

Здесь и особенно на следующей эмоционально-стрессовой ступени методики следует стремиться сообразовывать содержание внушений с психическим складом больных и составлять группы из пациентов таким образом, чтоб со всей группой возможно было работать одними словами. Так, синтонным (сангвиническим) пациентам следует, зная их обычное душевное отношение к близким, особенно подчеркивать, как измучили они своих близких. Астенических больных, напротив, в этом отношении стоит щадить, дабы не развилось болезненное, тоскливое самообвинение. Надобно всячески поддерживать их веру в себя, в выздоровление. Эпигимного же субъекта следует поддерживать, зная его авторитарность, в надеждах на восхождение по служебной лестнице, не совместимое с алкогольными напитками и т.д.)\*

### III. Эмоциональный стресс, внушение в эмоциональном стрессе

Это кульминация методики. Вся предшествующая настоящему моменту работа, индивидуальная и коллективная, взращивала, культивировала корни трезвеннической установки, настроя на человечески интересную, здоровую, чистую от спиртного жизнь. Теперь эти корни должны дать в ситуации эмоционального напряжения, стресса живую поросль острого отвращения к спиртному в виде выраженной тошнотно-рвотной реакции. «Итак, — продолжаем голосом, несколько изменившимся от эмоциональ-

' См. об этом: *Бурно М. Е., Павлов И. С.* (под редакцией проф. В. Е. Рожнова). Особенности лечения алкоголизма психопатических личностей (методические указания). М., Минздрав СССР, 1975.

98

ной насыщенности, голосом, не обязательно громким, но непременно выражающим искреннее наше желание, собрав все силы, помочь больному выбраться из алкогольной ямы, — итак, вспоминайте сейчас прежнее свое пьянство, самые отвратительные события, детали прежней пьяной жизни, жуткое, противное состояние похмелья с трясущимися руками, головной болью, напряженной суетой в душе, тягой «поправиться» чем-нибудь спиртным. Подумайте о водке, о тех спиртных напитках, которые пили, разрушая себя, ломая жизнь своим близким. Каждый вспоминает свое. Сейчас необходимо вспомнить самое скверное и помучиться, как следует помучиться, чтобы ослабить проклятое влечение к спиртному, это влечение змеей свернулось в глубине каждого, но может поднять голову, и поэтому пусть ему будет как можно хуже! Подумайте о водке! Подумайте о портвейне, о тех спиртных напитках, которыми злоупотребляли. Словом, подумайте о спиртном! Противно! Нехорошо во рту. Нехорошо в животе, желудок выворачивается, ком идет в горло, тошнит, душит. Душит водка, душит спиртное!» В это время необходимо вызывать или подкреплять отвращение струйкой 96-градусного спирта-ректификата в рот, в горло до тошнотно-рвотной реакции. Понятно, у изголовья каждой гипнотической кушетки должно быть приготовлено ведро. Почти не приходится встречать больных, которые при настоящей методике (со спиртовым подкреплением струйкой из мягкой пластмассовой бутылки с отверстием или трубочкой в пробке) не дали бы тошнотно-рвотной реакции. Обычно это довольно выраженная вегетативная реакция с чувством удушья, кашлем, выразительным отвращением. Психически заражаясь друг от друга, больные истинно мучаются на своих кушетках. Очень важно, чтобы именно в этом «осфом» состоянии больной вспоминал свое пьяное прошлое. «Необходимо, необходимо помучиться, — говорим ему в это время. — Необходимо помучиться, чтоб ослабить как можно больше змею влечения, чтобы легче было потом жить совершенно трезво, даже среди

выпивающих, среди праздничного застолья со спиртными напитками. Больше, больше отвращения к прежней алкогольной жизни. Вот сейчас еще, еще вспомните последствия пьянства: испуганные глаза детей, как отнимали у жены день-ги, как пропили всю зарплату, как жена спряталась от вас с детьми у со-седки, как тряслись наутро в похмелье, запой, прогулы, брак на работе, половую слабость, как потеряли семью, работу, здоровье. Самое тяжелое, скверное, связанное с пьяной жизнью». Особенно в эти тяжелые эмоцио-нально-стрессовые минуты нравственного, физического отвращения, рво-ты, душевной неприязни к себе — особеннотеперьважно, чтобыбольной ощущал внутренне доброе, сердечно-заинтересованное участие врача в трагедии своей жизни. Тяжело, плохо, но необходимо, чтобы спастись. Только это благожелательное отношение к больному алкоголизмом, согла-сившемуся лечиться, искренне помучиться ради будущей трезвой жиз-ни, — только это дает право в эмоционально-стрессовой обстановке при-крикнуть на больного, потребовать открыть рот, чтобы влить туда струй-ку спирта, крепко схватить за плечо и т. д. Это, как уже не раз отмечалось

99

автором методики, аналогично ситуации спасения утопающего, когдауто-пающему больно (его, например, держат в воде вытянутой рукой за воло-сы и не подпускают ксебе) — во имя его же спасения. Если у врача нет веры в то, что можно основательно помочь очень многим больным хроничес-ким алкоголизмом, если, ко всему прочему, он ощущает в себе во время эмоционального стресса хоть слабую радость физического наказания ал-коголика за его пьянство, то врачу этому следуетуйти из наркологии. Если больной алкоголизмом соглашается лечиться и тем более просит о лече-нии, врач должен уважать его как серьезно больного человека, мучающе-гося патологическим влечением кспиртному, и помогать ему со всей стро-гой сердечностью. Без этого, как показывают многие беседы с больными о прежнем их лечении, стойкого лечебного эффекта обычно не бывает.

Этап эмоционального стресса продолжается 5— 10 минут. В некоторых случаяхон имеет2—3 «пики». Затем переходим к следующему этапу.

#### IV. Ободряющие, оптимистические внушения на выходе из эмоционального стресса

«Уходит, уходит, спиртное, снимаю запах водки, портвейна, — гово-рится обычно здесь уже с прежней протяжностью, убаюкиванием в голосе. — Отдыхайте, все расслабляется... С каждым сеансом отвраще-ние к спиртному все сильнее. Впереди светлая, чистая от спиртного жизнь полноценного гражданина, полезного члена общества. Удобно и хорошо так лежать. Набирайтесь сил, уверенности, спокойствия».

#### V. Пробуждение

«Теперь я буду считать до трех, и, пока буду считать, постепенно бу-дете просыпаться. А скажу: «три» — проснетесь совсем с ясной голо-вой, в хорошем настроении и сможете легко владеть собой. Раз... Все лучше, лучше слушается вас ваше тело. Можно и нужно подвигаться, потянуться. Два! Глаза закрыты, но почти проснулись, послушное тело. С ясной головой, в хорошем настроении просыпайтесь совсем, три! Глаза открываются. Потихоньку можно вставать.

Уже после 4-5 полноценных сеансов одно упоминание о спиртном в разговоре вызываету больного выраженную тошнотную реакцию, иногда завершающуюся рвотой. Важнее всего, однако, чтобы в процессе лече-ния этой методикой пациент чувствовал глубинную внутреннюю физи-ческую и нравственную неприязнь к спиртному, к алкогольным ситуа-циям, к прежней пьяной своей жизни. Преимущество методики перед другими, медикаментозными вариантами условно-рефлекторной тера-пии (УРТ) в том, что здесь отвращение к спиртному, тяга к интересной, лишенной алкоголя жизни создается, в основном, психотерапевтически,

100

имеетбогатую, разросшуюся корневую психологическуюсистему. Боль-ные не связывают свое отвращение к спиртному с медикаментами, тош-нотно-рвотная реакция не насильственно культивируется здесь (как, на-пример, при инъекции апоморфина), а идет от души больного, от всего его существа, решительно возмущившегося прежним своим пьянством. Подкрепляющий отвращение спирт — есть основа всех алкогольных на-питков, т. е. «естественный», «роковой» предметтрагедии больного.»

На фоне усиливающегося от сеанса к сеансу отвращения к спирт-ному следует неустанно возбуждать всяческие интересы пациента, помогать ему искать то, чем он увлечется и заполнит оставшуюся от пьянства пустоту после работы.

Поддерживающие сеансы проводятся 1-2 раза в месяц в течение года. Здесьтакже

необходимоспиртовым подкреплением напоминать «живой вкус» прежнего пьянства. В дальнейшем возможны поддерживающие сеансы время от времени по обстоятельствам. В поддерживающих сеансах вместе с отвращением к спиртному следует поддерживать всегдашнюю готовность «не сплеховать» в любой соблазняющей обстановке, постоянную готовность дать отпор проснувшемуся влечению к спиртному. Мы говорим об этом, например так: «Змея влечения к спиртному ослабела, свернулась, но все же продолжает жить в вас. Поэтому следует помнить о ней. Важно быть готовым в любой ситуации, когда влечение поднимет голову, дать ему отпор. Например, возникает тяга к спиртному или непонятная, легкомысленная уверенность в том, что смогу пить, как все, «можно, можно мне сейчас выпить» — вот тут и подумать, вспомнить: «Это же влечение к спиртному работает, нет, змея, не проведешь меня!» Противопоказаниями к лечению больных данной методикой являются все противопоказания для лечения методиками УРТ. Не следует забывать, что психосоматическое напряжение в эмоциональном стрессе не уступает по своей силе апоморфиновому, а также вызванному приемом рвотных смесей и т. д., однако, понятно, отличается отсутствием медикаментозной интоксикации.

Итак, коллективная эмоционально-стрессовая гипнотерапия алко-Голизма — весьма эффективная методика УРТ, имеющая известные преимущества. Трудность методики заключается в ее психотерапевтической трудоемкости, перестраивающей душу больного: требуется врачебное эмоциональное напряжение, врачебное душевное участие, сочувствие, стремление бороться за больного в полном и точном смысле этих слов. Думается, что истинных психиатров-наркологов, приступающих к работе с методикой, трудность эта не остановит, а сделается со временем профессионально-радостным трудом.

По нашему опыту, в одном сеансе на одного больного в среднем уходит 10,0 96% спирта-ректификата. Медпипинским учреждениям, исходя из этого, следует рассчитывать нормы спирта, необходимые врачу для лечения больных по данной методике, учитывая, что спиртовое подкрепление следует проводить во всех 10—15 сеансах.

101

## **Приложение № 2**

Министерство здравоохранения СССР

Управление по внедрению новых лекарственных средств

и медицинской техники Министерство здравоохранения Украинской ССР

### **Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях (Методические рекомендации)**

Опыт работы

Методические рекомендации составлены на основании опыта работы республиканского наркологического психотерапевтического центра Минздрава УССР, руководимого А. Р. Довженко.

(Способ разработан доктором А. Р. Довженко).

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Управления по внедрению  
новых лекарственных средств и медицинской  
техники Министерства здравоохранения  
СССР Э. Бабаян

20 апреля 1984 г. №21-11/48-27

Показания к лечению

Применение стрессопсихотерапии показано всем больным хроническим алкоголизмом, которые высказывают добровольное желание лечиться, имеют установку на лечение данным методом и явились к врачу в трезвом состоянии, с не менее чем 2-недельным воздержанием от спиртных напитков. Длительность и характер злоупотребления алкогольными напитками, стадия болезни, кратность рецидива, качество предшествующих терапевтических ремиссий не являются определяющими показателями при отборе больных на лечение, но учитываются при проведении психотерапевтического сеанса и определяют его содержание, направленность, форму и др.

Официальные меры принуждения к лечению вне воли и желания

102

самого больного недопустимы и полностью снимают терапевтический эффект.

Обязательным условием является полное воздержание от употребления алкогольных напитков в течение не менее 14 дней, что необходимо для проверки стойкости желания пациента лечиться,

активирует волевые механизмы и создает психологическую настроенность для восприятия последующего терапевтического воздействия.

Таким образом, от пациентов требуется определенная готовность к проведению лечения, осознание его необходимости и активные волевые (хотя бы незначительно) усилия для его достижения, что повышает их восприимчивость ко всем положениям, диктуемым психотерапевтом. Эта готовность не формируется сразу, а является результатом сложного взаимодействия различных факторов: течения болезни, социальной декомпенсации, но прежде всего — целенаправленной разъяснительной работы врача, степени владения им психотерапевтическим искусством. С этой целью врачу следует широко популяризировать используемый им метод, а психотерапевтический сеанс превращать в театрализованное, впечатляющее действие.

Абсолютными противопоказаниями к применению методики являются делириозное, аментивное и другие нарушения сознания; состояние опьянения или выраженной абстиненции; гипертонический криз, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность и ряд неотложных состояний.

Лечение оказывается малоэффективным при выраженной деградации личности алкогольного происхождения, особенно по апатико-абулическому типу с полной утратой всех социальных и индивидуально-психологических ценностей; психопатии неустойчивого и возбудимого круга и при несоблюдении пациентами требуемых условий.

#### Этапы лечения

Несмотря на небольшую продолжительность лечебного процесса (весь сеанс проводится в течение 3-4 часов), методика предусматривает определенную этапность. Каждый этап преследует свои задачи, а психотерапевтическое воздействие различается по форме, направленности и содержанию.

Первый этап (подготовительный) характеризуется применением косвенной (опосредованной) суггестии. Она оказывается другими больными, прошедшими курс лечения; прессой; близкими пациента и медицинскими работниками, выдавшими направление на лечение; врачами (терапевт, невропатолог, нарколог) и средним медперсоналом в период заполнения медицинской документации и предварительного обследования; желательно в определенные дни недели — с понедельника по четверг, если следующий непосредственно лечебный этап

103

проводится 1 раз в неделю по пятницам, либо в другие дни при большем числе установленных лечебных дней; самой обстановкой и оформлением медицинских кабинетов, зала ожидания (стенды, фотографии, письма больных, отзывы и др.).

Тщательно собранный анамнез, консультативный осмотр невропатологом, терапевтом позволяют уже при первой встрече выяснить не только клинические особенности течения алкоголизма, но и наличие сопутствующих заболеваний, степень сохранности личности, характерологические особенности больных, выраженность установок на лечение и др.

Кульминацией вводного этапа является встреча с врачом-психотерапевтом — личностью, по мнению больного, несомненно оказавшей ему необходимую помощь.

Завершением первого этапа является подтверждение больным принятия всех условий врача, в том числе необходимости полного воздержания и более воздержания от приема спиртных напитков. Больному удаются разъяснения, что применение метода возможно только при условии полного отсутствия алкоголя и продуктов его превращения в организме. До его сведения доводится, что перед главным этапом лечения — «кодированием» — будут проведены специальные пробы на алкоголь, по которым врач четко определит, пил ли больной в течение установленного срока.

Соблюдение назначенного испытательного срока свидетельствует прочной суггестивной связи между врачом и пациентом, доверии к врачу и подчинении ему, а также наличии у больного хороших установок на трезвую жизнь.

При следующем посещении, уже непосредственно перед проведением сеанса, факт воздержания опосредуется врачом, который подкрепляет сохранность у больного силы воли, умение справляться с собой и др. В императивной форме делается вывод о безусловной успешности дальнейшего лечения. Первичная суггестия подкрепляется усиливается.

Второй этап (лечебный) включает коллективно-групповое занятие в течение 2-2,5 часов строго установленных дней недели. На передний план выступает рациональная психотерапия, основные положения которой, кульминационные моменты завершаются эмоционально-элевыми императивными суггестиями с элементами драматизации, ритуальными действиями.

Количество членов группы не должно превышать 20-25 человек. величине их численности



нецелесообразно, так как это затрудняет контакт врача с больными, контроль за ними, лишает его возможности и вводить элементы индивидуальной суггестии, держать в течение занятия всех пациентов в поле зрения, поддерживать активность их гимназия.

Помещение, где проводится занятие, должно быть специально

104

оформлено и создавать у пациентов ощущение необычности, торжественности, подчеркивать и иллюстрировать исключительные возможности психотерапевта. Появление врача, манера его поведения также должны быть продуманно-эффективными, содержательными.

Этот этап характеризуется ярко выраженными элементами театрализации. Он представляет собой торжественное, ритуализированное «действие» — вхождение в новую, «чистую жизнь», «без капли спиртного», которую с этого момента начинает больной.

Классическая форма гипнотизации не проводится, больные находятся в бодрствующем состоянии. Им предлагают расслабиться, принять удобные позы и внимательно, не отрываясь, смотреть на переносицу врача. При этом возникает состояние легкой гипноидности, на фоне которой производятся мотивированные внушения.

Решающим является четко продуманная динамика занятия, определенная последовательность и повторяемость суггестий, нарастание элементов драматизации. Все двухчасовое занятие — это, по существу, монолог врача, убеждающего, разъясняющего и предостерегающего больного, укрепляющего веру в выздоровление и открывающего конкретные пути для этого.

Первоначальная тактика врача-психотерапевта, его разъяснения и внушения направлены на актуализацию инстинкта самосохранения, снятие «анозогностической инертности», развитие стрессового состояния (стресс ожидания).

Известно, что почти абсолютная анозогнозия больных алкоголизмом распространяется преимущественно на сам хронический алкоголизм, а не сопутствующие соматические и другие нарушения. Деонтологический принцип медицины — «не пугать», успокоить больного, оборачивается здесь своей противоположностью. Имеющаяся, хотя бы в минимальной степени, патологическая симптоматика со стороны внутренних органов и систем максимизируется, утрируется и вербализуется врачом. Рисуется впечатляющая, пугающая картина прогрессирования симптоматики, дальнейшего ухудшения состояния. Таким образом, этот прием несет в себе мощный суггестивный заряд и наглядно иллюстрирует тот вред, который нанесен больному регулярным злоупотреблением спиртного, пробуждает сознание болезни.

Содержание беседы, все основные положения широко иллюстрируются конкретными примерами, упрощенными образами, типовыми ситуациями, понятными и эмоционально-значимыми для всех слушателей. Суггестия может иметь истинную или условную научную мотивированность.

Завершая эту часть психотерапевтического сеанса, врач-психотерапевт закономерно подводит больного к приемлемому для него выходу из ситуации, обусловленной болезнью, формирует убеждение и возможности излечения. Прежде всего он говорит о больших возможностях человека, его организма, скрытых резервах, о их максимальной

105

□юбилитации в экстремальных условиях, когда речь идет о жизни и смерти индивидуума. Психотерапевт проводит аналогию с тем положением, с той ситуацией, в которой оказались больные вследствие злоупотребления алкоголем, и подчеркивает мотивированность и добровольность их отказа от прежней жизни.

Особенностью метода является и осуществление ряда мер, направленных на усиление роли личности врача, укрепление его авторитета. В аудитории больных со специфически измененной личностью, не критичностью, гипобулией и большим желанием поверить в «чудо», врач сознательно формирует «культ» своей личности, говоря о своей «железной», негибаемой воле, врожденных исключительных способностях. Для достижения терапевтического эффекта необходимо, чтобы больные поверили, что перед ними необычно сильная личность, которая «может все». При этом соблюдаются принципы и условия научной психотерапии.

В процессе сеанса широко используются ключевые слова, термины, понятия, имеющие психотерапевтическую значимость («код», «кодирование», «стресс» и т. д.).

Несколько раз в течение сеанса приводятся яркие примеры излечения от алкоголизма и достижения больными полной жизненной гармонизации. Для усиления психотерапевтического действия этих примеров, а также другой, наиболее важной информации, они повторяются, практически в одной и той же форме с небольшими вариациями. Эти суггестивные повторы создают своеобразную динамику сеанса, когда наиболее важные формы суггестии произносятся

неоднократно, в определенном порядке, как заключение отдельных психотерапевтических построений, смысловых блоков. Следующей, последовательно возникающей задачей психотерапевта, является конкретное объяснение, каким образом больной будет избавлен от пагубного пристрастия, в чем заключается сущность метода лечения. Здесь в условно-научной форме врач разъясняет содержание следующего, третьего этапа методики — «кодирование». До сведения больных доводится, что волей врача, суггестивными приемами, «гипнотическим воздействием», определенными физиогенными манипуляциями у них в мозгу формируется устойчивый очаг возбуждения (типа «бодрствующего очага» по Павлову), который с момента «кодирования» будет контролировать их поведение в течение выбранного срока («год», «три», «всю жизнь»).

При этом допустимо сравнение — «гипнотического очага» с часовым механизмом, взрывателем и т. д. У больного формируется сознание неотвратимости смерти при несоблюдении сроков «кодирования».

Аналогичные приемы нередко используются в народной медицине.

Категорическая установка на воздержание на первом этапе позволяет во время группового занятия легче пробиться через алкогольную анохгнозию, которая обычно подавляет страх. Это делает возможным пустить в ход «молоток страха» — страх смерти в случае нарушения

106

«кода» и страх продолжения такой жизни, отвратительные картины которой преподносят больному в эмоционально-суггестивной форме.

Такая мощная танатофобическая суггестия возможна только в клинике алкоголизма, и только особенности измененной личности пациента делают ее допустимой.

Несомненно, что семантическим ядром методики является формула внушения, заключающаяся в том, что «не твоя — больного, а моя — психотерапевта — воля избавляет тебя от недуга». Это принципиально отличается от традиционной психотерапевтической установки при лечении алкоголизма — использование воли самого пациента для преодоления болезни.

*Примечание:*

«Устрашение как психотерапевтический прием с эмоциональной психологизацией возможных последствий для здоровья и даже жизни при невыполнении пациентом воли врача никогда не приводит больного алкоголизмом к «психической травматизации» или подавлению его как личности. Напротив — мобилизует его переход к полной трезвости, разумеется, если больной находится в определенных границах клинических проявлений алкоголизма. На принципе «устрашения» основаны и курсы сенситивизирующего лечения алкоголизма: хирургическая подсадка препаратов «Эспераль», «Радотер», в/м введение абрифида, прием тетурама внутрь.

Приняв волевое решение о необходимости лечения, определив самостоятельно минимальный срок полного воздержания от алкоголя (иллюзия свободы), больной полностью доверяется врачу и беспрекословно следует его указаниям. Как показывает опыт, устранение фиксации личности на борьбе с желанием выпить приводит к дезактуализации этого желания, полному исчезновению влечения к алкоголю. Формирование уверенности у пациента в том, что он может в любое время прервать ремиссию, явившись к врачу с просьбой о «раскодировании», поддерживает иллюзию свободы, уменьшает выраженность субъективно-тягостных переживаний и ощущений в начальном периоде воздержания.

Применение термина «код», «кодирование» в психотерапевтической практике правомерно и обосновано эмоционально-привлекательной значимостью этого понятия, его широким распространением в современном мире (генетический код, наследственности и др.) и, в то же время, неоднозначностью толкования, таинственностью. Его легко связать как с современными достижениями медицинской науки, так и практикой народной медицины, которая нередко использует веру широких масс в исключительные способности отдельных людей, в «таинственные явления психики» и др. Опосредуя и суггестируя понятие «код», давая конкретное, условно-научное объяснение процесса «кодирования», подкрепляя его непонятными физическими (стрессовыми) манипуляциями, врач заставляет больного поверить в реальность и неотвратимость лечебного вмешательства.

107

Подчеркивая необходимость полного воздержания от приема спиртного и неотвратимость «наказания» в случае нарушения этого условия, некоторым больным сообщаются утешительные сведения, что через 10—15 лет они смогут иногда в дружеском застолье употребить какое-то количество спиртного, как любой здоровый человек.

Наряду с примерами полного излечения, по типу противопоставления, больным сообщается о смертельных исходах при употреблении спиртных напитков в период действия «кода».

Некоторым пациентам могут быть известны случаи нарушения запрета, естественно, не повлекшие за собой гибели больного. Необходимо подчеркнуть неотвратимость «срабатывания кода» в более позднем периоде (инсульт, инфаркт миокарда и др.) и необходимость быстрого «раскодирования» этих лиц.

Заключительные внушения этого этапа проводятся примерно следующим образом: «Вы теперь полностью осведомлены об опасности нарушения сроков, в течение которых действует код. У вас есть два выхода: отказаться от лечения и вернуться к своему пьянству или прекратить и начать новую жизнь. Третьего не дано. Вы сами должны принять обдуманное решение о сроке кодирования: на год, два, пять, навсегда. Оно будет осуществлено согласно вашей свободной воле; нарушение его грозит катастрофой!»

В конце занятия врач отвечает на все возникшие вопросы, разрешает сомнения некоторых больных.

Третий этап (заключительный) лечения состоит в проведении физических манипуляций и психотерапевтического ритуала непосредственного «кодирования» больных алкоголизмом, т. е. представляет собой материализацию внушений. Он осуществляется в отдельном кабинете индивидуально с каждым больным. Оформление кабинета должно способствовать возникновению состояний напряжений и тревоги у пациентов, ожидания «специальных» манипуляций, которые ублажат их от недуга.

Больной допускается к этой процедуре только после дачи расписки следующего содержания: «Я (Ф. И. О.) предупрежден лечащим врачом о тех опасных для жизни последствиях, которые могут возникнуть случае употребления мною алкогольных напитков раньше, чем закончится срок кодирования. Я обязуюсь не употреблять никаких спиртных напитков, даже в минимальных дозах, до окончания срока кодирования или момента раскодирования врачом по моей просьбе. Буду строго выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача». Здесь же больной указывает срок кодирования.

Таким образом, деятельность абсолютного воздержания от приема алкоголя определяет сам пациент, но любой, даже минимальный (годовой) срок получает одобрение врача. Расписка пишется от руки, самостоятельно по официальному образцу. Типографским способом должно быть набрано только слово «Расписка» на специальном блан-

108

ке. Этот документ имеет не столько юридическое, сколько психотерапевтическое значение.

Начинается завершающее императивное внушение, которое осуществляется на фоне зрительной депривации (путем одномоментного принудительного закрытия глаз ладонью врача) и воздействия на вестибулярный аппарат (путем резкого забрасывания головы назад).

Затем производится кратковременное и энергичное раздражение тройничного нерва в точках выхода (зоны Валле)\*. Оно осуществляется энергичным пальцевым давлением в этих зонах в течение 2—5 секунд до ощущения боли.

Несколько секунд спустя, в положении с широко открытым ртом, больному мощной струей плацебопрепарата производится орошение зева и глоточного пространства, что сопровождается различными вегетативными нарушениями (поперхивание, кашель, тахикардия, слюнотечение и др.). Для этой цели используется хлорэтил, ампула которого обернута черной бумагой с эмблемой «смертельно опасно». Орошение производится в течение 1-2 секунд, при этом расходуется всего 0,2-0,3 мл препарата.

Больному предлагается сразу же прополоскать рот водой. Процедура кодирования длится 2-4 минуты. Необходимо отметить, что зона носоглотки обильно снабжена нервными окончаниями, сосудистой сетью и играет важную рефлексогенную роль, еще не до конца раскрытую современной медициной.

В ходе проведения манипуляционных процедур речь должна быть лаконичной и точной, отрывистой и громкой. Формула внушения следующая: «А сейчас я закладываю в ваш мозг специальный код". Он будет контролировать ваше поведение, ваше отношение к спиртным напиткам. С этого момента вы не имеете право употреблять любые алкогольные напитки. Любые дозы спиртного на время действия «кода» опасны. Нарушение запрета приведет вас к смерти».

Объективно испытывая необычные ощущения, находясь в условиях зрительной депривации и ограничения ориентировки, больной кратковременно впадает в состояние напряженного ожидания (стресс ожидания). Критика в этот период, как правило, отсутствует. Больной полагает, что в его

психику, «в каждую клеточку мозга», «в сознание и подсознание» уже заложено (или будет заложено) что-то весьма существенное и важное, которое по принципу действия взрывателя, обязательно сработает при употреблении спиртного.

Происходящий за закрытыми дверьми процесс «кодирования» продолжает своей «таинственностью» и значительностью суггестиро-

'Анатомическими ориентирами точек выхода тройничного нерва (точки Валле) являются: у верхнего внутреннего края глазницы; под глазницей - у переднего края нижней челюсти.

"Примечание: нейрофизиологическая трактовка лечебного эффекта этапа «кодирования».

109

иать ожидающих. Выходящие из кабинета больные тотчас покидают помещение. Очаг возбуждения, возникающий вследствие психотерапевтической «обработки» больного и вышеотмеченной процедуры кодирования» в отрицательных эмоциогенных структурах мозга, иступает в конкурентные взаимоотношения с патологической интеграцией влечения к алкоголю и по механизмам доминанты блокирует это влечение. По-видимому, этим и объясняется развитие полного безразличия к алкогольным напиткам у больных уже по окончании процедуры «кодирования» и отсутствие влечения к спиртному в отдаленном периоде лечения. Специальный анализ отдельных случаев рецидива заболевания позволил установить, что причиной срыва являются не влечение к спиртному, а различные экстремальные ситуации — «с женой поругался, хотел умереть...» и т.д.

При «кодировании» на минимальный срок — не менее года (приведу А. А. Токарского) — больной получает возможность выработать способы психологической защиты, прежде всего от привычного пьяного социального микроокружения. Этого срока вполне достаточно для нормализации семейных отношений, нарушенных межличностных контактов, восстановления достойного положения в производственном коллективе.

Поэтапные рекомендации врача больному и его родственникам на весь период действия «кода» отражены в специальной памятке и выдаются после окончания лечения. Через год больные приглашаются на юваторное «кодирование», которое, как правило, производится на 4-лет, а иногда — на «всюжизнь».

Полученные больным памятка и справка ф.54 являются как бы связывающим звеном, вещественными доказательствами проделанной процедуры лечения.

Методика, разработанная и применяемая автором, является разновидностью эмоционально-стрессовой психотерапии больных алкоголизмом. Она представляет собой рациональное сочетание психотерапевтических приемов, обращенных прежде всего к личности больного и материализованных рядом физиогенных воздействий. Эффективность методики в значительной мере определяется тем, что она представляет собой комплекс непрерывно следующих друг за другом приемов, повышающих внушаемость пациента как на предварительных (психическая индукция и сенсбилизация), так и на завершающих (физиогенные манипуляции) этапах психотерапевтического процесса. При этом вне гипноза как такового создается достаточно прочная доминанта в форме полного исчезновения влечения к алкоголю при одновременной актуализации, по принципу положительной индукции (в психологическом смысле) социально-ценных тенденций личности.

В 1980-1981 гг. метод апробировался в отделе наркологии Харьковской НИИ неврологии и психиатрии на бо́льшей группе больных алкоголизмом без их специального подбора.

110

### Приложение № 3

М. Е. Бурно Клиническая психотерапия

Я не раз подчеркивал: психотерапия должна быть разнообразной, лишь бы не была безнравственной. Пусть каждый психотерапевтический подход в бескрайнем психотерапевтическом поле относится к другим психотерапевтическим подходам-дорогам с серьезным уважением, потому что нас роднит, связывает в человечестве и то, чем мы не похожи друг на друга, — в том числе, своим душевным, духовным откликом на разные личностно-мироощущенческие или только технические способы психотерапевтического прикосновения к нам.

Мое противоалкогольное амбулаторное внушение в гипнотическом сне (в группе и наедине) (1986)



Привожу здесь в общих чертах содержание амбулаторной «гипнотической пес-ни» — краткое, сгущенное перечисление основных положений, которые развиваются в индивидуальных и групповых беседах с больными для выработки трезвеннической установки.

«Пусть, пусть звучит в душе справедливая гордость. Живутрезво, совершенно трезво, с убежденностью, что не выпью никогда, нисколько спиртного. Только в этом, в абсолютной трезвости навсегда — спасение мое, иначе — конец. Достаточно смазать заржавевшие похмельные механизмы каплей спиртного, как они снова пагубно заработают — и еще пуще, разрушительнее. Либо жить совершенно трезво, трезвыми радостями и заботами, либо — погибать. Третьего — нет. Это уже не жизнь, когда человеку все равно, что будет с ним, с его делом, с его близкими. Это нравственная гибель, это уже ходячие трупы. Нет, я не дошел (не дошла) до этого слабоумного состояния. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Вот оно — спасение мое. У меня теперь есть будущее. Но всегда помню важное для меня: проклятое влечение к спиртному сидит во мне, примялось побитое, склонило голову свою, уползло в нору свою, но по временам может давать себя знать. Очень важно всегда помнить, как дает себя знать больное влечение, чтобы понимать, что происходит, и знать, как действовать.

Во-первых, больное влечение к спиртному может давать себя знать откровенным желанием выпить, особенно в обстановке хмельного застолья, когда на столе бутылки и предлагают, просят выпить, наливают спиртное в стакан, бокал, рюмку. Вот тогда, случается, засосет под ложечкой, выпить захочется, и уже лезут в голову предательские мысли: а может, попробую, может, получится пить понемногу. Нет, не получится! Ни капли спиртного, никогда! Я же хорошо знаю, что будет, ежели выпью. Будет снова алкогольное болото, и неизвестно, выберусь ли из него в другой раз и с какими потерями выберусь, если выберусь. Нет, не самоубийца я. Никто не нальет мне насильно спиртного в рот, а сам я (сама я) не выпью. Тот, кто протягивает мне спиртное, — это мой самый злой враг. Брови сдвину и покажу решительно, что уговаривать меня бесполезно. А если в душе неуверенность — то бежать, бежать подальше от этого места, где можно выпить, и вспоминать кромешную жуть, трагедию прошлого своего пьянства.

111

Но проклятое влечение дает себя знать и другими, тайными способами.

Случается, испортится настроение. Как-то кисло, тревожно, тоскливо, муторно надует. И кажется в это время: а есть ли алкоголизм и в этом ли дело? Воттяж-ко, скверно на душе. Вот истинное страдание, вот отчего избавиться бы! Выпить, что ли, чтоб легче стало? Стоп! Это работает больное влечение к спиртному, это оно переделось в одежды тоскливости, это оно таким образом просит-требуется своего. Очень важно вот тут схватить его за шиворот: я знаю, это ты, ты меня не проведешь, ни капли ни выпью, никогда; в любом скверном настроении смогу отказаться от спиртного, потому что знаю, что именно происходит сейчас со мной. А когда столько знаешь про себя — сорваться непростительно.

А бывает, найдется снетлое, радостное настроение. И чувствуется в это время ка-кая-то необыкновенная свежесть. Кажется: вот оно — полнейшее здоровье! Вот теперь смогу пить спиртное понемногу. Раньше, да, не смогу (несмогла), а теперь смогу, чувствую, что смогу. И танец легких, беспечных мыслей в голове: ну, подумаешь, чего там, ничего плохого не случится, ежели выпью бокальчик шампанского. Стоп! Это опять больное влечение к спиртному. Это оно переделось в одежды беспечного легкомыслия, телесной свежести и таким образом просит-требуется своего. Ни капли! Никогда! Я знаю, что будет, если пойти на поводу у этой змеи: снова тря-сучка запоя, больное алкогольное болото и неизвестно, выберусь ли...

А бывает так, что человек, будто механически, невольно, заходит в магазин, покупает вино, наливает потом в стакан, пьет и только после нескольких глотков спохватывается: мне же нельзя спиртного, нисколько, никогда. Это опять работает больное влечение. Это оно устраивает такие бездумные поступки. Но если знать, что такое может случиться, тревожно помнить об этом, этого никогда не случится.

Проклятое влечение живет во мне, и я постоянно должен (должна) следить за собой: не подняло ли оно поганую голову свою. И если приснится сон про бутылку, что пью спиртное и ничего себе, все в порядке, — тогда особенно осторожным (осторожной) надо быть: это больное влечение ворочается, показывает подобные сновидения и таким образом просит-требуется своего. Нет, не проведет меня болезнь моя. Нисколько спиртного! Никогда! И тогда у меня есть будущее. Будет хорошее в моей жизни. И будут всякие неприятности. Куда же от них денешься. Но и неприятности — по-человечески, с чистой, безалкогольной кровью, без отравленности. И много

хорошего будет в жизни моей. Но пусть пребудет во мне благородный страх: а вдруг проведет меня болезнь моя, влечение проклятое? По-думать только — как легко сорваться!.. Пусть этот благородный страх поможет жить в полной трезвости».

112

#### **Приложение № 4**

**Министерство здравоохранения СССР Управление специализированной медицинской помощи**

**Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом**

Методические рекомендации

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель начальника Управления

специализированной медицинской

помощи Минздрава СССР

В. Ф. ЕГОРОВ

Юфевраля 1989 г. №103/2-4.7

Приказ министра здравоохранения № 850 от 25.06.85 «О мерах по пре-одолению пьянства й алкоголизма» ставит перед органами здравоох-ранения задачу по широкому применению психотерапии в лечении алкоголизма, а также по изысканию новых противоалкогольных средств и методов.

Впрактической наркологии последнихлет вобщем комплексе ле-чебных мероприятий достаточно широко используется психотерапев-тическое опосредование.

Метод опосредованной психотерапии давно применяется при ле-чении соматическихрасстройств.

Поданным Б. Е. Вотчала (1965) эф-фективность индифферентных средств (плацебо) составляет 35,7%.

В клинике неврозов приемы косвенного внушения известны как «маска Шрайбера» (А. Л. Шрайбер, 1958) при лечении истерических моносимптомов. На этом же основании использование разнообразных способов вооруженного внушения — Курпозе агтее при истерическом сурдомутизме (Р. А. Зачепиский, 1979).

Таким образом, иногда, по механизму косвенного внушения, так называемому «плацебоэффекту», все лечебное воздействие от приме-ненного фармакологического препарата или иного средства объясня-ется психическим влиянием (Н. В. Мясичев, 1979).

Использование в наркологической практике «подшивок», «подса-док», методов, именуемых «Торпеда», «Целлит», «Квантосил», «Витален» (В. А.Рязанцев, 1981), «ВИС», имплантация плаценты (В. И. Сухоруков, 1983) содержит в своей основе механизмы косвенного внушения.

113

Психотерапевтическое опосредование в виде различных «депониро-інных» методов всегда предусматривает специфическую атрибутифика-ию («сложные» манипуляции, процедура хирургического вмешательства, необычность названия препарата, его «новизна» и пр.). Особенно іачима выраженность личностной установки больного на лечение из-істраха возникновения «тяжелых и опасныхдля жизни последствий».

Предлагаемый способ лечения алкоголизма основан на сочетанном рименении психотерапевтического опосредования и механической :флексотерапии пролонгированного действия, достигаемого путем мплантации сферулы из металла медицинского назначения в биоло-ічески активную зону теменной части головы. Зарегистрирован в Го-дшрственном реестре изобретений СССР, приоритет№ 3986616/28-Ц146179)A61 H 39/00 21.10.85 г.

Обоснование метода

Известно, что по средней линии головы, включая теменную область, цет наружный ход XIII (заднесрединного) меридиана. Воздействие на эчки этого меридиана способами рефлексотерапии используется при гчении неврологических и психопатологических синдромов, в том исле и аффективных (Д. М. Табеева, 1980). С другой стороны, отдель-ые участки кожи головы представляют проекционные зоны многих нутренних органов, а также симпатической и парасимпатической ервной системы (В. С. Вельховер, Г. В. Кушнир, 1983). Лечебное воз-ействие на точки головы получило название краниocereбральной ли скальповой акупунктуры. Благодаря этой методике достигнуты оложительные результаты в лечении некоторых заболеваний цент-альной нервной системы.)\*

В топографическом отношении область имплантации сферулы со-тветствует зонам,

представляющим вегетативную нервную систему, атология которой в виде различных дизэнцефальных нарушений в клинике алкоголизма давно известна.

Кроме того, избранная для имплантации сферулы анатомическая область имеет для больного и большое психотерапевтическое значение.

Сферула, находящаяся под кожей головы, не только оказывает прес-орное воздействие на биологически активную зону, подавляя болезнен-ое влечение к алкоголю, но еще оказывает и аутогипнотическое воздей-ствие, формирующее длительное отрицательное отношение к алкоголю.

Методы лечения иглоукалыванием в голову (скальпотерапия). Методические рекомендации МЗ СССР, Четвертое главное управление. М., 1981.

114

#### Методика лечения

После завершения подготовительного этапа лечения, направленного на нормализацию деятельности всех органов и систем, с больным, изъявившим желание пролечиться данным методом, проводится установочная психотерапевтическая беседа примерно следующего содержания: «Известно, что на коже теменной части головы имеется биологически активная зона, являющаяся проекцией, т. е. «центра удовольствия». Этот центр у больных алкоголизмом находится в постоянно активном состоянии, в связи с чем возникает влечение к алкоголю и возобновление пьянства. Подавить активность этого центра возможно, если на него через проекционную зону воздействовать, вживляя в кожу сплав металла, изготовленного по особой рецептуре. Длительное нахождение в тканях этого сплава, воздействуя на биологически активную зону, подавляет потребность в алкоголе. Для предупреждения влечения к алкоголю, в целях профилактики (перед посещением гостей, праздника-ми, получением зарплаты и др.) достаточно помассировать область им-плантации в течение 3—5 минут, чтобы влечение не возникло, а возник-шее влечение легко исчезает при проведении тех же действий».

Для усиления эффекта лечения проводится прием опосредованной психотерапии, создающий состояние длительной эмоционально-стрессовой возбудимости: «При возобновлении пьянства возникают чрезвычайные тяжелые осложнения. Особенность этих осложнений заключается в том, что они проявляются не сразу, а постепенно, достигая максимума через 2-3 месяца и вызывая труднообратимые изменения во внутренних органах и нервной системе, могут закончиться смертью».

Психотерапевтическая беседа проводится в присутствии родственников, и после ее окончания больной дает письменное согласие-расписку на проведение лечения этим методом (аналогично расписке, выдаваемой при лечении методом «Эспераль»).

Не позже следующего дня после проведения психотерапевтической беседы в процедурной комнате у больного с помощью аппарата для выхода точек акупунктуры определяется биологически активная зона, расположенная в центре расстояния между точками 20ХIII бай-хуэй и 22ХI11 синь-хуэй. Голова должна быть предварительно вымыта и высушена. Место локализации зоны выбривается в диаметре 2-2,5 см и обрабатывается 2-5%-ной настойкой йода.

Подготовленная область имплантации обкладывается стерильными салфетками и инфильтруется 0,5% раствором новокаина до образования «лимонной корочки». Линейный разрез кожи и подкожной клетчатки — 0,5 см. В образовавшийся карман под биологически активную зону имплантируется сферула диаметром 2-3 мм, изготовленная из металлов, применяющихся в медицинской практике для длительного оставления в тканях и не оказывающих токсического воздействия.

115

В этих целях можно, например, использовать шарики для цуботерапии, имеющиеся в наборах для иглотерапии, изготавливаемых на Ка-инском медико-инструментальном заводе.

Гемостаз осуществляется прессажом, закрытие отверстия препарата «фуропласт» или медицинским клеем БФ-6. Вся процедура проводится с соблюдением правил асептики и антисептики.

Пальпаторное определение под кожей твердого образования создает у больных уверенность в том, что сферула действительно имплантирована.

Установка на продолжительность действия имплантата может быть индивидуализирована в зависимости от социального и клинического статуса больного, но не менее чем на срок 2-3 года. Опосредованное внушение возможности появления осложнений после возобновления пьянства поможет врачу при возникновении рецидивов психотерапевтически «выиграть» уже имеющиеся у больного сомато-неврологические девиации.

После окончания установленного срока действия имплантата ферула по желанию больного может быть извлечена или заменена новой.

Предлагаемый способ является, по существу, завершающим этапом комплексного лечения алкоголизма (симптоматическая терапия, витаминотерапия, оксигенотерапия, физиотерапия, нейролептическая терапия, препараты ноотропного действия). В программу лечения могут быть включены общеизвестные психотерапевтические методы групповая психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка и др.). Аверсионные и сенсibilизирующие методы нежелательны.

Подбор больных для лечения предлагаемым методом должен основываться не на формальной терапевтической готовности, а на выявлении истинных мотивов, побудивших больного к лечению. Желательно при этом проведение психологического тестирования для выявления латентной анозогнозии. Основными критериями при подборе больных является психическая и социальная сохранность, достаточно высокая степень внушаемости и непоколебимая вера в эффективность избранного метода лечения. При нечетко выраженных трезвеннических мотивациях, при нарушении их дифференцировки, при выявлении латентной анозогнозии прибегать к предлагаемому методу не следует.

Абсолютными противопоказаниями к лечению являются безуспешное применение депонированных методов в прошлом, а также проявления органического психосиндрома с выраженными аффективными и интеллектуально-мнестическими расстройствами. Соматических противопоказаний нет.

Лечение может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, но не ранее 10-14 дней по минованию абстинентного синдрома. После выписки из стационара районный нарколог должен быть информирован о рекомендациях по сохранению психотерапевтического базиса предлагаемого метода лечения.

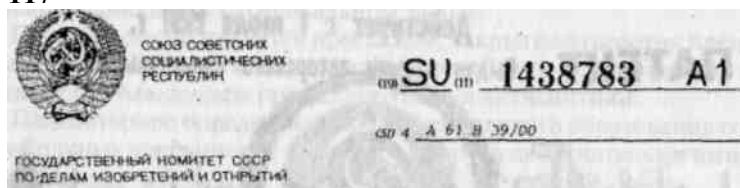


Приложение № 5



МПФ Гипочка. 1073, Зав. 75-3083.

117



ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ  
К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

(21) 3986616/28-14

(22) 21.10.85

(46) 23.11.88. Бюл. \* 43

(75) В.П.Гиядин

(53) 615.45(088.8)

(56) Авторское свидетельство СССР Н» 874060, кл. А 61 Н 39/00, 1981.

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛ-КОГОЛИЗМА

(57) Изобретение относится к медици-не, хасается нархологии. Цель изобре-тения - сокращение сроков лечения.и удлинение ремиссии заболевания. Для этого наряду с рефлексотерапией про-водят купирование абстинентного сннд-рома, медикаментозную терапию для

нормализации деятельности всех органов и систем, включая психофармакологические препараты и физиотерапию, затем подкожно подшивают имплантат в виде сферулы в зону, расположенную в центре расстояния между точками Сай-хуэй (20.П) и Сикь-хуэй (22.П), с последующим массажем ее при возникновении влечения к алкоголю. Способ нетоксичен, не вызывает асептического воспаления,<sup>1</sup> не дает побочных эффектов. Продолжительность терапевтических ремиссий достаточно высока (около 802). Применение способа подавляет влечение к алкоголю как спонтанно, так и при пальцевом массаже области имплантации.

118

1

.H38783

Изобретение относится к медицине» в частности к наркологии.

Цель изобретения - сокращение сроков лечения и удлинение ремиссии за счет, болевания.

Пример 1. Больной В-в, 1926 г.р. Состоит на учете в наркологическом диспансере с 1965 г. Диагноз - хронический алкоголизм, II развернутая стадия. Неоднократно лечился амбулаторно с кратковременным эффектом. Четырежды лечился в наркологических стационарах различными методами противояльной терапии. Терапевтические ремиссии не превышали 1-1,5 г, Рецидив наступал в связи с возникшим влечением к алкоголю. Поступил на стационарное лечение в наркологическое отделение в связи с возникшим за 20 лет 18.11.83 г. План лечения предусматривал проведение 3 этапов, Подготовительный этап был направлен на купирование абстинентного синдрома, нормализацию деятельности всех органов и систем путем назначения известных медикаментозных средств, включая психофармакологические препараты, "а также физиотерапии. На всем протяжении подготовительного этапа с больным проводилась индивидуальная психотерапия. После ознакомления с условиями предполагаемого лечения и существом способа было получено согласие больного на проведение этого вида лечения. 14.12.83 г. был проведен терапевтический этап лечения, заключающийся в имплантации сферулы. В процедурной комнате после мытья и высушивания головы аппаратом для нахождения точек акупунктуры определялась избранная зона. Место нахождения зоны выбиралось в диаметре 2-2,5 см и обрабатывалось 2-5%-ным раствором йода. Подготовительная область имплантации обкладывалась стерильными салфетками и инфильтрировалась 0,5%-ным раствором новокаина до образования "лимонной корочки". Проводился линейный разрез кожи и подкожной клетчатки размером 0,5 см. В образовавшийся карман имплантировалась сферула диаметром 3 мм, изготовленная из металла медицинского назначения. Гемостаз осуществлялся прессажом, закрытие отверстия препаратом "фуроспал" или медицинским клеем БФ-6. Вся процедура проводилась с соблюдением правил асептики и антисептики.

На завершающем этапе продолжалась целенаправленная психотерапия с формированием установки на продолжительность действия способа в течение 5 лет и разъяснением основных приемов аутопрофилактики рецидивов и купирования влечения к алкоголю, а также возможных тяжелых осложнений при несоблюдении режима трезвости. Больному было объяснено, что по истечении установленного срока сферула по его желанию может быть извлечена 23.12.86 г. После отторжения корочки больной был выписан. Катамнез через 1 г. 8 мес и 2,5 г. Ведет трезвый образ жизни. Влечения к алкоголю не испытывает.

Пример 2. Больной Г-в, 1935 г. Состоит на учете в наркологическом диспансере с 1971 г. Диагноз - хронический алкоголизм, II развернутая стадия. Неоднократно лечился амбулаторно. Без эффекта. Трижды лечился в наркологических стационарах аверсионными и сенсibiliзирующими методами. Продолжительность терапевтических ремиссий 6-7 мес. Рецидив наступал в связи с compulsивным влечением к алкоголю. 01.11.83 г. поступил на стационарное лечение в состоянии выраженной абстиненции. Узнав о применении способа, настойчиво просил проведения именно этого лечения.

14.12.83 г. произведена имплантация сферулы. 23.12.83 г. после отторжения корочки больной был выписан. Катамнез через 1 г. 8 мес и 2,5 г. Ведет трезвый образ жизни. В течение ремиссии первого года дважды возникало интенсивное влечение к алкоголю, которое после 5-минутного массажа области имплантации исчезало. В последующем влечение к алкоголю не возобновлялось.

Пример 3. Больной П-в, 1953 г. Состоит на учете в наркологическом диспансере с 1979

г. Диагноз - хронический алкоголизм, II развернутая стадия. Неоднократно лечился амбулаторно, дважды стационарировался в наркологические отделения, где проводилась аверсционная и сенситизирующая противоалкогольная терапия. Продолжительность терапевтических ремиссий не превышала I г. Рецидив возникал в связи с возникшим влечением к алкоголю. Поступил на стационарное лечение

01.02.84 г. в связи с рецидивом лян-

119

3

143878

ства. После минования абстинентных явлений и проведения подготовительно-го *этапа* терапии больному было предложено лечение предлагаемым способом с объяснением механизмов действия сферулы. После получения согласия на проведение лечения способом '16.03.84 г. больному имплантировали сферулу. 23.03.84 г. после отторжения корочки был из отделения выписан. Катмнез через 1 г. и через 2 г. Зедет трезвый образ жизни. Влечение к алкоголю не возникало. За несколько дней до возникновения "кризисных ситуаций" (дни получения заработной платы, праздники и пр.) прибегает к массажу области имплантации, что придает чувство уверенности в собственных силах.

20

Лечение проводилось в условиях наркологического отделения в период с декабря 1983 по март 1984 г. Методике было подвергнуто 39 мужчин в развернутой стадии хронического алкоголизма, преимущественно среднего возраста. Из них 17 лечилось по поводу алкоголизма в стационарных условиях в первый раз, 13 - повторно, 6 - в третий раз, 1 - в четвертый раз, 2 - в пятый раз. Специальный подбор больных не проводился. Катмнез изучался в апреле 1985 г., т.е. через 1-1,5 г. Проводилось анкетированием со стандартным набором вопросов.

Анкета заполнялась врачом психиатром-наркологом со слов больного, подтвержденных родственниками.

При этом установлено, что после

проведения лечения в состоянии ремиссии (продолжительность от 1 до 1,5 г.) находятся 30 больных, 9 вернулись к употреблению алкоголя в сроки от 1 до 3 мес, от 3 до 6 мес - 3, от 6 до 12 мес - 2.

При анализе анкет больных с продолжительностью ремиссии более 1 г. установлено, что у 2) больного проигнорирование имплантации не вызвало никаких субъективных ощущений, у 9 больных с разной продолжительностью, но не более 1-2 дн после имплантации наблюда-

ВНИИПИ Заказ 5991/8

Произв-полмгр. пр-тие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4

3

лись преходящие головная боль и головокружение. Как правило, больные не придавали большого значения испытываемым ощущениям и обходились приемом анальгетиков. У 21 больного этой группы влечение к алкоголю после проведения имплантации не возникало. У 9 больных оно появилось в разные сроки, не превышающие 6 мес с момента имплантации, причем у 2 больных влечение переживалось во сне. Массаж области имплантации помог купировать влечение к алкоголю в 4 случаях, в 3 случаях влечение этим способом не купировалось и исчезало спонтанно, 2 больных вообще не прибегли к массажу области имплантации.

В 14 случаях запах алкоголя после имплантации вызывал неприятные ощущения: тошноту - у 11, головокружение - у 2, удушье - у 1. В 16 случаях запах спиртного не вызывал никаких ощущений.

Таким образом, предлагаемый способ нетоксичен, не вызывает асептического воспаления и побочных эффектов, продолжительность терапевтических ремиссий достаточно высока (около 80%), что в 2-8 раз больше, чем при лечении известным способом, обладает способностью подавлять влечение к алкоголю как спонтанно, так и при ладцевом массаже области имплантации, формирует состояние лечебной эмоциональной возбудимости через психотерапевтическое опосредование возможных тяжелых последствий рецидива.

Формула изобретения

Способ лечения хронического алкоголизма путем рефлексотерапии, отличающийся тем, что, с целью сокращения сроков лечения и удлинения ремиссии заболевания, подкожно подшивают имплантат в виде сферулы в зону, расположенную в центре расстояния между точками бай-хуэй (20.XIII) и синь-хуэй (22.XIII), с последующим массажем ее при возникновении влечения к алкоголю.

Тираж 655 Подписное

120

**Информация для пациентов**  
**Стрессопсихотерапия зависимостей**  
**от психоактивных веществ**  
**(алкоголь, табак, наркотики).**

В незапамятные времена, на заре современной цивилизации, когда не существовало еще медицины как отрасли человеческих знаний, люди для исцеления недугов обращались к служителям религиозных культов (жрецам, колдунам, шаманам и пр.), использовавшим при лечении не только травы, благовония, игру свиста, музыку, но и чрезвычайно сильное воздействие на психику человека (заклинания, молитвы). Находясь, по существу, под гипнотическим воздействием, больной освобождался от болезненных симптомов.

Многие тысячелетия ученые стремились разгадать тайны психической деятельности человека.

Еще древнегреческий философ Платон утверждал, что человеческий мозг способен вырабатывать энергию в виде «эйдосов» (мыслеформ), способных внедряться в мозг другого человека и оказывать на него определенное воздействие.

В конце XVIII века во Франции врач Антон Месмер разработал теорию всепроникающего «магнетического флюида». По его представлениям этот флюид является некоей субстанцией, способной проникать из одного человеческого мозга в другой. А. Месмер явился, по существу, родоначальником научного явления, названного впоследствии гипнозом. В 1813 году последователь Месмера аббат де Фариа в своем труде «Светлый сон» явил миру разновидность гипноза, названного им «фасцинацией», или завораживанием. При этом способе гипнотизации больного не нужно было погружать в сон. Достаточно было пристально смотреть в глаза пациенту и твердо, четко произносить лечебные внушения.

С позиций современной науки биоэнергетики и Платон, и Месмер были правы, доказывая существование материальной субстанции, вырабатываемой человеческим мозгом и способной проникать в мозг другого человека.

Исследования последних десятилетий открыли природу психической энергии человека. Действительно, человеческий мозг вырабатывает энергию в виде частиц материи — лептонов, образующих лептонное поле. Проявления лептонной энергии — мысли и слова передаются от одного человека к другому, т.е. осуществляется энергоинформационный обмен.

Человеческий мозг представляет из себя компьютер, в который можно ввести любую программу.

На этом явлении основан широко распространенный метод «кодирования», предложенный еще в 60-х годах прошлого века врачом А. Р. Довженко. При использовании метода «кодирования» удается заблокировать («закодировать», «запрограммировать») определенные участки мозга, ответственные за появление различных видов зависимостей от психоактивных веществ, вследствие чего на установленный срок подавляется влечение к алкоголю, табаку, наркотикам.

Для усиления эффекта «кодирования» при лечении алкоголизма дополнительно вводятся т.н. «лекарственные стабилизаторы» под названием «Пролонг», «Наркоблокатор», «Карид Зузетз».

После проведения лечения алкоголизма методом стрессопсихотерапии необходимо строго соблюдать режим трезвости во избежание возникновения тяжелых и опасных для жизни последствий.

121

**Информация для пациентов.**  
**Новый способ лечения алкоголизма и наркомании «Кристалл»**  
(Государственный патент России № 1438783)

Известно, что успехи медицины в лечении алкоголизма и наркоманий ничтожны. Все новые и новые лекарственные средства, вначале вселяющие надежду на излечение, обрекаются на провал. Объясняется это тем, что влечение к алкоголю и наркотикам остается подавленным. Это влечение тесно связано с настроением — ведь выпить или «уколоться» хочется чаще всего тогда, «когда на душе плохо». Подавляющее большинство людей способны регулировать свое настроение по собственной воле. Например, получить удовольствие от общения с друзьями, чтения интересной книги, хорошего спектакля, концерта, занятий спортом, охоты, рыбалки и прочего. Человек же, пристрастный к алкоголю или наркотикам, поднять свое настроение не может, так как в силу неизвестных пока причин он лишен природного регулятора настроения. Поэтому первостепенная задача медицины заключается в создании регулятора, выравнивающего настроение и подавляющего потребность в алкоголе и наркотиках.



Новая наука биоэнергетика свидетельствует о том, что любой человек имеет биополе, в основе которого лежит механизм передачи информации живыми клетками по энергетическим каналам, пронизывающим все органы и системы человеческого организма. Эти каналы имеют выход в строго определенные точки на коже, так называемые «биологически активные зоны». Если на биологически активную зону воздействовать биополем врача или активизировать биополе больного другим способом (иглоукалывание, прижигание, точечный массаж, луч лазера и прочее), то можно получить достаточно быстрый лечебный эффект в пораженном болезнью органе. Регуляторы настроения находятся в подкорковых областях мозга и энергетически связаны с биологически активной зоной, расположенной на коже теменной части головы.

Для выравнивания настроения и подавления болезненного влечения к алкоголю и наркотикам под кожно-теменную часть головы вживляется сферула диаметром 3 мм, изготовленная из сплава металлов по специальной рецептуре. Сферула играет роль «магического кристалла», в котором генерируются энергетические потоки, создающие постоянное биополе с целенаправленным действием на центры настроения. Иными словами, происходит биоэнергетическая блокада зависимости от психоактивных веществ.

Метод высокоэффективен и не имеет аналогов в мировой практике. Особенностью лечения является то, что «Кристалл» не только подавляет потребность в алкоголе и наркотиках, но и при массаже области имплантации улучшает настроение, вызывает чувство бодрости, прилива сил, избавляет от головной боли, улучшает сон. «Кристалл» чрезвычайно чувствителен к алкоголю и наркотикам. Один только запах спиртного или перегара вызывает у многих излечившихся головную боль, тошноту, удушье, иногда при этом в области имплантации появляется чувство шевеления, пульсации, набухания. Употребление алкоголя чревато возникновением тяжелых последствий (ослабление зрения, нарушение половой функции, повышение внутричерепного давления и прочее). Осложнения после употребления алкоголя могут возникнуть сразу же или в отдаленном периоде, иногда даже через 3-4 месяца.

При возобновлении употребления наркотиков привычная доза уменьшается

122

в десятки раз. Поэтому часто возникает передозировка, ведущая, как известно, к гибели наркомана.

«Кристалл» — это метод с принципиально новым механизмом действия, поэтому дает положительный результат даже в тяжелых случаях алкоголизма и наркомании, там, где лечение другими методами не дает эффекта. Побочных действий после имплантации «Кристалла» не наблюдается. «Кристалл» оказывает свое воздействие в течение всей жизни пациента, но может быть извлечен по его желанию.

Метод изобретен омским врачом Гиндиным Валерием Петровичем, прошел клинические испытания в ряде центральных научно-исследовательских институтов, защищен Государственным патентом России, разрешен к применению Мин-здравом, одобрен Научно-исследовательским институтом наркологии для использования в лечении опийных наркоманий.

#### **Использованная литература**

1. Авдеев Д. А. В помощь страдающей душе. М.: Русский хронограф, 2000.
2. Автономова Н. С. В кн. Л. Шертока и Р. де Соссюра «Рождение психоанализа». М., 1991.
3. Алексеев В. Не вымысел — правда. Росс. газ. 31.05.96.
4. Аткинсон В. Сила мысли. М., 1995.
5. Барашков А. Лептонная концепция мироздания — синтез науки и религии // Наука и религия. 1992. № 4-5.
6. Батуев А. С. Эволюция лобных долей и интегративная деятельность мозга. М.: Медицина, 1975.
7. Белоусов Р. Из родословной героев книг. М.: Сов. Россия, 1974.
8. Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. Л.: Наука, 1980.
9. Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л.: Медицина, 1974.
10. Бехтерева Н. П. О мозге человека. СПб.: Нотабене, 1994.
11. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. СПб., 2001.
12. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. М., 2000.
13. Буянов М. И. Дюма, гипноз, спиритизм. М.: Русь-фильм, 1991.
14. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от

психоактивных веществ. М.: Нолидж, 2000.

15. Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М.: Класс, 1998.
16. Встречи с доктором Кашлировским. Сборник статей. М., 1990 г.
17. Гиндин В. П. Способ лечения хронического алкоголизма. Патент № 1438783, А61 Н 39/00, 22.07.88 г.
18. Гиндин В. П. Сочетанное применение психотерапии и рефлексотерапии при лечении больных алкоголизмом. Методические рекомендации. М.: МЗ СССР, № 103/2-47, 10.02.89 г.
19. Гиндин В. П. Оригинальная сочетанная методика психорефлексотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. 2000. № 3. С. 27-28.
20. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. М., 1987 г.
21. Гумилев Л. Н. Чтобы свеча не погасла. Л., 1990 г.
22. Горбовский А. А. Другая жизнь? М.: Знание, 1992. № 4-5.
23. Джиджарьян И. А. Представление о счастье в российском менталитете. СПб., 2001.
24. Довженко А. Р. Некролог // Вопросы наркологии. 1995. № 1. 123
25. Доктор Дар. // Наука и религия. 1987. № 3.
26. Дубров А. П., Пушкин В. Н. Парапсихология и современное естествознание. I-II, 1989.
27. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. М., 1999.
28. Зеневич Н. В., Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. М., 1965.
29. Исаков Б. И. Квантово-статистическая биоэнергоинформатика и лептонно-электромагнитная (ЛЭМ) гипотеза // Проблемы статистики и экономического моделирования. М., 1988.
30. Исаков Б. И. Квантово-статистическое моделирование биоэнергетических явлений и лептонная гипотеза о природе физических полей биообъектов в В сб. Проблемы статистики и эконометрического моделирования. М., МИНХ, 1987.
31. Казначеев В. П., Михайлова Л. П. Сверхслабые излучения в межклеточных взаимодействиях. Новосибир.: Наука, 1981.
32. Казначеев В. Н., Михайлова Л. П. Биоинформационная функция естественных электромагнитных полей. Новосибир.: Наука, 1985.
33. Как молиться об исцелении недуга пьянства. Сб. Владимир, 2001.
34. Кандыба В. М. с автор. Реальная история России. СПб., 1997.
35. Каструбин Э. М. Трансовые состояния и «поле смысла». М.: КПС, 1995.
35. Кашпировский А. М. Групповая неспецифическая психотерапия. М.: ТЕК, 1993.
37. Ключевский В. Ю. Собрание сочинений. М., 1990. Т. IX.
38. Кондрашенко В. Т., Донской Д. И. Общая психотерапия. М., 2001.
39. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. М., 1962.
40. Коуплан Р. Гипноз. Практическое руководство. СПб.: Питер, 2000.
41. Кочетков Г. Тревога, страх и депрессия в переживаниях верующих. Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств. Приложение к независимому психиатрическому журналу. М., 1998.
42. Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М., 1971.
43. Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., 1995. 43а. То же, изд. 2-е, М., 2000.
44. Луцик А. А. с авт. В сб. Социум современности и психическое здоровье. Сб. Новокузнецк-Томск, 1998.
45. Магалиф А. Ю. Побочные явления и осложнения, возникающие при лечении больных алкоголизмом с помощью некоторых методик эмоционально-стрессовой психотерапии. Клиническая психотерапия. Приложение к Независимому психиатрическому журналу. М., 2000.
46. Методы лечения иглоукалыванием в голову (скальпотерапия). Метод. рекомендации МЗ СССР. М., 1991.
47. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. М., 1999.
48. Методические рекомендации по коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма МЗ СССР. М., 1975.
49. Минутко В. Л. Справочник психотерапевта. М., 1999.
50. Нажиловский А. И., Шишков В. В. Практическая психотерапия. СПб.: Питер, 2001.
51. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Методические рекомендации МЗ СССР. М., 1984.
52. Отец Александр Мень отвечает на вопросы. М.: Фонд им. А. Меня, 1999.
53. Павловский А. Б. Необходимость психотерапевтических бесед социального работника с

- больным алкоголизмом об алкоголизме разрушении личности. Терапия духовной культурой. Приложение к Независимому психиатрическому журналу. М., 1999.
54. Пазилова В. П. Современна ли «Жрица Изида»? М.: Знание, 1991. № 9.
55. Правдивцев В. Полет в Зазеркалье // Совершенно секретно. 1999. № 12. 124
56. Протыко Т. С. В борьбе за трезвость. Минск, 1988.
57. Психотерапия. Кто есть кто? Справочник российских психотерапевтов. М.: Промстей, 1993.
58. Психотерапия. Учебник под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2000.
59. Размышления о России и русских. М., 1994.
60. Рожнов В. Е. Пророки и чудотворцы. М., 1977 г.
61. Ротенберг В. Сновидения, гипноз и деятельность мозга. М.: РОН, 2001.
62. Роут Б. Язык гипноза. М.: Эксмо-пресс, 2001.
63. Руководство по психотерапии под ред. проф. Рожнова В. Е. Ташкент, 1979.
64. Стариков Е. Н. Общество-казарма. Новосиб., 1996.
65. Сборник афоризмов. Сост. Андреев Д. П. М.: Ниола 21 век, 2001.
66. Свядош А. М. Неврозы. М., 1982.
67. Свядош А. М. Психотерапия. Учебник. СПб., 2000.
68. Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1983.
69. Словарь иностранных слов и выражений. М., 2000.
70. Смахова И. Академик Казначеев в разных измерениях // Общая газета. 1998. №48.
71. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1973.
72. Советский энциклопедический словарь. М., 1989.
73. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., 1980.
74. Теппервайн К. Высокая школа гипноза. М.: Крон-Пресс, 2001.
75. Талисманы и судьбы. М., 1996.
76. Толстой А. К. Стихотворения. Л., 1958.
77. Труды 1 Всероссийского съезда по борьбе с пьянством. СПб., 1910. Т. II.
78. Устюжанина О. Доктор Дар // Наука и религия. 1987. № 3.
79. Чернетцкий А. В. с авт. Модслирование полей живых организмов (технические аспекты рефлексотерапии и системы диагностики). Калинин: КГУ, 1984.
80. Чернетцкий А. В. Энергетика биоэлектронных процессов. Сб. М., 1983.
81. Шерток Л. Гипноз. М., 1999.
82. Шерток Л., Де Соссюр Р. Рождение психоаналитика. М., 1991.
83. Энтин Г. М., Крылов Е. Н. Клиника и терапия алкогольных заболеваний. М., 1994. Т. I.
84. Энтин Г. М. Опосредованная психотерапия больных алкоголизмом. М., 1997.
85. Энтин Г. М. Где лечиться по Довженко? // Трезвость и культура. 1989. № 12.
86. Семененя И. Н. Феномены жизни в аспекте полевой организации природы. Гродно: Свет, 1997.
87. Мишлав Д. Корни сознания. Киев, 1995.
88. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. проф. Б. Д. Карвасарского, 2-е изд. СПб., 2000. 125

### Краткое послесловие

Автор завершил изложение своих взглядов и описание десятилетиями наработанных технологий. В этой необычной книге не только много практических советов и рекомендаций, но и целая большая жизньсамо-го автора и его пациентов. Мне довелось видеть и как работает автор и как благодарны ему пациенты, с различными формами зависимости.

В.П. Гиндин ярко демонстрирует ту самобытную клиническую психотерапию, которая сложилась в Советское время в нашей стране. Тот вариант психотерапии, родоначальником которого явился профессор В.Е. Рожнов.

Конечно, время неумолимо идет вперед и уже развиваются и другие подходы и концепции. Только отечественная клиническая психотерапия продолжает своё совершенствование и успешно выходит на международный уровень. Свидетельством этого является Европейский Сертификат Психотерапевта, врученный В.П. Гиндину, в числе немногих в России профессионалов, за полученный им результат и заслуги. Сегодня Гиндин В.П. включён в единый реестр профессиональных психотерапевтов Европы.

*Макаров В.В., д.м.н., профессор,*

Заведующий кафедрой психотерапии,  
медицинской психологии и сексологии РМАПО,  
президент Профессиональной Психотерапевтической  
Лиги Российской Федерации  
126

## Содержание

Предисловие .....	6
Пролог. Тайна «бронзового» аббата.....	8
Глава I. Истоки сознания.....	11
1. От фазовых состояний к «сумасшествию» на двоих.....	11
2. Эйдося, магнетический флюид, лептонный га;)--миф □ циматер □ 'я? ...	15
3. Отпіа теа тесит рогіо!.....	19
Глава II. Интервенционная психотерапия.....	22
1. Краткая история.....	22
2. Прямое внушение.....	24
3. Косвенное внушение.....	26
4. Плацеботерапия.....	27
Глава III. Реинкарнация доктора Бальзамо? (О феномене Кашиповского).....	31
Глава IV. Лик, лицо, личина (О мастерстве психотерапевта) .....	38
Глава V. Интервенционные стратегии в наркологии.....	43
Эмоционально-стрессовая гипнотерапия по В.Е. Рожнову.....	44
Этапы развития психотерапии алкоголизма.....	47
Глава VI. Мой опыт стрессопсихотерапии алкоголизма.....	56
Глава VII. История «Кристалла».....	70
Глава VIII. Интервенционная психотерапия и российский менталитет....	76
Глава IX. Православие и психотерапия.....	81
Эпилог.....	90
Приложения.....	93
Краткое послесловие.....	126

127

Профессиональная Психотерапевтическая Лига,  
крупнейшая русскоязычная организация психотерапевтов и кон-  
сультантов, объединяет в своих рядах профессионалов и обучающих-  
ся психотерапии и консультированию

Контактная информация:

телефоны (095)275-45-67; 8-901-750-51-08; (095) 502-42-75.

е-таіі: earconГ@таіl.ги; □ік\$аl@oppl.ги; □ік\$аl@p5yclиb.peI.

Сайты: ЬИр\ □□□□□.oppl.ги; Ьl lр\ □□□□□.рхусlиb.peI

Гиндин Валерий Петрович

Светлый сон аббата Фариа: *Очерки интервенционной психотерапии*

Художник: ГТ.П. Ефремов

Корректор: Л.Н. Гагулина

Компьютерная верстка: Ю.В. Балабанов

■

Лицензия ИД №01018 от 21 февраля 2000 г.

Издательство «ПЕР СЭ»

129366, Москва, ул. Ярославская, 13. к. 120

тел/факс: (095) 216-30-31

е-таіі: areg5e@p5yconl.га\$.ги

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК-005-093, том 2; 953000 —  
книги, брошюры

Подписано в печаті. 18 03 Формат 60х90/16. Печать офсетная. Гарншура Гаймс. Бумага Усл. печ.  
л. 8 Тираж 3000 экз. Закаі 112т



Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>