

Проф. Р. А. ЛУРИЯ

← Father of  
A.P. Luria

ВРАЧ и ПСИХОГЕНЕЗ  
НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Доклад на 100-м научном собрании врачей Гос. Института для  
усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

Сыну моему Александру. !

КАЗАНЬ  
1 - 9 - 2 - 8

Главлит ТССР № 84

Заказ № 1257

Тираж 200 экз.

---

Типография «Красный Печатник» Татполиграф, Казань, Казанская, 9.

## Предисловие.

Для доклада на 100-ом научном собрании врачей Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани я выбрал вопрос о том, может ли врач повредить своему больному. Само собою разумеется, что я не имел в виду говорить о врачебных ошибках, как результате неправильного распознавания болезни или неправильного назначенного врачом лечения, я хотел остановить внимание только на том вреде, который может принести больному неправильное *поведение* врача. Мы, конечно, далеко ушли от тех времен, когда врачи, как авгуры, облакали непроницаемой тайной свое искусство лечить больного человека; больной должен знать и сущность и происхождение своей болезни, но едва-ли достаточно оценивается тот вред, который может при этом принести больному неосторожное обращение врача с психикой своего пациента и который может быть тем значительнее, чем больше больной доверяет своему врачу.

«Балканизация» медицины в результате углубления и гигантского развития многочисленных дисциплин привела нас к тонкой и узкой специализации, необходимой для успешного развития нашей науки и являющейся залогом новых ее достижений. Эта специализация отодвинула, однако, далеко на задний план больного, как единое целое, и, между прочим, отодвинула также и интересы практических врачей от оценки состояния психики больного.

Таким образом изучение психологии и психотерапии стало предметом особой специальности и в лучшем случае делом психиатров. Мне кажется, что в этом кроется одна из причин неправильного поведения врача, ведущего к целому ряду так называемых «иатрогенных повреждений».

Большой интерес, выявленный аудиторией врачей к затронутому мною вопросу, заставил меня напечатать этот сжатый и, конечно,

совершенно не исчерпывающий темы доклад и, поместить его в «Казанском Медицинском Журнале». Я решил выпустить в свет и эту небольшую книжку, имеющую единственной своей целью поставить вопрос пока в порядке дискуссии в узком круге терапевтов. Я был-бы очень удовлетворен, если-бы этот доклад дал толчек к обмену мыслей о необходимости ввести в учебный план преподавания студентам и врачам дисциплины, трактующие о законах поведения и больного, и врача.

**Р. Лурия.**

Казань.  
Январь 1928 г.

---

Сыну моему Александру.

## Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов

«Der Einfluss der Persönlichkeit des Arztes kann nicht hoch genug geschätzt werden».  
Liek.

«Arzt sein heisst—der Stärkere von zweien sein».  
Schweninger.

### I.

Личность врача во все времена оказывала, несомненно, огромное, иногда могущественное и даже решающее влияние на течение и на исход целого ряда болезней. Еще тогда, когда и речи не было о научной медицине и о терапии, основанной на точном знании анатомических изменений и патолого-физиологических процессов в организме человека, составляющих сущность болезни,—еще тогда уже одно поведение врача, основанное на интуиции и эмпирии, часто решало судьбу больного. „Психотерапия,—говорит Гаупп<sup>1)</sup> в своем докладе на 39 Конгрессе Немецких Интернистов,—старейшая форма терапии и существует с тех пор, когда боль и нужда приводили человека к человеку, с тех пор, как у человека существует доверие и желание помочь больному собрату“. Эта наивная психотерапия первобытного человека, примеры которой и теперь еще можно найти, и совсем не так далеко от наших крупных научных центров с их современными клиниками, оборудованными по последнему слову науки и техники,—эта наивная психотерапия в той или иной форме красной нитью проходит через всю историю медицины. Она с большим или меньшим успехом, сознательно или бессознательно проводится в жизнь каждым врачом, бесконечно меняя свою форму в зависимости от господствующих в данную эпоху терапевтических методов и теоретического их обоснования. Гиппократ говорил: „Врач имеет только одно задание—лечить, и, если это ему удастся, совершенно безразлично, каким путем это ему удалось“.

<sup>1)</sup> К. Гаупп. Psychotherapie. Verh. d. deutsch. Ges. f. inn. Mediz., 39 Kongress, 1927, S. 13.

Эту же мысль, высказанную 2300 лет тому назад, повторил недавно Krehl<sup>1)</sup>, указывая, что „хорошие врачи исстари применяли то, что на основании их фактического опыта помогает больному, независимо от возможности научно объяснить это“.

Психотерапия,—не научно обоснованная, не методически изученная, а упрощенная и интуитивная,—составляет и в наши дни разгадку успеха, одних врачей и непопулярности других, часто значительно более знающих, более научно образованных и заслуженно украшенных высокими академическими титулами. „Не одни только научные и технические познания, но самая личность врача обуславливает успех его. Лучшим врачом всегда будет тот, который объединяет в себе науку, технику и личность“,—говорит Liek<sup>2)</sup>.

Больше того; психотерапия, как известно, и составляет часто причину головокружительного успеха и популярности знахарей и шарлатанов, имеющих огромную и благодарную клиентуру в самых крупных медицинских центрах Европы и Америки рядом с первоклассными научными авторитетами медицины. И Liek несомненно прав, заявляя, что считает совершенно бесцельной борьбу со знахарством путем издания государством декретов, запрещающих знахарям лечить. Он прав потому, что в огромном большинстве случаев успех знахаря наряду с невежеством его клиента, принадлежащего—*horribile dictu*—часто к интеллигентнейшим слоям населения и в Европе, и у нас,—зависит от его примитивной интуиции и практически правильно применяемой им, хотя и наивной, психотерапии.

Принято думать, что психотерапия,—нарождающаяся дисциплина с целым рядом более или менее обоснованных методов,—должна быть достоянием только специалистов, квалифицированных врачей-психотерапевтов и является в частности областью, принадлежащей психиатрам, или, в лучшем случае, невропатологам. Это представление исключает таким образом психотерапию, как научный метод лечения, из терапевтического арсенала не только рядового практического врача, но и представителей всех остальных клинических дисциплин. И таким образом подавляющее большинство врачей—и рядовых, и специалистов—остается по-прежнему во власти не научной, а примитивно-наивной психотерапии, той самой, которой пользовались врачи всех времен, начиная с родоначальников медицинской науки и даже значительно раньше их. Лучшим доказательством, что именно такой взгляд на психотерапию является господствующим, служит хотя бы то, что медицинская школа почти всех стран не считает до сих пор необходимым включить психологию в цикл биологических наук, преподаваемых студенту-медику, а психотерапию—в цикл практических дисциплин клиники.

<sup>1)</sup> Krehl. Цит. по Liek'у.

<sup>2)</sup> E. Liek. Der Arzt und seine Sendung. 7 Aufl. München. 1927.

Считается, очевидно, что в этом нет необходимости. „Когда говорят,—остроумно замечает Dejerine <sup>1)</sup>,—что врачебная психотерапия существовала во все времена, и когда врачи под предлогом, что они ободряют больных и с чувством хлопают их по плечу, утверждают, что они ее постоянно применяют, они смотрят на дело чересчур уже просто“. И во всяком случае,—скажем мы,—слишком просто для того, чтобы объяснить отсутствие психологии и психотерапии в цикле наук высшей медицинской школы. Это отсутствие психологии и психотерапии среди необходимых для врача дисциплин имеет, конечно, глубокое обоснование и крепкие корни в истории развития медицины, как науки.

И здесь, как и в других, наиболее существенных вопросах медицины, мы видим то постоянное противоречие между медициной, как наукой, и медициной, как искусством лечить больного человека,—то противоречие, на котором так талантливо остановился Sauerbruch <sup>2)</sup> в своем знаменитом докладе в Дюссельдорфе: „Heilkunst und Naturwissenschaft“. Психотерапия, практически применяемая каждым врачом, когда он лечит больного, не разрабатывается им, когда дело идет о медицине, как науке.

Два обстоятельства, несомненно, сыграли большую роль в такой постановке нашего медицинского образования. Метафизические представления о духе, господствовавшие до половины прошлого столетия и неизжитые еще до сих пор некоторыми философскими школами, были совершенно несовместимы, конечно, с медициной—наукой позитивной. Среди людей науки мало таких, которые, как врач, по самой природе своих изучений становятся противниками всякой метафизической абстракции (Dejerine), и совершенно естественно, что до тех пор, пока проблема духа изучалась отдельно и независимо от проблемы материального своего субстрата,—врачу нечего было делать в метафизической теории познания и умозрительной психологии. И совершенно естественно, что такой психологии не могло быть места в цикле точных естественных наук—незыблемом фундаменте нашего медицинского мышления.

И врачу поэтому оставалось, не изучая психологии и психотерапии, применять все же последнюю в своей практической работе эмпирически и интуитивно, как это делалось всеми, кто когда-нибудь лечил больного человека. Но проблема духа и тела в наше время изучается, как известно, уже совершенно в другом аспекте. Гигантскими шагами движется изучение работы больших полушарий головного мозга, и если, как это подчеркивает наш гениальный творец этой области физиологии, И. П. Павлов <sup>3)</sup>,

<sup>1)</sup> Dejerine. Функциональные проявления психоневрозов. Москва. 1912. Стр. 494.

<sup>2)</sup> Sauerbruch. 89 Vers. d. Ges. Naturforscher u. Aerzte. 1926. S. 1081.

<sup>3)</sup> Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. ГИЗ. 1927. Стр. 345.

необходимо проявить величайшую сдержанность при переносе только что впервые получаемых точных естественных научных сведений о высшей нервной деятельности животных на высшую деятельность человека, то все же можно определенно сказать, что проблему духа нельзя больше отделять от проблемы тела, и что поэтому изучение этой функции центральной нервной системы, как высшей деятельности человека, должно занять свое место наряду с изучением функций других органов человека в системе медицинского образования.

Кроме величайших завоеваний физиологии, во главе которых стоят работы И. П. Павлова и его школы, за эту интимную связь между нашей психикой и самыми разнообразными соматическими процессами говорит также и целый ряд экспериментальных и клинических наблюдений последнего десятилетия.

Уже давно было известно влияние физиологических процессов организма на психику у нормального человека,—вспомним только влияние на наше настроение картин природы, музыки, живописи и т. д.; мы хорошо знаем и отдаем себе легко отчет о влиянии соматических заболеваний на душевное наше состояние, когда иногда ничтожное само по себе и неопасное заболевание, скажем *fissura ani*, воспаление ногтевого ложа, зубная боль,—резко изменяет нашу психику, лишает нас трудоспособности и радости жизни.

Наоборот, влияние психических процессов на жизнь и отправление внутренних органов, хотя и было известно давно, но детально и методически стало изучаться значительно позднее, особенно за последние два десятилетия.

Среди многочисленных исследований, посвященных выяснению влияния психики на соматические процессы, достаточно упомянуть только о работах Weber'a, Heyer'a, Marx'a, Glaser'a, Moos'a, Mohr'a, Gigon'a и мн. др. E. Weber<sup>1)</sup> экспериментально показал, что аффекты неудовольствия вызывают отлив крови из периферии к внутренним органам, а аффекты радости, наоборот,—прилив крови на периферию. Heyer<sup>2)</sup> блестяще подтвердил на человеке фундаментальные результаты исследований И. П. Павлова о пищеварительной работе желудочных желез и показал, что в гипнозе можно, внушая человеку, что он ест бульон, хлеб и молоко, получить совершенно различное количественно и качественно отделение желудочного сока, причем сохраняются законы динамики выделения желудочного сока, открытые школой Павлова. Heyer<sup>3)</sup> показал также, что путем внушения можно получить на рентгеновском

<sup>1)</sup> E. Weber. Цит. по Mohr'y.

<sup>2)</sup> Heyer. Arch. f. Verdauungskr., 1920—1921; Kongr. f. innere Med., 1921.

<sup>3)</sup> Heyer. Psychogene Funktionstör. d. Verdauungstraktus (у O. Schwarz'a).



экране резко выраженные картины спастических явлений желудка и кишек; можно видеть также, как атонический желудок под влиянием внушения становится на нормальное место, и, наоборот, можно получить искусственно явления атонии желудка и даже гастроптоз.

Moos<sup>1)</sup> изучал влияние психических аффектов на состояние сосудов и видел под влиянием страха преходящее повышение кровяного давления, а под влиянием огорчений и психической депрессии—длительную гипертонию, переходящую в артериосклероз. Это длительное повышение кровяного давления может исчезать при благоприятном влиянии на психику больного. Изменения сосудов, установленные капилляроскопически у невротиков, исчезали под влиянием психотерапии.

Исключительный интерес представляют опыты Магх'а<sup>2)</sup>, показавшие, что путем внушения в гипнозе удается получить такие же сложные изменения состава крови и диуреза, какие наблюдаются у человека при реальном приеме жидкостей, хотя испытуемому подавался только пустой стакан и внушалось, что он пьет воду; при этом,—что всего более замечательно,—человек выделял после внушения увеличенное количество мочи соответственно выпитой жидкости, с удельным весом в 1002, а через 40 минут удельный вес выделенной мочи был уже 1012. Таким образом при внушении ткани отдают в поток кровообращения воду так же, как они это делают при реальном введении жидкостей в пищеварительные пути.

Glaser<sup>3)</sup> показал, что путем внушения удается изменить самый химический состав крови, как известно отличающийся большим постоянством в отношении содержания в ней солей Са, причем психическое возбуждение вызывало повышение количества Са в сыворотке крови, а суггестивное успокоение понижало это количество.

Gigon, Aigner и Brauch<sup>4)</sup> видели у диабетиков, не представлявших никаких симптомов невропатии, при определенном внушении в гипнозе, уменьшение гликозурии и гликемии, причем сам по себе гипноз без внушения не влиял на содержание сахара в крови и моче.

Gessler и Hansen<sup>5)</sup> показали, что в гипнозе путем внушения ощущения холода и тепла удается получить все те процессы терморегуляции организма, какие наблюдаются при реальном охлаждении и согревании тела, причем,—что особенно любопытно,—при внушении чувства тепла фактическое охлаждение не дает свойственных при этом организму терморегулирующих процессов и наборот.

1) Moos. *Klin. Woch.*, 1927, № 27, S. 1304.

2) H. Marx. *Klin. Woch.*, 1925, № 49, S. 2339; 1926, № 3, S. 92.

3) F. Glaser. *Klin. Woch.*, 1924, № 33, S. 1492.

4) A. Gigon, E. Aigner u. W. Brauch. *Schw. med. Woch.*, 1926, № 30, S. 749.

5) H. Gessler u. K. Hansen. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 156, S. 352.

Все эти и многочисленные другие экспериментальные наблюдения и исследования не оставляют никаких сомнений в том, что не только грубые, но и тончайшие жизненные процессы, как, напр., обмен воды, углеводов, электролитов и регуляция тепла, находятся в самой тесной зависимости от психического состояния человека и по неизвестным нам ещё путям регулируются высшими отделами центральной нервной системы, отражая сложные и многогранные колебания в ней.

Клиника, с другой стороны, уже давно и ежедневно давала нам многочисленные и яркие примеры психогенеза соматических симптомов со стороны отдельных органов и их систем.

Нет никакой возможности перечислить симптомы и картины болезней, имеющие психогенное происхождение. Вопросам этим посвящена известная книга Oswald'a Schwarz'a: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome* (Berlin, 1925). Интересующиеся найдут богатейший материал в этой прекрасной книге, где собрано огромное число наблюдений различных авторов о психогенезе различнейших заболеваний в обработке специалистов по отдельным клиническим дисциплинам.

Каждый врач в своей практической работе видит их на каждом шагу. Эти симптомы психогенного происхождения дают чаще всего весьма причудливые и своеобразные клинические картины функциональных расстройств, неврозов отдельных органов и их систем. Сюда именно и относятся т. наз. неврозы желудка, кишечника, сердца и др. Важнее всего, однако, то, что симптомы психогенного происхождения нередко резко изменяют картину чисто-органического заболевания. В этих случаях, густо наслаиваясь на часто маловажное органическое заболевание, эти психогенные симптомы составляют большую и существенную часть клинической картины. И чем глубже мы изучаем и вникаем в содержание картины болезни, тем все ярче и ярче выступает иногда психогенное происхождение некоторых симптомов, органический субстрат которых не мог, казалось, подвергаться даже какому-нибудь сомнению.

Разительным примером этого является, напр., желтуха. Приводимые старыми мастерами клиники случаи эмотивной желтухи подвергались большому сомнению и стали безусловно отрицаться многими клиницистами, по мере расширения наших представлений о патогенезе желтухи встречая у них скептические улыбки в правильности сделанного наблюдения. Клинические факты, однако, как всякие другие факты, очень и очень упрямы. И за последнее время случаи психогенной желтухи описываются все чаще и чаще даже такими строгими и объективными клиницистами, как v. Bergmann<sup>1)</sup>. Я имею в своем распоряжении три

<sup>1)</sup> G. Bergmann. Intern. ärztliche Fortbildungskurse in Karlsbad. Iena. 1925. S. 188.

не подлежащих сомнению случая желтухи эмотивного, психогенного происхождения, в том числе один у врача, получившего впервые желтуху тотчас после психогенной травмы, когда он видел тонувшего в реке сына. И теперь, когда, после исследований Westphal'я, Eiger'a, Okada, Reach'a и целого ряда других авторов, выяснилась роль сфинктера Oddi, сфинктера Lüdkiens'a и вегетативной нервной системы в динамике желчеотделения, и когда мы в патогенезе желтухи часто видим лишь дискинезию желчных путей, старые наблюдения психогенной, эмотивной желтухи получают свое теоретическое обоснование и не вызывают уже у клинициста ни улыбки, ни скепсиса.

Совершенно очевидно, что несущественное органическое заболевание желчных путей,—скажем, небольшой и сам по себе невинный конкремент,—под влиянием психогенно возникшей дискинезии желчных путей может вызвать, и действительно вызывает, тяжелые припадки. Отсюда припадки печеночных коликов под влиянием психических травм.

Клиника дает немало таких ярких примеров влияния психики на течение и даже на исход болезней. Эти и целый ряд аналогичных им фактов и составляют содержание современной клиники внутренних болезней, основанной на функциональной диагностике и имеющей в перспективе функциональную патологию, как высшую ступень понимания болезненного процесса, не дающего видимых для нас морфологических изменений органа,—изменений, лежащих по ту сторону наилучшей микроскопической оптики. И с точки зрения экспериментальных и клинических наблюдений, свидетельствующих о тесной и неразрывной связи психических и соматических процессов здорового и больного организма, становится совершенно очевидным, что безусловно правильны взгляды современных мыслителей-клиницистов; как Krehl, v. Bergmann, Mathes, Kraus, что нет никаких только психических и только соматических болезней, а имеется лишь живой процесс в живом организме, и жизненность его и состоит именно в том, что он объединяет в себе и психическую, и соматическую сторону болезни (Mohr<sup>1)</sup>.

И совершенно очевидно, что для врача не могут иметь места теперь более, чем когда-нибудь, метафизические представления о параллельных проблемах духа и тела. Современный врач может мыслить как здоровый, так и больной организм только как единое, нераздельное, гармоническое материальное целое, объединяющее психофизические процессы, как физиологические, так и патологические; для врача имеется только одна проблема—организм, как психофизическое целое.

Исходя из этого представления о неразрывной связи психических и соматических процессов при болезни, современная клиника все более и

<sup>1)</sup> F. Mohr. Klin. Woch., 1927, № 17, S. 772.

более отходит от представлений об организме, как о мозаике, созданной из отдельных органов и клеточных соединений,—представления, явившемся прямым результатом господства клеточной патологии и пышного расцвета чисто-морфологических взглядов на органы и их системы. Современная функциональная патология учит нас необходимости считаться у постели больного с организмом, как с целым, во всей необозримой сложности взаимоотношений важнейших его систем, его эндокринного и нервного аппарата, и мы все больше и дальше отходим в клинике от локалистического мышления, связанного с представлением о заболевании того или другого отдельного органа.

Едва ли не наиболее ярким выражением этого течения в клинике является переоценка наших взглядов в отношении неврозов отдельных органов: сердца, желудка, кишечника и т. д. Анализ наиболее актуального в клинике внутренних болезней вопроса о неврозах, которому были посвящены за последние годы многочисленные работы наиболее выдающихся интернистов—Kraus'a, v. Bergmann'a, Goldscheider'a, Lewy, Katsch'a, Weitsäcker'a и др. приводят нас назад туда, откуда мы пришли, к гипократовскому представлению о человеке, как об едином целом (Goldscheider<sup>1</sup>).

С этой точки зрения изменяются также наши представления и в терапии. Мы все больше и больше удаляемся от прежней рутинной медикаментозной терапии, имеющей в виду влияние на тот или иной орган и его функции и на симптомы, как нарушение этих функций, и современный врач отдает предпочтение терапевтическим методам, имеющим в виду влияние на весь организм во всей его гармонической цельности, влияние на течение болезни путем изменений, вызываемых терапией в целом ряде жизненных процессов всего организма, а не отдельного только органа.

Вся физиотерапия,—и водолечение, и светолечение, и электротерапия, и аэротерапия, и грязелечение, и все курортное наше лечение с бальнеологическими процедурами, не исключая питья минеральных вод,—основаны на этом именно принципе влияния не на болезнь, а на весь организм. Сюда же относится и получившая такое большое распространение протеиновая терапия. Сюда относится, далее, между прочим, и пептонотерапия, отличные результаты которой при парэнтеральном введении пептона мы видели совершенно неожиданно при некоторых формах поносов (Лурья)<sup>2</sup>, и мы имеем при этом основание говорить о тонких процессах, свидетельствующих об изменениях не в кишечнике, а во всем организме,—общих

<sup>1</sup>) А. Goldscheider. Deut. med. Wochensch., 1927, № 30, S. 1253.

<sup>2</sup>) Р. А. Лурья. Новые пути в лечении поносов (пептонотерапия). Врач. Дело, 1926, № 14.

---

процессах, сопровождающих блестящий эффект парэнтеральной пептоно-терапии поносов (Д а й х о в с к и й <sup>1)</sup>).

При таком положении вещей совершенно очевидно, что всякого рода психотерапия,—как научно обоснованная и методически применяемая врачом, так и примитивно-интуитивная, постоянно сопровождающая контакт врача с больным,—должна рассматриваться не иначе, как терапевтический метод, влияющий на весь организм, на всю его психофизическую структуру, и притом как метод не менее, а значительно более могущественный, чем другие,—скажем, физиотерапевтические методы лечения.

„Слово для человека,—говорит И. П. П а в л о в <sup>2)</sup>,—есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет, а потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения“.

Едва-ли можно дать более точное, научное и красивое определение тому влиянию слова врача и, прибавим, всего его поведения,—мимики, выражения лица и т. д.,—на функцию больших полушарий больного. И совершенно очевидно, что это влияние слова и поведения врача будет особенно резко выражено, когда больной, как это чаще всего бывает, доверяет врачу и авторитетом врача подготовлен к сопровождающему врачебное действие внушению. Отсюда становится совершенно очевидным также, что как новейшие достижения в области физиологии больших полушарий, так и экспериментальные исследования и клинические факты и наблюдения подводят все более и более прочный научный фундамент под ту психотерапию, которую вольно или невольно, сознательно или интуитивно, удачно или безуспешно проводит и должен проводить рядовой врач, если он хочет только лечить больного человека.

Так на наших глазах наука оправдывает и объясняет старую эмпирию.

## II.

Имея в руках такой могущественный метод влияния на весь организм, как психотерапия, и фактически проводя ее в жизнь на каждом шагу своей практической деятельности, врач,—за исключением очень и

<sup>1)</sup> Я. О. Д а й х о в с к и й. Клинико-экспериментальные наблюдения над пептонотерапией при поносах. Доклад на II Всеукраинском Съезде Терапевтов.

<sup>2)</sup> И. П. П а в л о в, *loc. cit.*, стр. 357.

очень ограниченного числа специалистов-психотерапевтов,—делает это, как мы видели, не имея сколько-нибудь серьезной научной подготовки ни в психологии, ни в психотерапии, и проводит свое лечение внушением эмпирически, так как по вполне законным причинам эти дисциплины не были и не могли быть включены в цикл медицинских наук на факультетах и совершенно правильно Stekel (в Вене) считает необходимым, в виду отсутствия кафедры психотерапии и сексуальной патологии на факультетах, организацию курсов психотерапии для практических врачей, где они могли бы познакомиться с научными обоснованиями этого метода лечения.

Тем не менее даже эта эмпирическая и интуитивная, проводимая врачами, психотерапия в огромнейшем числе случаев приносит больному весьма существенную пользу и лежит, как мы видели, в основе успеха целого ряда терапевтических методов, давая больному значительное облегчение, а иногда даже и излечение, помимо намерения врача выступить в роли психотерапевта.

Liek<sup>1)</sup>),—сам хирург,—говорит: „Ведь до сих пор больной ищет во враче выдающуюся личность, имеющую особенную и редкую ценность, можно сказать, волшебника, и к этому волшебству сводится большая часть наших успехов в лечении, даже в хирургии“. Как ни парадоксально это заявление Liek'a, отличающегося, как известно, исключительно-смелыми, часто до дерзости, парадоксами, когда он говорит о значении врача, все же известная и немалая доля истины, несомненно, имеется в этих словах. Именно потому это правильно, что врач располагает таким исключительно-сильным орудием, как авторитетное слово, являющееся, как мы видим, могущественным физиологическим раздражителем для больших полушарий мозга нашего больного (Павлов). И ясно, что как всякое другое действительное терапевтическое средство, и это слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие, причем это всегда бывает помимо воли врача и вопреки его лучшим желанием,—совершенно так же, как при применении всяких других лечебных средств. Наряду с положительной, полезной психотерапией отсюда получается психотерапия н е г а т и в н а я, дающая целый ряд заболеваний, где личность врача не только имеет влияние на течение и исход болезни, но врач принимает совершенно невольное, и иногда значительное, участие в самом психогенезе болезни.

O. Вumke<sup>2)</sup>),—мюнхенский невропатолог и психиатр,—в небольшой статье „Врач, как причина душевных расстройств“, обратил внимание на эти вредные последствия неправильного влияния врача на

<sup>1)</sup> Liek, loc. cit., S. 161.

<sup>2)</sup> O. Вumke. Deut. med. Woch., 1925, № 1, S. 3.

психику больных и назвал такого рода психогенные заболевания, „иатрогенными“. Gaupp приводит несколько примеров этой отрицательной психотерапии с „иатрогенными повреждениями“ в упомянутом выше докладе на 39 Съезде Немецких Интернистов.

Останавливаясь на этих, по существу каждому врачу хорошо известных, заболеваниях, Витке правильно отмечает, что характерной особенностью их является то, что участие врачебного совета в происхождении „иатрогенного“ заболевания остается неизвестным врачу, участвовавшему своим словом, поведением или советом в психогенезе заболевания. Причина и происхождение болезни открываются уже другим врачом, и нередко через значительный промежуток времени, когда больной является к нему с внушенными врачом страданиями и с потерянным вследствие этого душевным равновесием. При этом больной оказывается или совершенно здоровым человеком, или страдает только незначительным органическим заболеванием, не оправдывающим ни серьезное распознавание, ни плохой прогноз врача, высказавшего в той или иной форме больному свои опасения и показавшего ему чем-нибудь, что имеет дело с тяжелой формой болезни.

Об „иатрогенных“ заболеваниях, хорошо нам всем знакомых, не принято обычно говорить, а между тем уже одно то, что врачи, и особенно молодые врачи, будут информированы о психогенезе этих частых и тяжелых страданий, о причинах происхождения их, является, на мой взгляд, лучшим профилактическим средством против этих заболеваний. Это имеет, как я убедился при преподавании врачам, огромное практическое значение.

Об этих болезнях стали говорить за последние годы гинекологи: Wolthard, Liepmann, Flatau, Mayer, Дик <sup>1)</sup>, Тарло <sup>2)</sup> и мн. др. представили разительные примеры психогенеза гинекологических заболеваний, в котором последнее место занимают врачи. Эти заболевания настолько упорны, что, как удачно говорит Дик, — „иногда гораздо легче ликвидировать реального гонококка в половых органах женщины, чем выселить воображаемого гонококка из ее психики“.

Едва-ли, однако, в какой-нибудь области медицины имеется такое большое количество „иатрогенных“ заболеваний, как в клинике внутренних болезней, притом заболеваний нередко очень тяжелых и ставящих иной раз даже под вопрос самую жизнь больного.

Fleischmann <sup>3)</sup> правильно говорит в своем большом докладе о психотерапии, что развитие нашей дисциплины в направлении лабора-

<sup>1)</sup> В. Дик. Вестн. Совр. Медицины, 1927, № 5, стр. 290.

<sup>2)</sup> В. Тарло. Каз. Мед. Журн. 1928, № 1.

<sup>3)</sup> Fleischmann. Ueber Psychotherapie. 39 Kongr. München, 1927, S. 38.

---

тории и тонкая специализации в ней в силу необходимости отодвинули на задний план изучение врачом душевных переживаний больного.

В области внутренних болезней „иатрогенные“ заболевания могут быть весьма различного характера. Сюда относятся, конечно, и неправильное лечение в результате неверного представления врача о сущности болезни, и назначенные без определенных показаний терапевтические мероприятия, напр. неправильная диета, вызывающая, скажем, искусственно запоры или поносы. Но все это—скорее врачебные, диагностические или терапевтические ошибки, в огромном большинстве случаев совершенно извинительные и законные в нашей дисциплине, крайне сложной и требующей от врача разносторонней подготовки и все новых и новых познаний.

Не об этих случаях мы говорим здесь, а только о тех больных, где заболевание носит чисто-психогенный характер и является прямым или косвенным результатом внушения, полученного больным от врача, всегда помимо воли и даже помимо сознания последнего. Эти психо-и иатрогенные заболевания внутренних органов можно легко разделить на две группы: в одном ряде случаев у больного нет органического заболевания, и дело идет о субъекте, чаще всего склонном к функциональным расстройствам той или иной системы органов и убежденном после полученного со слов врача внушения, что он страдает тяжелой, опасной для жизни органической болезнью; в другом ряде случаев налицо имеется все же органическое заболевание, течение и исход которого, однако, в значительной мере ухудшается неправильной линией поведения врача, нарушившего психическое равновесие своего больного и таким образом создавшего неблагоприятную для течения болезни психическую ситуацию. В том и другом случае врач оказывается невольной причиной ухудшения состояния своего больного и, следовательно, участвует в психогенезе заболевания, применяя негативную психотерапию.

Примеры такой негативной психотерапии встречаются в клинике ежедневно, и я остановлюсь только на очень немногих из них для иллюстрации высказанных здесь мыслей.

Мне чаще всего приходится видеть больных с этими иатрогенными заболеваниями в области болезней пищеварительного аппарата. „Катарр желудка“, как известно,—одно из самых популярных в населении заболеваний и многими считается еще до сих пор неизлечимой болезнью, внушающей поэтому больному большую тревогу. Мне приходится почти ежедневно видеть больного, отвечающего на вопрос, что у него болит?— „катарр желудка“ или „катарр кишек“. Диагноз этот был сообщен больному уже несколькими врачами, между тем тщательное исследование показывает, что дело идет о безусловно здоровом желудке или кишечнике, и либо вовсе нет никакого заболевания этих органов, либо имеются функ-



циональные расстройства их психогенного происхождения. Между тем больной месяцами, или даже годами, соблюдает пресловутую „строгую“ диету в виде куриного бульона, сухарей и рубленного мяса, худеет, нервничает и беспрестанно лечит свой мнимый „катарр“. Если дело идет о кишечнике, то чаще всего этот „катарр кишек“, дающий основной и единственный симптом—запоры, представляет собою ничто иное, как алиментарный запор, вызванный все тою-же „строгой“ диетой и поддерживаемый ситофобией, и развился у больного психогенно в результате неосторожно высказанного врачом предположения о катарре, с представлением о котором у больного крепко связано понятие о тяжелой, неизлечимой болезни.

Dubois <sup>1)</sup> очень красочно описывает эти „энтериты“, „расширение желудка“, и „энтероптозы“. „Больные,—говорит он,—чтобы избавиться от страданий, ездят каждый год на воды, живут под строгим режимом, едят только яйца, мясо, рис и протертые овощи, делают промывания кишек и стараются над антисептикой своего кишечного тракта“. Совершенно справедливо считая огромное большинство этих случаев чисто-психогенными заболеваниями, которые врачи из любви к техническим терминам окрестили названием „энтерит“, Dubois сказал однажды в шутку своей больной: „Нынче такое время, сударыня, что у всякого уважающего себя человека должно быть расширение желудка и энтерит“, и эта шутка с правильной психотерапией нередко приносит больному быстро и неожиданно блестящие результаты и восстанавливает здоровье изнемогающего в конец больного.

Сюда относится и ряд случаев enteritis mucos-membranacea, неправильно трактуемого часто, как энтерит, и не имеющего даже оснований называться этим именем. Я хочу указать еще на диагнозы язвы желудка и 12-перстной кишки, с которыми все чаще и чаще являются теперь больные, и которые в большом числе случаев не имеют под собою документальных данных, но вызывают тяжелый психический конфликт, ситофобию, исхудание. На моих глазах не раз эти больные после тщательного исследования убеждались в неверном диагнозе и быстро выздоравливали, переходя на грубую диету. И все зло в том, что и врач часто не утверждает, что имеется налицо язва желудка, а только с улыбкой заявляет: „Ну, пустая язвочка желудка“, или—„Имеется подозрение на язву 12-перстной кишки“, не подозревая, что этих замечаний вполне достаточно для того, чтобы у предрасположенного невропатического субъекта создать тяжелую психогенную травму с резко повышенной секрецией кислого желудочного сока. И в доказательство больной пред'являет вам

<sup>1)</sup> Dubois. Психоневрозы и их психическое лечение. Спб. 1912. Стр. 231.

пачку ничего не говорящих анализов желудочного сока, вкривь и вкось толкуя цифры общей кислотности и свободной соляной кислоты. Эти анализы на руках больных, особенно на курортах, являются, на мой взгляд, причиной сотен иатрогенных заболеваний. Вне всякого сомнения произвольное толкование сложнейших процессов секреции желудка и слишком большое значение, придаваемое, под влиянием врача, отдельным цифрам кислотности, нередко приводит к тяжелым психогенным заболеваниям желудка.

Это—один из ярких примеров, как поверхностное знание о наших важнейших клинических фактах может быть опасно для больных, вызывая у них психогенные синдромы в органах пищеварения. В этом отношении шутка и фигуральное выражение врача могут иметь весьма тяжелые последствия. Вот один из таких примеров:

Года два тому назад я был разбужен утром мужем больной Р. с настоятельной просьбой принять ее для подачи неотложной медицинской помощи. В кабинет, еле передвигая ноги, с помощью мужа вошла больная, истощенная женщина 36 лет, и заявила, что по поводу желудочных болей обратилась к известному в городе и весьма авторитетному врачу, который после исследования желудочного сока сказал ей: „У Вас умерла желудочная клетка“. В доказательство больная предъявила мне результаты исследования, показавшие, что у нее имеется ахилия. Она не спала несколько ночей, перестала есть, и вся находилась под влиянием идеи „умершей желудочной клетки“. Исследование обнаружило гастроптоз, субацидный гастрит и хронический аппендицит. Больной было разъяснено, что дело идет об очень частом и неопасном заболевании, и что желудочная клетка у нее безусловно жива. Больная скоро отделалась от полученной ею психогенной травмы, впоследствии была оперирована по поводу аппендицита, оказавшегося гнойным, и выздоровела.

Т. о. неосторожное слово большого авторитета произвело психическую травму, в результате которой по существу неопасное заболевание—ахилия—приняло исключительно-тяжелое течение.

Сюда относятся также неосторожные заявления врача о „песке в желчном пузыре“, который в воображении больного проэцируется в целые большие камни печени, вызывает ряд депримирующих представлений и фиксирует внимание больного на исследовании испражнений, где он ищет эти камни после, например, курортного лечения. Такое внушение желчных конкрементов с одной стороны неправильно с точки зрения современного патогенеза заболеваний желчных путей, где, как известно, на первом плане стоят не камень, а застой и инфекция, а с другой стороны крайне неблагоприятно влияет на течение заболевания, если оно имеется. Ведь мы хорошо знаем теперь, что именно в происхождении дискинезии желчных путей, лежащей в основании некоторых холецистопатий, немалую роль играет дисгармония вегетативной системы психогенного происхождения.

---

Я привел только небольшую часть синдромов, возникающих натро-  
генно у больных, предрасположенных к заболеванию органов пищева-  
рения, которые мне пришлось наблюдать в течении ряда лет, но и этого,  
ведь, вполне достаточно, чтобы показать, какую величайшую осторожность  
факты эти диктуют врачу, когда он имеет дело с больным с расстройст-  
вом органов пищеварения,—аппаратом, находящимся в такой интимной  
связи с эндокринной, нервной системой и особенно с психикой больного.

У больных с заболеваниями дыхательного аппарата особенно часто  
можно видеть участие врача в психогенезе симптомов, в основе которых  
лежит боязнь заболеть туберкулезом легких. Если, благодаря гигантской  
санитарно-профилактической работе последних лет, представление о тубер-  
кулезе, как о неизлечимом, роковом заболевании, в известной мере за-  
меняется трезвым отношением к себе больного, и огромное воспитатель-  
ное значение диспансеров, санаторий и других противотуберкулезных учреж-  
дений не подлежит никакому сомнению, то все же и в этой работе врачей  
имеются моменты, помимо воли их вызывающие натрогенные заболевания  
и синдромы. Сюда относится, напр., настойчивый совет длительно изме-  
рять температуру при едва декомпенсированных процессах в легких, где  
все внимание больного устанавливается на этом измерении, и колебания  
в 2—3 десятых градуса, не имеющие ничего общего с самым процессом,  
вызывают представление об ухудшении туберкулеза, лишая больного сна,  
аппетита. Мне неоднократно приходилось простым запрещением мерять  
температуру устанавливать нарушенное психическое равновесие и видеть  
быстрое улучшение общего состояния с повышением веса и полной ком-  
пенсацией процесса в легких.

Какую массу больных с фиброзным, хорошо законченным и ком-  
пенсированным процессом приходится видеть с ужасом на лице заявля-  
ющими о том, что у них уже „вторая стадия“ туберкулеза легких, отме-  
ченная в целой связке санаторных книжек и коний историй болезни, и  
уверенными, что все дело только в том, чтобы не появилась роковая  
„третья“ стадия. Разве мы так понимаем теперь туберкулезный процесс  
легких? Не слишком ли легко бросать больному обвинение в этой „вто-  
рой“ стадии, если он не информирован об иммуно-биологической сущности  
болезни? Не опасно ли это для его общего состояния, для его психики,  
обусловливающей кардинальные функции обмена веществ, работу пище-  
варительного аппарата,—этого необходимого больному и верного друга и  
защитника больного от декомпенсации процесса?

На многих случаях я убеждался, что, говоря больному о процессе  
в легких, врачи отделиваются тем, что бросают ему только „вторую ста-  
дию“ и не индивидуализируют предрасположение больного к невротии  
и легкой уязвимость его психики.

А рентгеновское исследование? Сколько неосторожных слов о спайках, рубцах, первичных очагах, увеличенных железах hilus'a говорится в рентгеновском кабинете и обсуждается коллегиально, забывая, что, кроме легких, у больного имеется еще и психика, где нередко эти слова авторитетного рентгенолога ущемляются и создают конфликт, являющийся небезразличным в психогенезе целого ряда расстройств, неблагоприятно влияющих на течение того же туберкулеза, в отношении которого исследуемый практически здоров. *Pecatur inter muros!* Мне кажется, эти вопросы заслуживают пристального внимания практических работников противотуберкулезных учреждений,—особенно, если вспомнить, какое значительное число нетуберкулезных заболеваний легких проходит в наших диспансерах и санаториях. Может быть, санитарно-профилактическая работа этих учреждений даже значительно выиграла бы, если бы больные, получая здесь правильное противотуберкулезное воспитание, меньше были бы информированы о своем „продуктивном“ или „экссудативном“ процессе, о „притуплениях“ и „выдохе“ в верхушках, о „спайках и, наконец, о „стадиях“ всякого рода.

Уже *á priori* можно думать, далее, что значительное число симптомов со стороны сердца и сосудов может быть психогенного, а следовательно, и иатрогенного происхождения, и нет необходимости останавливаться на всех известных фактах влияния врача на деятельность сердца у невротиков и особенно на ритм сердечной деятельности. С другой стороны мы все хорошо знаем, какой панический страх вызывает у больного сомнение в работоспособности его сердца. Вот почему больной так внимательно наблюдает за тем, что написано на лице врача, когда врач выслушивает его сердце, исследует его сосуды. Вот почему со стороны врача в этом пункте исследования требуются величайшая осторожность и сдержанность.

В и ш к е правильно отмечает, какие тяжелые иатрогенные состояния больного могут быть вызваны совершенно ненужными и лишними всякого значения замечаниями врача вроде: „Артерии Ваши уже твердоваты“, „Сердчишко немного жирновато“, „Сердце у Вас маленькое,“ или „Аорта немного расширена“. Мне пришлось видеть на одном очень популярном в Союзе курорте больных с отметками дермографом области сердечного притупления, когда эти больные перед зеркалом измеряли границы своего сердца и влияние на него бальнеологических процедур. Едва-ли это входило в расчеты врачей, отмечавших эти границы сердца, и едва-ли вообще это нужно таким образом делать.

А кровяное давление?! Я видел немало больных буквально мучеников своего кровяного давления, ведущих аккуратные записи находок разных врачей, подробно информирующих их о максимальном и минималь-

ном давлении. Едва ли эти записи благоприятно влияют на течение гипертонии. А грудная жаба, о которой так легко говорят некоторые врачи своим больным?! Уже старые врачи знали о припадках грудной жабы, вызываемой страхом пред грудной жабой, и называли эти припадки „*angina pectoris sine dolore*“. Не требуется ли в отношении к больным с аорталгией, стенокардитическими приступами особенно большая осторожность, особенное внимание к их психике? Мой опыт учит меня, что невротики, и особенно женщины в начале климакса с склонностью к спастическим явлениям со стороны сердца и сосудов, требуют в этом отношении особенного внимания к своей психике и чрезвычайной осторожности. Больше, чем где-нибудь, психогенез сердечных симптомов выражен у этих больных.

Мне неоднократно приходилось быть свидетелем тяжелейших натрогенных заболеваний у больных, которым авторитетно заявляли, что они страдают „миокардитом“. Как известно, это—один из труднейших диагнозов, содержание которого допускает весьма широкое толкование. Мне известно немало таких случаев и между ними, что всего тяжелее, немало бывших у врачей, когда диагноз миокардита заставлял больного все свое внимание фиксировать на сердечной деятельности и делал его совершенно профессионально нетрудоспособным. И что всего хуже, тщательное исследование с электрокардиографией не открывало часто никаких признаков миокардита и, вообще говоря, органического заболевания сердца. Надо ли так легко ставить этот диагноз и налету сообщать о нем больному?

Наконец, у больных с органическим пороком сердца, вполне компенсированным, мне неоднократно приходилось видеть тяжелые психогенные ухудшения процесса под влиянием исследования „знакового“ молодого врача, подробного информировавшего больного об его сердечных шумах и демонстрировавшего ему свое умение разобраться в сложной музыке сердца.

Насколько неожиданным может быть влияние личности врача на этих больных,—ярко иллюстрирует трагический случай, пережитый недавно одним из моих ассистентов.

Больная Г., 35 лет; 20 лет тому назад перенесла тяжелый острый ревматизм, в результате его эндокардит, приведший больную к сложному пороку сердца, к недостаточности аортальных и митрального клапанов. Втечении 12 лет временами наступало небольшое расстройство компенсации сердца (отеки на ногах, одышка). Больная всегда лечилась у известного клинициста Х., которому только и „доверяет“ свое сердце, и который на протяжении ряда лет «спасал» ее. В конце ноября больная под наблюдением д-ра М. перенесла легкий грипп. Несмотря на то, что состояние больной было хорошее,— $t^0$  36,9°—37,1°, пульс 76—78, хорошего наполнения, ритмичный,—д-р М. решил все же, прежде чем разрешить больной выйти, проконсультировать с клиницистом Х., хорошо знающим ее сердце.

Консультант нашел, что сердечная деятельность не внушает никаких опасений, и разрешил через день больной выйти из дому. Уходя, X. шутя добавил: «Вы можете вообще не беспокоиться о своем сердце,—раньше меня не умрете, а если умрем, то вместе». На другой день консультант X. скоростижно скончался. Д-р М., срочно вызванный к больной, нашел ее в возбужденном состоянии. На все утешения врача больная отвечала: „Я знаю, что должна умереть, слова X. должны сбыться“. У больной пульс был 120 в 1', появилась аритмия; на следующий день инсульт, к вечеру отек легких, а в ночь больная скончалась.

Едва-ли подлежит сомнению, что внезапное ухудшение было результатом не только психической травмы—потери врача, но и тех слов, которые шутя произнес знаменитый врач, которому безусловно и целиком доверяла свое больное сердце эта женщина. Во всяком случае это трагическое стечение обстоятельств еще и еще раз учит нас, какой величайшей выдержки и осторожности требует психика больного со стороны врача, имеющего в руках такое могучее, но обоюдоострое оружие, как внушение словом.

Как раз в области прогноза при всех заболеваниях внутренних органов требуется величайшая осторожность, если дело идет о впечатлительных, легко внушаемых больных, и Гауэрр правильно отмечает, как пример отрицательной психотерапии, утверждение врача больному, что „через 6 недель Вы будете безусловно здоровы“, и еще хуже—подкрепление этого прогноза честным словом врача.

Едва-ли имеется необходимость увеличивать число примеров иатрогенных заболеваний внутренних органов, чтобы показать, насколько неожиданные и печальные результаты может дать неосторожное поведение врача, как психотерапевта, даже тогда, когда он вовсе и не желает применить к больному этот метод лечения и не знает даже, что применяет его. Не подлежит никакому сомнению, что негативная психотерапия, вызывающая иатрогенные синдромы и заболевания, проводится врачом, так сказать, *bona fide*, без учета возможных последствий и чаще всего без всякого даже желания оказать на больного психотерапевтическое воздействие. И, тем не менее, личность врача играет здесь, как и везде, огромную и решающую роль, и, если в правильной психотерапии мы имеем бесчисленные примеры благоприятного, временами чудодейственного влияния личности врача на течение и исход заболевания, то негативная психотерапия может принести не только существенный вред больному, ухудшая течение и исход болезни, но врач при этом невольно участвует в психогенезе, в происхождении самого синдрома или даже заболевания. И если мы во всех остальных наших терапевтических методах ставим во главу угла старый принцип медицины: *nil nocere!*, то этот принцип в значительно большей мере требуется тогда, когда не только слова, но и все поведение врача является могучим орудием влияния на больного и на течение его болезни.

---

Мы не должны и не можем полагаться только на природный такт и на ум врача, мы должны тщательно изучать эти досадные „натрогенные“ заболевания, не скрывать от себя и от товарищей-врачей случаи, где негативная психотерапия имела место. Необходимо учиться на этих невольных врачебных ошибках, тем более простительных и законных, что, как мы видели, силой вещей врач проводит лечебный метод, не отдавая себя отчета о силе своего влияния на организм больного, как единого психофизического целого.

Но, с другой стороны, необходимо серьезно задуматься и над вопросом воспитания новых поколений врачей под знаком изучения психики человека, как могучего фактора, регулирующего важнейшие нормальные и патологические процессы нашего организма, и научить врачей применять психотерапию, как великую старую, но вечно новую целебную силу природы.

---