

ЖИВАЯ ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (ККП)

(Опубликовано в Профессиональной психотерапевтической газете, 2022 г., выпуск 9)

Бурно Марк Евгеньевич – профессор, почётный председатель комитета модальностей Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги.

«Клиническая парадигма у нас постепенно теряет свои позиции, к сожалению. Потому что именно клиническая парадигма является основой нашей (российской – М.Б.) психотерапии. Основой западной психотерапии является психоаналитическая парадигма».

В.В. Макаров. Психотерапия: избранные лекции. – М.:
Институт консультирования и системных решений, 2020,
с.12

Вступление

Молодому врачу или психологу, другому гуманитарии нередко трудно выбрать дорогу в психотерапии (в самом широком понимании). Международных дорог (психотерапевтических направлений) не так много: когнитивно-поведенческая, психоаналитическая (психодинамическая), экзистенциально-гуманистическая, телесно-ориентированная, интегративная, клиническая классическая психотерапия (ККП)... Но много внутри этих дорог конкретных методов и методик, тропинок и перекрёстков, в которых легко запутаться. По этой причине хорошо бы отчётливее представлять себе существо каждого психотерапевтического направления-дороги (суммы конкретных психотерапевтических родственных методов, методик). Дороги эти начинаются, по-моему, в природных особенностях души каждого из нас [7, 15].

Этой работой хотел бы помочь и клиническим психологам с врачебной душой приблизиться к ККП. Многолетнее преподавание психотерапии врачам и психологам убедило меня в том, что психолог с врачебной душой способен, благодаря самообразованию и постоянному общению с психиатрами, помогать пациентам в духе клиницизма. Как и другой гуманитарий, естественно-научно, не в духе истинно теоретической концепции, а реалистически, по-земному, сердечно сочувствующий своим психотерапевтическим воздействием страдающему человеку. Конечно, тут необходимы консультации психиатра, психиатра-психотерапевта.

Тяжёлое теперь у нас положение с врачебной психотерапией, а нуждающихся именно в ней типично российских дефензивных, тревожно-депрессивных (в широком понимании) пациентов – всё больше. Многие из них, при умелой психотерапевтической заботе, так много важных, особенно одухотворённо-умственных, дел могли бы совершать для нашей страны [10].

Изучать любое направление психотерапии помогает погружение в его историю. Клинико-классическому психотерапевтическому самообразованию, может быть, поможет и этот очерк. Как и усовершенствование по психотерапии в медицинском учреждении.

ККП отправляется от подробностей *клинической картины*, проникнута *клиницизмом*. Клиницизм происходит из реалистически (естественно-научно) размышляющего *чувства* клинициста. Это размышляюще-обобщающее чувство есть *научное искусство* (в отличие от теоретического суждения в психологии и в других гуманитарных науках). Это известно из словарей и энциклопедий: медицина – «искусство», «наука и искусство». Но почему это так – и, в том числе, в ККП? Потому что без клинического размышляющего чувства (сочувствия) психиатр-психотерапевт не способен *почувствовать*, например, патологичность (болезненность) расстройства настроения (симптомы депрессии), отличить их от здоровой «мерехлюндии» (слово А.П. Чехова), от своего здорового тоскливого переживания. Это знание-понимание обретается поначалу точнее чувством, нежели мыслью, каким-то измерением. Потом уже (или одновременно) клиническое чувство подробнее осмысливается. И это так для большинства психопатологических симптомов, синдромов, «рисунков» характеров (личностная почва), то есть всего того, что составляет *клиническую картину*. Клиницисту-соматологу существенно-технически помогают лаборатория, медицинские приборы (к примеру, возможно врачебным глазом проникнуть в желудок пациента). Клиницисту-психотерапевту, психиатру-клиницисту, в основном, остаётся надеяться, особенно в ответственных случаях, на свою диагностическую исследующую душу, которой невольно исследует пациентов и вообще людей вокруг себя [19]. На своё клиническое чувство с живым реалистическим обобщением того, что чувствуешь. А это приобретает клиническим опытом, в отличие от врождённой интуиции. К приобретению опыта нужно быть природно предрасположенным. Ещё важно прислушиваться к тому, что говорят родственники, знакомые пациента. Психиатр-психотерапевт и тут невольно вынужден их клинически (размышлением-чувством) профессионально исследовать в беседе. Пусть это будет как можно незаметнее для них. Исследование патопсихолога может серьёзно помочь, но, как известно, оно не есть решающее, ответственное. Решающее – клиницизм.

Клиническое обобщающее мыслью чувство помогает, порою тоже невольно, существенно, и непосредственно в самом психотерапевтическом процессе, подобно тому как невольные движения рук опытного хирурга помогают ему творить спасающие пациента чудеса в процессе сложной операции [7, 10, 15].

Наконец, КПП опирается на развивающееся в психиатрии учение о клинической картине – учение о нозологии, дифференциальной диагностике болезней, но, главное, – на учение о личностных типах (характерах). Психотерапевт-клиницист работает с *личностью* пациента в её естественно-научном понимании, с характерологическими особенностями, обнаруживающими себя в разнообразных душевных расстройствах, даже психотических. При этом переживает близкую земную *встречу* с душой пациента. Всё это вместе, видимо, не так важно для психотерапевтов, опирающихся, прежде всего, на симптомы и синдромы, а также для психофармакотерапевтов. И это мироощущенчески не так – для психотерапевтов психологически-теоретического склада души. Там всё психологически по-другому.

Клиницизмом проникнуто и суждение клинициста о том, как он помог пациенту (терапевтическая эффективность). Эта помощь «измеряется», прежде всего, не экспериментально-психологически, не «математически», а тоже клинито-классически, чувственно-обобщающе. Ослаблением, уходом расстройств или способностью, более или менее, просветлённо жить сквозь них. То есть примерно так же, как мы убеждаемся в том, как помог нам подняться в жизни какой-то человек, даже писатель, философ прежних времён. При всём этом исследователю какого-то психотерапевтического метода следует указать, какому количеству пациентов ему этим методом удалось помочь.

О других особенностях психотерапевтического клиницизма, о КПП скажу позднее.

Психотерапия (профессиональная помощь, лечение средствами души) стала «официально признанным *лечебным* (курсив мой – М.Б.) методом» «к началу 20 века» [30, с. 819]. В ту пору это было всегда *врачевание*. К концу 20 века научной профессиональной психотерапией больных и здоровых людей уже широко занимались в мире психологи, педагоги, философы, другие гуманитарии [55]. Больным людям чаще психотерапевтически помогали врачи, а здоровым – не-врачи. Психологи, помогающие больным, стали себя называть «клиническими психотерапевтами» [31, 55]. Этому способствовали и неклассические психиатрические классификации болезней (DSM-4-R и ISD-10). Их существо – операциональная диагностика: определение диагноза (для «доказательной медицины») по заранее перечисленным расстройствам-терминам для прицельного стандартного лечения. По каталогу критериев, комплексу симптомов, без *клиницизма* (*обобщающее реалистической мыслью чувство*), в сущности, без пациента как живого человека в живой углублённой беседе. Диагностика, «как бы понятная» не только клиницистам. Это хорошо как техническое подспорье, но невозможно надёжно *доказывать экспериментально-психологическим измерением* происходящее в душе. Это иное, нежели доказывать лабораторией происходящее в теле. Например, экспериментально-психологическим измерением доказывать душевную преданность человеку, его любовь или тайную безнравственность. Возможно (для клинициста) надёжно инструментально *измерять* лишь природную, материальную основу духа, но не сам дух. Психиатрический клиницизм – не механический материализм. Душевное, духовное для клинициста несёт в себе лишь «следы» своего природного происхождения, предрасполагающие даже к определённому мироощущению, но не измеряемую телесность. В этом философское естественно-материалистическое существо психиатрического, психотерапевтического клиницизма. В этом *родственность* телесных и душевных, духовных явлений. Не более. Психиатр-клиницист способен своей природной предрасположенностью, клиническим опытом *чувствовать* эти телесно-природные разнообразные «следы» в душевном. Чувствовать при этом тело как источник духа. Типичный психолог, в отличие от типичного клинициста, обычно этого не чувствует. Он способен с глубоким научным уважением относиться к анатомо-физиологической архитектонике тела, мозга, но *не чувствует* телесное *источником* духа. Чувствует более или менее совершенным *приёмником* изначального духа. Тут и у клинициста, и у психолога своя *жизненная правда*, необходимая Человечеству. Нам не дано знать, как всё устроено объективно, независимо от наших разных природных предрасположенностей к тому или иному мироощущению. Можно только сказать, что клиницизм более помогает, служит больным страдальцам, нежели «лёгким невротикам» и душевно здоровым. Клиницист несёт истинную ответственность за судьбу больного человека (Гиппократ). Это объясняется тем, что клиницист-психотерапевт, психиатр, работает не с *проблемой*, а с живой полнокровной душой пациента, нерасторжимой с его телом.

В новой сегодняшней международной классификации болезней (МКБ-11) классического психиатрического клиницизма уже почти не осталось. Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Андрей Аркадьевич Шмилович в работе «МКБ-11 – инструкция по уничтожению медицинской специальности «психиатрия»» поясняет недоумение отечественных клиницистов. «Всё вдруг оказалось можно у всех измерить. Но кто и как создал измерительные приборы? И почему это намерение сразу обеспечило «доказательность»?» Автор, по-моему, справедливо так горячо убеждён в том, что «эту классификацию невозможно адаптировать к Российской действительности» [59, сс. 17-18]. Невозможно, по-моему, прежде всего, потому, что российским психиатрам, психотерапевтам, пациентам свойственно, чаще всего, одухотворённо-материалистическое (а не психологически-теоретическое) мироощущение. Наша врачебная психиатрия, психотерапия всегда были проникнуты, наполнены гиппократовым клиницизмом.

Некоторые молодые психиатры, психотерапевты, правда, по молодости, уже не учатся клиницизму: нет необходимости, обходятся психиатрическими пособиями «МКБ -10» и уже «МКБ- 11». Психофармакотерапии (быстрой, практической) это, в известной мере, помогает, но клиническую классическую психотерапию (ККП), неразделимую с клинически-классической психиатрией, губит. Это сущая беда для тяжёлых пациентов, особенно российских. Поскольку российским депрессивным страдальцам несравненно более помогает проясняющая, оживляющая душу, личность ККП. Классический клиницизм в психиатрии, психотерапии принёс столько добра тяжёлым пациентам, что отменить его (во всяком случае, надолго), думаю, невозможно.

«Клиническая психотерапия» (психотерапия больных людей) широко понимается сегодня. Прежде всего, по причине полярных мироощущений психотерапевтов: естественно-научного (материалистического) и психологического, гуманитарного (идеалистического). *Психологическая* (в широком понимании, т.е. гуманитарная) *клиническая психотерапия* происходит из классического *идеалистического* («теоретического») *мироощущения* с врождённым чувством изначальности духа. Дух символически кристаллизуется в психологические (гуманитарные) концепции, реализующиеся различными

психотерапевтическими техниками (психоаналитическими, когнитивными и т.д.). Естественно-научная ККП исходит из *классического естественно-научного материализма* [10, с. 440], который может быть по-своему одухотворённым, как материализм Гиппократов, Пушкина, Чехова, Корсакова, Эрнста Кречмера, Ганнушкина. Естественно-научный (клинический классический) психотерапевт отправляется от чувственно-опытного (эмпирического) с реалистическим размышлением-обобщением изучения клинической картины – этого бесконечно-сложного душевно-телесного ландшафта в его внешнем и внутреннем движении. Психотерапевт-клиницист не может не быть психиатром-клиницистом, хотя бы «самоучкой», если он без специального образования. Клинический ландшафт (картина) подсказывает ему – как именно следует помогать стихийной природе защищаться от болезнетворного воздействия, от болезни, которая сама и есть в серьёзной мере защита от себя самой. Помогать природе защищаться, приспосабливаться к вредоносному воздействию и ещё порою серьёзно поправлять природу. Например, особенной терапией творчеством смягчать защищающую от тоски, но тоже по-своему тягостную, деперсонализацию (душевное онемение, чувство изменённости своего эмоционального «Я»). В других случаях клиницист, напротив, гипнотизацией вызывает это защитное природное деперсонализационное онемение у пациента, напряжённого тревогой. И т.д. Но для всего этого, повторю, важно уметь, по возможности, понимая, естественно-научно (реалистически обобщающе показания клинического чувства, переживания), рассматривать клиническую картину (клинику).

Условность разделения естественных и гуманитарных наук сказывается в том, что во все времена иные гениальные гуманитарии были от природы одухотворёнными материалистами (Демокрит, Энгельс, Белинский, Стасов).

Психиатрическая клиническая картина включает в себя личностную почву (характер, личность (в естественно-научном понимании) в подробностях (вплоть до высоких духовных движений)). Самые благородные движения духа у пациента классический клиницист чувствует-осмысляет как родившееся в природном теле человека и как-то соответствующее внешним особенностям этого тела. Для классического (гиппократова) клиницизма (этого *научного искусства*) важно родиться предрасположенным к нему, как полагал и Гиппократ. Быть предрасположенным, хотя бы с возрастом, реалистически-рационалистически, *чувствовать* (в этом и есть *научное искусство*) изначальность (первичность) Природы по её отношению к Духу. И, *обобщая*, обретать *клинический опыт*, основанный на этом врачебном художественном чувстве, питающем клинические реалистические размышления. Историки медицины называли Гиппократов эмпириком-рационалистом. Но таковы, по сути, и врачи-психотерапевты, клинические классические психотерапевты 20 века – Яроцкий, Э. Кречмер, Консторум в отличие от глубоких психологических психотерапевтов Ясперса, Адлера, Роджерса.

ККП включает в себя **все** психотерапевтические воздействия («механизмы») – суггестивные, рациональные, креативные и т.д., - но в **клинически-классическом, гиппократовом преломлении**. Что это за преломление? Это, по-моему, те 7 древних гиппократовых основ, могучих ростков сегодняшней, выросшей из них, ККП, о которых ещё скажу. Пока же перечислю названия основных психотерапевтических методов в ККП. О них рассказано и в моей «Клинической психотерапии» (2006) [7]. Это – клиническая классическая суггестивная и гипносуггестивная психотерапия, клиническая классическая рациональная психотерапия, клиническая классическая тренировочная психотерапия, клиническая классическая аналитическая психотерапия, клиническая классическая активизирующая психотерапия Консторума, клиническая классическая терапия творчеством и ещё целый ряд методов [7, 8].

ККП особенно показана более или менее сложным душой хроническим тревожным, депрессивным пациентам с переживанием своей неполноценности, нередко вины перед теми, кому ещё хуже. Это неторопливая, сердечная психотерапевтическая работа. Таких пациентов, как отметил, очень много в России.

Психологический психотерапевт может быть по образованию врачом, но с психологическим природным мироощущением (например, Фрейд). А естественно-научным психотерапевтом-клиницистом, по-моему, в сущности, может стать и психолог (по образованию, профессии), потянувшийся основательно изучать клиницизм. Т.о., есть клиницист душой, по своей природе. Клинический психолог как помощник врача.

Глава первая Гиппократ

Древний мир (античное время): 3-е тысячелетие до н.э. – 5 век н.э. (Древняя Греция (Эллада), страны эллинизма, Древний Рим). Средневековье: 5 век- середина 17 века.

Что есть те, тесно связанные между собою, гиппократовы основы (7 древних основ), на которых стоит ККП. Они есть следующее.

1. Естественно-научное (одухотворённо-материалистическое) врачебное мироощущение.
2. Приверженность к клинической картине, включающей в себя «прорисованность» личностной почвой (темперамент, характер, конституция, душевно-телесное стойкое своеобразие – это всё для врача-практика, в сущности, одно).
3. Убеждённость в «мудрой» лечебной силе самой природы, которой надобно следовать, помогая ей и поправляя её по её *следам*, поскольку она всё же стихия.
4. Клинический опыт как выработанное в лечебной практике клиническое чувство, чутьё, реалистически осмысливаемое. Клинический опыт, в котором, повторю, неразрывны клиническое мышление (наука) и клиническое чувство (искусство). В диагностике и в лечении.
5. Способность диагностировать не просто «штучные» симптомы, но весь неразделимый патологический пейзаж (картину заблуждения), голосом природы подсказывающий *свою помощь*, хотя и стихийную.
6. Одухотворённое, реалистическое, сочувствующее отношение к больному с переживанием ответственности за его судьбу.

7. Гиппократова мироощущенческая материалистичность (чувство первичности природы, тела в медицине) не отвергает напрочь идеализм, религию (богов) и не берётся судить о том, **что** движет или не движет самой природой. Но боги, по-видимому, не причиняют болезни и не лечат их. Об этом далее.

Всё это, связанное между собой, есть классический, гиппократов *клиницизм*. В том числе – *психотерапевтический клиницизм* (клиницизм ККП). Классический клиницизм развивался с перерывами тысячелетия, усложняясь и углубляясь, до сегодняшнего дня.

Профессор Владимир Порфирьевич Карпов (1870-1943) – врач-гистолог, философ, переводчик с древних языков, изучавший работы Гиппократов и работы о нём. Карпов согласен с немецким историком медицины, своим современником, Нейбургером в том, что «сущность гиппократизма» лежит «в его понимании врачебного призвания, в остающемся вечно истинным методе врачебного мышления и действия» (Нейбургер) [21, с. 76]. Этот метод клинического (врачебного) мышления и действия и есть суть *клиницизма*.

ККП потому классическая, гиппократова, что проникнута классическим клиницизмом древнегреческого врача Гиппократов (ок. 460 - ок. 370 до н.э.).

Приверженность Гиппократов к клинической картине, к больному как целостному (душевно-телесному) человеку обнаруживается и в его знаменитых «Афоризмах». «Старики вообще гораздо меньше болеют, чем люди молодые. Но если у них бывают какие-либо болезни хронические, эти последние большею частью кончаются вместе с их жизнью» (Афоризмы, отдел второй, 39). «Меланхоликов же нужно обильно очищать на низ (...)» (Афоризмы, отдел четвёртый, 9) [21, сс. 695, 702, 708].

Психиатр-психотерапевт, автор классической книги «История психиатрии» (1929) Юрий Владимирович Каннабих, имея в виду Гиппократов, Гиппократову школу, полагает следующее. «Можно сказать, что именно врачи основали научный материализм в тот день, когда высказали мысль, что причина поведения как здорового, так и больного человека, причина *psyche* находится в пределах тела, где-то в глубине его тканей, в материи, из которой оно состоит» [29, с. 30]. Древне-римский врач греческого происхождения Клавдий Гален (ок. 130 – ок. 200), эклектик, теолог, основоположник теоретической медицины (физиология, анатомия), «последующим векам <...> передал, подчеркнувши её великое значение, гиппократову теорию о четырёх жидкостях, от различного смешения которых зависит **темперамент** человека» [29, с. 52]. Уже отмечал прежде, что, по-моему, для великого естественно-научного (материалистического) открытия более подходит термин «учение», нежели «теория». Так, обычно говорим: «учение Дарвина» или «учение Павлова», но «теория Эйнштейна».

В гиппократовом учении о четырёх жидкостях («влагах») – кровь (сангвиник), жёлтая жёлчь (холерик), чёрная жёлчь (меланхолик), слизь (флегматик) – уже кратко, гениально присутствуют будущие душевно-телесные конституции, характеры в их жизненных выразительных чертах, с предрасположенностью к определённым болезням, с особенностями лечения согласно темпераменту (характеру). Высшая психотерапия – всегда, буду повторять, душевная работа с личностью (характером) человека.

«Тело человека содержит в себе кровь, слизь и жёлчь, жёлтую и чёрную; из них состоит природа тела, и через них оно и болеет, и бывает здоровым. Бывает оно здоровым наиболее тогда, когда эти части соблюдают соразмерность во взаимном смешении в отношении силы и количества и когда они наилучше перемешаны. Болеет же тело тогда, когда какой-либо из этих частей будет или меньше, или больше, или она отделится в теле и не будет смешана со всеми остальными (...)» [«О природе человека» – 21, сс. 198-199]. Темперамент человека (сангвинический, холерический и т.д.), повторю, зависит от рода этого смешения. И душевные болезни происходят от неправильного смешения этих жидкостей. В этом уже внятно сказывается материалистичность Гиппократов Косской (остров Кос) медицинской школы [10, сс. 428-429].

«... после Галена только салернская школа уже в XII веке дала не менее яркое описание типов **меланхолика, холерика, флегматика, сангвиника** – первый эскиз учения о конституциях, над которыми до сих пор с таким интересом работает человеческая мысль» [29, с. 52].

Знаменитый врач Салернской медицинской школы в Италии («Гиппократова община») Арнольд из Виллановы (ок. 1235-1311) в своём «Салернском кодексе здоровья» (начало 14 века) рассказывает о гиппократовых темпераментах следующее. Сангвиник «всегда весельчак и шутник по натуре», «влюбчивый, щедрый», «мясистый, по истине смелый, добрый» (параграф 83), а холерик «вечно взъерошен», «раздражителен», «хитрости полон, сухой он и с ликом шафранным» (параграф 84). Флегматик «сонлив и ленив», «тучен он телом и разумом туп, белолицый обычно» (параграф 85), меланхолики же «молчаливые и мрачные», «бодрствуют вечно в трудах», «тверды в намереньях», но лишь опасностей ждут отовсюду». «Печальны, их зависть грызёт», «робки, не чужд им обман, а лицо их землистого цвета» (параграф 86). Далее рассказывается (тоже в духе Гиппократовы школы), как эти четыре «влаг» «переходят границы законные», то есть здоровые, порождая душевные и телесные расстройства. Тревогу, страх, тошноту, «в сердце уколы», боли в желудке, затылке и т.д. (параграф 87-91). И, наконец, как следует,сообразно возрасту и времени года, эти болезни лечить. О началах ККП пока и здесь найти ничего конкретного ещё не удаётся, как и в других доступных мне работах Гиппократовы школы. Но начало Клинической классической медицины с присутствием в нём разных душевно-телесных типов больных и здоровых людей несомненно. И у Гиппократов, и у Галена, и у Арнольда из Виллановы.

Германский учёный-гуманист и поэт Гелий Эобан Гесс (1488-1540) в своих стихотворениях сопоставляет «влаг» (темпераменты) с созвучными им временами года, знаками зодиака, планетами и возрастом. Лето – «светлая жёлчь» и «три «огненных знака»: «Овен со Стрельцом, лук натянувшим, и Лев. / Осени свойственна чёрная жёлчь, «землянные» созвездья: / Вол трудолюбив, затем белая Дева, Козёл». «Кровь набухает весною; и ей три «воздушные» знака свойственны. / То: Близнецы, чаши Весов, Водолей». Флегма - «зима, а созвездья её «водяные»: Хладная Рыба и Рак, ярый ещё Скорпион». Детство, дети – «время весны», «любит и Феб их». Юность – лето, «клокочет без меры / Марсова сила и гнев движет оружьем тогда». «Осень – пора пожилых, что тревожимы хладной луною; / Светом неверным своим шлёт им тревоги она. / Немоощных старцев пора – это время зимы: пожирает / Пастью безжалостной их косу несущий Сатурн [32, сс. 102, 107].

В разделах «Гиппократова сборника», которые приписываются не только Гиппократу, но и его последователям, есть немало противоречий, непонятностей, ошибок переписчиков, но трудно не обратить внимания на повторяемость высказываний о богах. Клиницисту, одухотворённому материалисту, трудно быть воинствующим атеистом. К примеру: «... в различных страданиях и случаях медицина расположена почтительно относиться к богам. Врачи склоняются перед богами, ибо в медицине нет чрезвычайного могущества. И хотя они многое лечат, однако, есть много такого, что превосходит их силу и делается само по себе» (может быть, делается благодаря природе? – М.Б.). Или: «Ведь врач-философ равен богу» [«О благоприличном поведении» - 21, сс. 111-112]. «Следует признать, что природа, *по побуждению некоторой силы* (курсив мой – М.Б.), приводится в движение (...)» [«Наставления» – 21, с. 119]. Всё это, думается, похоже на скромный агностицизм, в котором признавался и Дарвин.

«**Натуры – врачи болезней**, – сказано в Гиппократовом сборнике. – Природа, не рассуждая, сама находит пути и средства, как доказывают мигание глаз, отправления языка и многое тому подобное, ибо природа без посторонних указаний, ни у кого не участь, делает должное. В другом месте читаем: «природа достаточна во всём, для всех»» (Цит. по С.Г. Ковнеру [33, с. 309]. При этом глубокий историк медицины Савелий Григорьевич Ковнер (1837- 1896) отмечает, что Гиппократ допускает, что «природа может подчас и ошибаться и что иногда бывает нужно противодействовать её стремлениям» (33, с. 310).

Александр Тралльский (525-605). От «Траллы» - название города [29, с.55]. «Это был один из городов Малой Азии, где говорили на чистейшем греческом языке» [34, с. 58]. Врач, преподаватель медицины, живший и лечивший больных в разных странах, последователь Гиппократа и Галена, но и со своим живым талантом, богатым опытом. Ковнер рассказывает о нём следующее. «В особенности заслуживает уважения постоянное внимание, обращаемое им (Александром- М.Б.) при лечении на конституцию (курсив мой – М.Б.), образ жизни, возраст и состояние сил больного» [34, с. 111]. При этом Александр требует от врача, чтобы тот «изучал тайные, сокровенные силы природы» и «прибегал к чудесным средствам и амулетам, особенно тогда, когда никакие другие средства не помогали и *когда их желал и в них верил* (курсив мой – М.Б.) сам больной» (с. 61). Так, в Галлии он научился лечить падучую болезнь петушьими яичками, в Испании – пережжённым и растолчённым ослиным помётом» (с. 59). То есть Александр действовал в данном случае внушением, исходя из картины душевного состояния больного, в сущности, как клиницист. Диагностика, по Александру, – «путеводительница для лечения» (с. 68). «Твёрдо веруя в существование природного инстинкта, подсказывающего человеку необходимое для него в болезнях, Александр внушает врачам обращать внимание на целебные стремление природы, часто ведущее к выздоровлению без содействия человека. К таким целебным силам природы принадлежат критические кровотечения и опорожнения, служащие для выведения болезнетворных веществ из организма (рвота при накоплении в желудке густых несваренных соков), а потому врач должен не препятствовать, а содействовать этим благодетельным актам» (с. 68-69).

Оговорюсь, что такое подробное цитирование объясняется и малодоступностью редкого тома Ковнера, изданного в чеховские времена.

Под именем «меланхолии» Александр описывает все вообще душевные болезни. Они происходят, по его мнению, не от преобладания одной какой-либо влаги (кровь, слизь, жёлтая и чёрная жёлчь), а от преобладания нескольких влаг. Далее следуют живые клинические психопатологические описания различных форм меланхолии. В конкретных душевных расстройствах Александру видится причинившее их преобладание определённых влаг. Так, преобладание крови и чёрной жёлчи причиняет «беспричинную тоску», «отвращение к жизни, ненависть к людям, манию преследования». **Лечение:** «при избытке крови – **кровоупускание**», кровь в избытке пополам с жёлчью – **слабительные**. Ванны, диета, покой и сон. «Наконец, он (Александр – М.Б.) достигал успешных результатов **психическим** методом лечения, причём советует соглашаться с ложными представлениями больного и стараться исполнять его желания, а также – перемену места, путешествия, посещение театра и собраний, лёгкие занятия» (сс. 85-88).

Не удаётся выяснить, был ли лечебный «психический метод» Александра достаточно клинически-классическим, то есть отвечающим своими видами психотерапевтических воздействий картинам болезней, конституциям (темпераментам, личностной почве). Могу лишь предположить, что он был таковым, исходя из, в основном, клинически-классической, гиппократовой медицины.

Ковнер далее утверждает, что медицина Гиппократа (рационально-эмпирическая) и Галена («научно-экспериментальная»), «в течение средних веков увлечённая потоком религиозных, философских и мистических учений востока и Греции, была доведена до крайнего упадка и должна была ждать целых 14 веков, чтобы с открытием **кровообращения** (Гарвей, 17 век – М.Б.) сделаться раз навсегда научной» (с. 163).

Медицина арабов (прежде всего Авиценна (980-1037), как считает Ковнер, была целиком построена на медицине греческой, хотя и со «своеобразным колоритом» (с. 341).

Узнать о конкретных способах древней, ещё не сложившейся, психотерапии в практике Гиппократа, о специальных способах (методах) душевной помощи больному, исходя из клиники его заболевания, не удалось. Существуют ли где-то такие доказательства-документы? В текстах «Гиппократова сборника» это «исходя из клиники» тут и там проглядывает. Например, в тексте «О благоприличном поведении». «Всё, что надо делать, делай спокойно и умело так, чтобы больной мало замечал то, что ты делаешь. Его надо, когда это следует, одобрить дружеским, весёлым, участливым словом; надо думать только о больном; в случае необходимости строго и твёрдо отклоняй его требования, но в другом случае окружи больного любовью и разумным утешением; но главное оставь его в неведении того, что ему предстоит, и особенно того, что ему угрожает. Ибо некоторые больные вследствие этого, - я имею в виду, неосторожное сообщение и предсказание в отношении того, что грозит им, - решаются на крайние поступки (самоубийство)» (Anst., XVI) [Цит. в более позднем переводе В.И. Руднева по кн. Р.А. Лурия – 45, с. 4]. Полагаю, что у Гиппократа уже было это клинко-психотерапевтическое в своих зародышах, и благодаря научному роману о Гиппократе одного из основоположников нейрохирургии, канадца Уилдера Пенфилда (1891-1976) – «Факел» [51]. Пенфилд изучил всё, что смог о гениальном основоположнике клинической классической медицины и убедительно, согласно его сохранившимся работам и работам о нём, изобразил строй его души и поступков.

Вот пришёл к Гиппократу за помощью врач, поэт, философ – «великолепный Эмпедокл» с сильными болями в спине (злокачественная опухоль позвоночника). Эмпедокл боится расставания со своей нынешней жизнью, хотя верует в магию и для него дух человека, как и дух жертвенного животного, «отправляется в долгий путь, чтобы затем возродиться в теле другого животного или человека» (с. 80). Гиппократ поясняет знаменитому Эмпедоклу, что тот уже «ушёл очень далеко» от медицины, «поднялся на склоны Парнаса, где обитают Музы». «Я научился восхищаться твоими стихами, и мне кажется, я научился понимать твой язык» (сс.77-78). Эмпедокл говорит: «Если суждено, чтобы от Эмпедокла осталось только воспоминание, пусть оно будет возвышенным». Гиппократ, видимо, врачебно рассматривает душевное состояние поэта-философа и не боится ему сказать, что если болезнь не уступит лечению, «исход может быть только один». И далее. «Гиппократ обхватил старика за плечи и осторожно помог ему подняться. Эмпедокл оперся о его руку, и, медленно перейдя двор, они вошли в дом. Гиппократ предложил больному свою постель (...)» (с. 76). Потом пришло предсказанное Гиппократом Эмпедоклу время умереть, время, когда «каждый человек один встречает своих богов» (Гиппократ). Эмпедокл на своём муле по тропе поднялся на высокую гору и бросился вниз с «обрыва в сторону моря». Его рабы-близнецы, «повинуясь приказанию своего господина, заиграли гимн, чтобы помочь ему найти путь» (с. 164).

Быть может, Гиппократ и здесь исходил из клиники, включающей в себя душевные особенности Эмпедокла - недоверие к утешению, ощущение духовной вечности, вечного пути. И, восхитившись искренне в беседе с ним его стихами, Гиппократ не скрывал от Эмпедокла «того, что ему угрожает».

Когда перечитываю «Факел» Пенфилда, вспоминаю историко-характерологические романы Тынянова о Пушкине, Грибоедове, Кюхельбекере. Тоже – люди, о которых он писал, могли бы так точно не переживать и не поступать. Но это было в духе их характеров – и потому, в сущности, правда.

Глава вторая

Эпоха Возрождения (14-17 века, по-разному в разных странах). 18 и первая половина 19 века в Европе.

Эпоха Возрождения есть одновременно возрождение гиппократова клиницизма. Лондонского врача-практика Томаса Сиденгема (1624-1689) так и называли – «британский Гиппократ». Шарль Лепуа (1563-1633) и Сиденгем создают в 17 в. естественно-научное учение об истерии (в том числе, и среди мужчин). С описанием анестезии, слепоты, немоты, других истерических симптомов и даже некоторых личностных особенностей пациентов. Сиденгем сделал «первые описания истерического характера: «Всё полно капризов. Они безмерно любят то, что вскоре без оснований начинают ненавидеть»» (Овсянников С.А. [50, с. 96]). Это после сказочной древнегреческой жаждущей зачатия матки (hystera), ползающей внутри тела женщины и запиравшей ей горло (Платон). Впереди было врачебное удаление истерических симптомов внушением и, много позднее, клиническая классическая рассудочно-горячая психотерапия личностно-сложных истерических пациентов Консторумом в советское время.

В провинциальном «Иорском убежище» для душевнобольных в Англии, похожем внешне на усадьбу, открытом Уильямом Тьюком, квакером («общество друзей»), в 1796 г., уже не было наручников и цепей, а только горячая рубашка и изоляторы. Доктор Фулер (первый врач убежища) «пользовался огромной любовью больных». «Тщательно проводилось деление больных на группы. Были особые сады и дворики для прогулок, а в доме организованы светлые помещения для дневного пребывания, для занятий и игр. Особое внимание уделялось огородным, садовым и земледельческим работам» [29, сс. 141-142]. Старинное лечение общением с природой было с древних времён одним из основных психотерапевтических воздействий, пока не вошло в ККП. Пока не стало применяться личностно по-разному – сообразно особенностям души пациентов, тяготеющих в одних случаях к грустной берёзе, в других – к колючим кактусам, в третьих – к «космическим» минералам и т.д.

Французская революция 1789-1799 годов. Основоположники французского психиатрического, психотерапевтического клиницизма – великий Филипп Пинель (1745-1826), уже перед всем миром (Париж!) снявший наручники и цепи с душевнобольных (постепенно, с 1795 года), и его друг, ученик, профессор Жан Этьен Доминик Эскироль (1772-1840), создавший двухтомное сочинение «О душевных болезнях» (1838). Основательно занимался подробной психотерапией в Бисетре и Сальпетриере Эскироль. Есть смысл привести тут место из редкой у нас книги Пинеля «Медико-философский трактат» (1802). «Доктор Esquirol искусно пользуется посещениями родственников и прогулками в качестве нравственного метода лечения при ослаблении душевного заболевания и в течение периода выздоровления. Он советует одному, одобряет другого, беседует с меланхоликом и старается рассеять его призрачные фантазии; он изучает течение идей у больных, стараясь удалить те произвольные страдания, которые затемняют рассудок; он то сражается с ложными убеждениями больных, то как будто примиряется с их крайними мнениями или даже потакает их капризам, чтобы заслужить доверие и приготовить таким образом благоприятную почву для благоразумных советов. Как только душевнобольной проявляет несомненные признаки выздоровления, он допускается за общий стол с врачом и, по истечении нескольких дней такого испытания, его переводят в отделение для выздоравливающих <...>. С первыми признаками выздоровления они (больные – М.Е.) получают полную свободу <...> и врач держит себя с выздоравливающими запросто; они собираются вместе для обеда, для игры на биллиарде и для других игр; часть вечеров проводится в обширной зале, где занимаются музыкой...» [52, с. 192].

Так выглядят драгоценные начала ККП во Франции в первой половине 19 века.

О воскресшем в ККП в наши дни важном психотерапевтическом «общем столе с врачом» см. – 7, сс.449-450.

Вильгельм Грингер

Вильгельм Гринингер (1817-1868), берлинский психиатр, в своей классической книге «Душевные болезни» (1-е изд. – 1845 г., 2-е изд-е (русский перевод) – 1867 г.) в главе о «психическом лечении» пишет, что «врач должен показать на деле практическое знание людей, пониманием каждой отдельной личности, умением обращаться с каждой из них, сообразно с её характером, наклонностями, привычками, степени развития, наконец умением найти чувствительную струну больного» (с. 567). «Для легкомысленного человека религиозные увещания во время болезни были бы, напр., так же неуместны, как насильственные занятия музыкой для человека, не имеющего к ней наклонности» (с. 568). «Кроме того, развлечениями служат разговоры, чтение, прогулки, игры, общество, весёлые собрания, *видоизменяемые смотря по характеру больных* (курсив мой – М.Б.)» (с. 570). «Не следует отказывать в утешениях религии ни одному больному, который их желает и требует; но было бы совершенно противно основным правилам психического лечения навязывать ему эти утешения и желать затронуть в нём интересы, не имеющие почвы в его сердце» (с. 571). «Общее правило» - «не бороться против ложных идей прямыми доводами рассудка». «... гораздо разумнее наводить больного, как бы случайно, на истинное положение вещей; всякая же полемика утомляет и мучит его, пробуждая в нём недоверие и нерасположение к окружающим» (с. 564-565) [22]. «Основой всякого психического лечения» душевнобольного Гринингер считал «психическое отвлечение» занятиями, близкими его прежней здоровой душе, - отвлечение, защищающее от «затемнения» «его прежнего «Я»» [10, с. 34]. Т.е. здоровое, свободное от психотики «Я». Гринингер считал, что «полевые и садовые работы» «крайне благотворны»: «они действуют мирными успокоительными впечатлениями, которые даёт зрелище природы» [22, с. 569].

По Гринингеру, «в психических болезнях мы прежде всего должны видеть **болезнь головного мозга**» [22, с. 1].

Во всём этом уже отчётливо и подробно сказывается клиницизм и, в том числе, начало германской ККП 19 века по дороге к работам Эрнста Кречмера.

Развитие ККП в России в 18 веке и до 80-х годов 19 века

ККП углублялась, усложнялась постепенно в клинической классической (гиппократовой) медицине. Важно, по-моему, почувствовать-осознать эти ростки-истоки ККП и ту почву (клиницизм), из которой они выросли. Тогда ККП станет понятной, осязаемой в своей зрелой целостности.

Уже отмечал особую предрасположенность известных российских врачей в 18 веке и первой половине 19 века к гиппократовой медицине, писал о явных животворных ростках ККП в их работах, созвучных национальным (психастеническим, меланхолическим – в широком смысле) переживаниям многих русских пациентов [12, 16-18]. Это переживания тревожно-размышляющего, тревожно-робкого, ранимо-нравственного и несчастного «маленького человека», о которых рассказывала миру русская реалистическая живопись и особенно великая русская психологическая проза Гоголя, Достоевского, Л. Толстого, А.П. Чехова.

Семён Герасимович Зыбелин (1735-1802), ученик Ломоносова, первый русский профессор-медик, в 1777 произнёс в Московском университете «Слово о сложениях тела человеческого и о способах, как оные предохранять от болезней». Это небывалое, довольно подробное описание 4-х гиппократовых темпераментов (характеров, конституций) уже из русской жизни того времени. В этих реалистических клиничко-психологических описаниях обнаруживаются и психотерапевтические советы сообразно характерологическим картинам души. Повторю здесь то, что подробнее уже цитировал [18]. Меланхолики «понимают вещи с немалым трудом. Но потом по причине прилежности и зрелого своего рассуждения проникают в оные совершенно, и сии более в них впечатлеваются; глубокомысленны, но на ответы не скоры, в делах чрезмерно трудолюбивы, хотя в исполнении и окончании оных медленны. Ибо везде наперёд затруднения, коих нет, и несчастье воображают и потому, будучи весьма осторожны, однако при неумолимом своём рачении всё со временем преодолевают с успехом: почему от многих <...> в камерных делах, в судах и советах, в высоких науках и рассуждениях глубокого требующих великими и верными людьми почитаются». «... одного сложения люди здоровые не весьма крепкое имеют, но более склонны к внутренним завалам, к ипохондрии <...>, соки имеют густые и вязкие...» [27, сс. 187-188].

Профессор-медик Матвей Яковлевич Мудров (1776-1831) преклонялся перед Гиппократом, переводил его. В «Слове о способах учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных», которое он произнёс, как и Зыбелин, в Московском университете, но в 1820 году [48], Мудров разъяснял студентам, что это значит – *лечить не болезнь, а неповторимого больного*. Неповторимость не измеришь и в книгах чётко не опишешь. Неповторимость постигается лишь опытом. Необходимо выработанным клиническим опытом (в гиппократовом понимании) уловить чувством и обобщить разумом, что же происходит с больным – для сообразного клиничко-лечения [16, 18, 49]. Так понимаю гиппократов клиницизм Мудрова.

Лечение должно быть не только физическим, но и душевным. «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть *душевные лекарства* (курсив мой – М.Б.), которые врачуют тело. Оне почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твёрдость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного» [49, сс. 59-60].

Профессор-медик Иустин Евдокимович Дядьковский (1784-1841) в 1833 г. произносит в Московском университете актовую речь «О настоятельной необходимости в наше время изучения медицины всем просвещённым людям, особенно богатым» [25, сс. 77-80]. В Европе это не было принято. Но у нас это было, в сущности, думается мне, и неврачебной психотерапией, востребованной тревожными, ипохондрическими людьми, более всего пугающимися «плохой» неопределённости при каких-то телесных и душевных недомоганиях. Переживания тревожно-мнительных российских людей как бы «просили» просвещения, которое порою оказывалось проникновенно-психотерапевтическим и психопрофилактическим, даже спасительным от ипохондрий. «Но, быть может, скажут в возражение, - размышляет Дядьковский, - что в таком случае не медицина, а естественные науки полезны, которые ничто не мешает каждому изучать отдельно от медицины, а потому станут

обвинять меня в излишестве похвал сей последней. В ответ на сие почитаю нужным заметить только то, что хотя большая часть естественных знаний возможна для приобретения и сама по себе, независимо от медицины, важнейшая, однако же, часть их, именно психическая и физическая антропология, объясняется правильно в медицине (с. 78).

ККП последних наших десятилетий, кстати, целенаправленно преподаёт тревожно-депрессивным, ипохондрическим пациентам элементы клинической классической психиатрии и естественно-научной характерологии [7, 10].

В «Общей терапии, сочиненной для руководства слушателей своих» (1836) [25, сс. 81-179] Дядьковский описывает «психическое лечение» (действие «психическими средствами»), например, при ипохондрии и меланхолии. Эти средства «суть: музыка, искусство приоровления к свойству болезни, выбор больному предметов для чтения, изучение, обрабатывание и т.д. Самое же важнейшее <...> есть нравственная сила убеждений, имеющая основанием своим, с одной стороны, *точное познание свойств сердца человеческого* (курсив мой – М.Б.), а с другой – все возможные источники заблуждений рассудка. И стыд врачу, владеющему уже ключом ко всем высшим сведениям – глубоким познанием свойств природы и человека – и потому долженствующему быть выше всех своим просвещением, не владеть сим средством» (с. 99). Обнаруживаю в этом описании не только клинко-классическое сообразовывание («приоровление») «психических средств» с клиническими картинками, включающими в себя личностную почву, но и настоящий совет «слушателям своим» изучать для лечения характеры больных («свойства сердца человеческого»). Наконец, клиницист-терапевт-психотерапевт Дядьковский есть, по-моему, истинный предтеча клинициста-терапевта-психотерапевта Яроцкого в убежденности о серьезном целительном действии охваченности «идеями» (вдохновением) на соматическое заболевание. Дядьковский видит «большое сходство» «**психического лечения**» с «**лечением страстями**». Первое, по его мнению, «единственно нужно в болезнях психического происхождения», а второе – «единственно в болезнях, происхождения органического» (с. 99). «... всякий **определённый род идей** <...> оказывает влияние своё на тело наше <...> только по причине более или менее явственного в каждом из них развития определённых **психических страстей**. Отсюда, следовательно, понятно теперь, как натура и самое искусство могут употреблять **определённые роды идей** для лечения определённых болезней, не только психических, но и самых органических» (с. 129).

О других полнокровных ростках-истоках российской ККП этого времени (до 80-х годов 19 века) тоже уже прежде рассказывал [7-8, 16-18]. Здесь добавлю.

Василий Фёдорович Саблер (1797-1877) был с 1828 г. главным врачом Московского доллгауза (дом для умалишённых, богадельня). С 1838 г. это – Московская Преображенская больница (сейчас – Психиатрическая больница № 3 в Москве). Саблер был главным врачом до 1871 г. В Европе публиковались его отчёты о содержании и лечении больных. О его гиппократовом клиницизме, человечности к душевнобольным см. - 3, 8, сс. 23-24; 29, с. 292. В его больнице ещё совсем молодые психиатры П.П. Малиновский и С.С. Корсаков помогали больным российскими началами ККП (об этом далее). Огородные, рукодельные работы, музыкальные инструменты для больных.

Павел Петрович Малиновский (1818- до 1868 г. числился в списках работающих врачей [45, Д.Д. Федотов о Малиновском, с.7]) и его «лечение посредством впечатлений» (по сути дела, это лечение подобранным больному увлечением, творчеством) [10, с. 26-27]. Книга Малиновского «Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике» (1847, 1855) [46]. «Ни в одной болезни при её лечении не нужно столько пытливого, постоянного внимания, столько непоколебимого, долговременного терпения, как в лечении помешанных посредством впечатлений. Здесь надобно изучать характеры, наклонности, понятия, одним словом, все разнообразности в проявлении душевных способностей этих несчастных больных» [46, с. 174; 52, сс. 349-350;]. Малиновский не раз слышал от посетителей: «Вы привели меня в какое-то заведение, где учатся разным предметам и рукодельям, тут нет ни одного сумасшедшего» [53, с. 349].

Из книги Малиновского (раздел «Занятия помешанных»). Больные <...>, по назначению врача, читают по очереди вслух отрывки из истории, рассказов, путешествий и других избранных книг. У каждого из больных, занимающихся таким чтением, находится по экземпляру той же книги. Один из помешанных читает вслух, а другие по книге должны следить за ним мысленно. <...> Больные вовсе необразованные занимаются ручными работами... <...> Женщины вяжут, шьют, вышивают по канве... <...> Больных должны сперва учить, а когда они выучатся, - назначать их учить других, вновь вступающих, и, таким образом, учитель ученику и ученик учителю будут взаимно приносить пользу тем, что оба будут заняты» [46, сс. 193-195]. Предлагает Малиновский и лечение путешествиями (для имеющих на это средства) для «ограниченнопомешанных с мрачным, печальным расположением духа» (с. 190). Лечить путешествиями больных с «ложными представлениями», вспомним, советовал и Александр Тралльский.

И ещё – обращение Малиновского к молодым психиатрам, созвучное духу Гиппократову. «Обращайте больше внимания не на тех больных, которых родственники вам лучше заплатят или доставят протекцию, а на тех, которых болезненное положение требует большой заботливости – хотя бы они были нищие» [46, с. 215].

Малиновский служил, в основном, практическим врачом в гуще отечественной психиатрии своего времени. Незаконнорождённый сын крепостной вдовы, воспитанный помещиком (Д.Д. Федотов о П.П. Малиновском [46, с. 5]).

Корсаков

Сергей Сергеевич Корсаков (1854-1900) – одухотворённый материалист, российский нравственный гений, преданный душевнобольным, науке о них и преподаванию. «... в его юные годы ещё товарищ студент сказал: «если бы я был Диогеном, то, встретив Корсакова, я погасил бы фонарь свой»» [3, с. 154]. Корсаков открыл миру национальную особенность российской психиатрии, психотерапии. Страны великой реалистической психологической прозы, живописи, естественно проникающих, особенно в сложную, российскую душу.

Корсаков впервые в России, один, создал подробнейший (1114 с. + Приложения) классический «Курс психиатрии» (1901). Немного углубимся в этот том. Корсаков считает «личностью человека» «совокупность его душевных качеств». «Все идеи, чувствования и побуждения слагаются вместе, и общий вывод, общая сумма всего этого есть личность. Нужно прибавить, что сумма эта **организованная**, т.е. в ней все отдельные составные части находятся в **определённом** взаимном и притом **живом** отношении друг к другу; между этими составными частями особенно важную, доминирующую роль играют те идеи,

побуждения и чувствования, которые наиболее часты у данного человека, которые составляют его душевную особенность, которые суть почти постоянная его принадлежность. Эта часть как бы господствует над другими; она управляет и ходом идей, и поступками, она подчиняет всё своему влиянию, направляет психическую деятельность сообразно своим целям. Эта часть теснее всего соединена с теми представлениями и понятиями, которые образуют группу «я». Таким образом «я» составляет **иерархическую вершину** в психической жизни человека» [38, сс. 1-2, 93-94].

Корсаков вспоминает древнее учение о темпераментах и считает, что «при дальнейшей разработке» это учение «сделалось очень запутанным» и «ждёт исследователя». И, в самом деле, в недалёком будущем (первая треть 20 века) Ганнушкиным, О. Блэйлером и Э. Кречмером созданы классические основы современной клинической психологии, важнейшей для развития ККП. Об этом скажу далее. «В основе личности, - рассказывает Корсаков, - как мы знаем, лежит своеобразная **анатомическая** организация ...». «Этот анатомический конгломерат, притягивая к нервным элементам необходимую ему питательную плазму, **живёт и функционирует**, благодаря притоку крови и с нею кислорода, и благодаря химическим процессам в нервных элементах, и благодаря своевременному удалению продуктов работы; жизнь его выражается в получении впечатлений, в переработке их в ощущения, представления и понятия и в хранении и репродукции их». «Таким образом, каждому психическому акту, как бы он ни был мал, соответствует совершенно особое состояние нашей личности» [38, сс. 95-96]. Приблизившись к «в высшей степени важному и глубокому» «вопросу об источнике духовной жизни», Корсаков не стремится ответить на него воинствующе-материалистическим убеждением, как и великие русские психологические писатели-реалисты. «Зная, какую важную роль в нашей душевной жизни играет творческая работа бессознательной идеации, и как нередко путём интуиции открываются истины, которые рассудок осмысливает лишь впоследствии, мы не можем с невежественной насмешкой относиться к тому, что говорят многие высокоталантливые люди, считающие себя представителями метафизики, только потому, что эта область умственных исследований носит такое дразнящее название. Нам в курсе психиатрии, впрочем, нет надобности решать тёмный вопрос об источнике душевной жизни, так как мы имеем дело уже с заведённым механизмом» [38, сс. 95-96, 98-99].

Думаю, что и это размышление Корсакова близко к размышлению Гиппократу в беседах с больным Эмпедоклом: ты ушёл от медицины, но восхищаюсь твоими стихами.

Виктор Феликсович Круглянский, вдумчивый историк психиатрии, отмечает (1979 г.), что Корсаков «первым предположил, что психопатическая психика служит «почвой» больших психозов, причём личные особенности в значительной степени предрешают склонность к определённому психозу и сравнительную невосприимчивость к другим: «Клиническая картина формы психоза, - подчёркивает он, - получает более или менее своеобразный отпечаток в зависимости от свойства психопатической конституции»» [44, с. 115].

Для ККП понимание **проникнутости** клинической картины **личностной почвой** (личностью, характером, конституцией) есть, как знаем, главнейшее. Именно личности, даже изменённой патологическим развитием или процессом, психотерапевт помогает своей профессионально работающей душой. А через личность всему организму в целом. Если личность опустошается в органическом слабоумии, то уже, порою, почти и не на что опираться, чтобы психотерапевтически помогать в духе ККП.

Корсаковым открыто, классически описано душевное заболевание («полиневритический психоз»), получившее в мировой психиатрии название «Корсаковская болезнь».

О психотерапевтической системе Корсакова («системе морального влияния») и «целом ряде способов психического лечения», которые её наполняют, способов, сообразных клинике, - подробно рассказывал [14, сс. 1-8]. Добавлю, что, рассказывая о разнообразных «занятиях больных» сообразно клинике, Корсаков уточняет следующее. «Нужно помнить, что у некоторых больных потребность к труду составляет такой же инстинкт как потребность к еде. Иногда самый неуживчивый больной оказывается чрезвычайно удобным, когда его время занято работой. Работа, как и всё, должна быть индивидуализирована» [38, с. 585]. И ещё. «... не следует применять гипнотизм у больных, у которых на успех его можно мало рассчитывать. А между тем существует опасность, что под влиянием гипноза разовьётся бредовое отношение к врачу» [38, с. 586].

Вспомню главнейшее из всех корсаковских начал ККП – *особую профессиональную психиатрическую-психотерапевтическую любовь-человечность к душевнобольному*. То, что позднее, благодаря работам, прежде всего, швейцарской психиатрической школы, стали называть *особым психотерапевтическим эмоциональным интимным контактом с больными шизофренией*, без которого невозможно этим пациентам серьёзно помочь. Эта корсаковская *необыкновенная любовь-человечность* к душевнобольному, описанная современниками, для меня есть естественное (выходящее естественно из души-натуры) особое клиническое психотерапевтическое воздействие. Воздействие - **только** для больных шизофренией, помогающее существенно смягчить переживание глубинного одиночества этих людей среди других людей. Смягчить своей врачебной профессионально-эмоциональной индивидуальностью, согревающей, оживляющей, оздоравливающей больную индивидуальность. Пациент в своём ответном чувстве ощущает себя более собою, с творческим светом в душе, потому что творчество – это быть вдохновенно-неповторимым собою для другого человека. Это та самая любовь к больному врача, именно врача, а не мужчины, не матери и т.д. Любовь, за которую обычно благодарят психиатра близкие пациента, пациентки и к которой нужно быть врождённо предрасположенным, как хирургу к точности движения рук [8, сс. 132-158; 14, сс. 6-8].

Современник Корсакова, очевидец Ядринцев рассказывает о танцевальном вечере в «клинике душевнобольных». «На этом вечере участвовало и до 20 выздоравливающих душевнобольных, кроме того, много гостей; в числе их были выдающиеся артисты и артистки Московского театрального мира... Вечер отличался простотой, живым весельем и семейным характером. <...> Больные привыкли непринуждённо и просто обращаться к Корсакову за помощью, который с глубоким участием и любовью относился к каждому нуждающемуся в совете и утешении. Корсаков, забывая себя, настолько проникся страданиями других, что уже одним видом своим производил на больных глубокое и неотразимое впечатление» [2, сс. 78-79; 14, с. 8]. Перечитывая это, вспоминаю врачебную нежность, с которой Гиппократ помог встать страдающему, слабеющему Эмпедоклу и предложил ему свою постель. Всё это, корсаковское, проникнуто деликатным нравственным переживанием, свойственным российской

интеллигенции. Происходит не отстранённо-романтическая любовь, а одухотворённо-земная, врачебная. Профессиональная насыщенная любовь к одинокой болезненно страдающей душе и вместе – стремление подробнее разобраться в этой душе, чтобы лечебно глубже ей помочь.

Психиатр-психотерапевт Людмила Васильевна Махновская сегодня отмечает, что при шизофрении «переживание одиночества изначально и пожизненно» от переживания своей «инаковости». Это «чувство тоскливого одиночества <...> как бы пронизывает самый стержень личности» <...> [48, с. 67]. Врачуящее чувство-понимание, сколько могу судить, смягчает, посветляет, расщеплённую шизофреническую тоскливую, порою трагическую, неизбывность. Смягчает не усыпляя и не возбуждая искусственно – в отличие от лекарств. Любовь психотерапевта понимает и принимает это переживание «инаковости». Одна индивидуальность согревает, оживляет другую. Больной более чувствует себя собою. Можно и нужно теоретически размышлять об *идентичности* [54], но кратко, клинически по-земному, – это понимается так.

Корсаковское тепло-любовь к больным присутствует и в его клинических описаниях. Например, рассказывая об ипохондриках, Корсаков обращает особое внимание на то, что «наклонность находить у себя несуществующие болезни есть тоже болезнь и часто крайне мучительная». Об этом нельзя забывать [38, с. 1029].

Ганнушкин писал о Корсакове: «Он учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нём; в этом его колоссальная и вечная заслуга» [20, с. 57].

Особенность классической российской психиатрии, ККП внутри неё, – это содержательная, одухотворённая, активная, исходящая из изучения личности, клиники и одновременно из российской духовной культуры, – непосредственная помощь страдающему, чеховская земная, врачебная любовь. Это есть, как и клиницизм в целом, явление практическое, естественно-научное, в высоком сложном понимании. Это не поддаётся психологически-теоретическому (сегодня – типично западному) исследованию, как, впрочем, и гений Гиппократ. В западной психиатрической психотерапии мы, видимо, не обнаружим именно такой национально-русской (шире – восточнославянской) психиатрической любви (даже в работах великого и земного Эрнста Кречмера). Только в работах Якоба Клези (Цюрих) [9] в 20-х годах 20 века тема врачебной любви к душевнобольным поднимается в западной психиатрии клинически-самобытно по-своему. По-швейцарски чудесно или словом Э. Кречмера «изящно». Складывается (как отметил выше) в западной психотерапии учение об особом эмоциональном интимном контакте с больными шизофренией [8, сс. 132-158]. Учение, *свои* истоки которого были и в России.

Углублённо-содержательному развитию корсаковского клиницизма, врачебной любви к больному способствовали будущие классические открытия-работы Ганнушкина, О. Блэйлера, Э. Кречмера о психопатических (характерологических) особенностях, о характерологических радикалах, о сложных переживаниях душевнобольных, о «шизофреническом характере» (Ганнушкин).

Пётр Борисович Ганнушкин, ещё до своей книги «Клиника психопатий...» (1933), в журнале «Современная психиатрия» подробно описал в 1907 г. характер психастеника («Психастенический характер») и в 1909 г. истерический характер («Психика истеричных (к учению о патологических характерах)») [20, с. 288]. В 1921 г. Эрнст Кречмер описал по-своему широко характеры шизоида и циклоида [40], а Ойген Блейлер, ещё в 1911 г. дал тоже естественно-научное, клиническое, классическое, на все времена, описание шизофренической души [4-5]. Естественно-научное изучение характеров продолжалось и продолжается.

Все эти личностные картины служили, служат для того, чтобы тонко клинически, личностно различать психиатрических пациентов, чтобы подробнее, понимающе психотерапевтически помочь им организовать свою целительную жизнь каждому по-своему, со своей посильной общественной пользой и возможной творческой радостью.

Глава третья

ККП на Западе и в России с 80-х годов 19 столетия до работ Э. Кречмера и Консторума

С этого времени, оживлённые уже довольно развитым врачебным учением о гипнотизме, складываются из робких попыток и другие методы специальной психотерапии [29, сс. 348-355].

Профессор нервных болезней в Бернском Университете швейцарский врач Поль-Шарль Дюбуа (1848-1918) в 1904 г. выпустил книгу «Психоневрозы и их психическое лечение». В этих лекциях Дюбуа рассказывает, как сочувственно, трезво объясняет пациентам нервные расстройства, от которых они страдают, как помогает им разъяснением и убеждением избавиться от них или хотя бы смягчить их. Это разнообразные нервно-вегетативные, ипохондрические, психастенические, меланхолические и другие расстройства, уступающие его доброй жизненно-врачебной «логике». Дюбуа считает полезным для больного и «психологический анализ собственной (пациента – М.Б.) личности, направляемый с намеренным оптимизмом сочувствующим врачом» [24, с.72]. По Дюбуа внушение – «первоапрельская шутка», а разъяснение и убеждение – «добрый совет». «Когда пациент доверяется врачу, о котором он слышал много хорошего, то он следует не внушению, а разумному обсуждению». «Эта терапия требует от врача, который её применяет, *тёплой симпатии* к больному, которого нужно спасти, абсолютной *честности* в выборе доказательств, неистощимого *терпения* и большого *умения* применять эту честную диалектику устно и письменно» [24, сс. 76-77].

Психотерапия Дюбуа, сообразная клинической картине, личностной почве [23, 24], в отношении к способным здраво размышлять дефензивным, тревожным, ипохондрическим пациентам – есть, несомненно, начало ККП 20-го века, ещё до классических современных работ по пограничной психиатрии.

Дюбуа считает, что, как врач, «немного расходуется» с психологом Пьером Жане, автором классической работы о его клинически непомерно широкой (как справедливо считает Дюбуа) «психастении» – только в одном лечебном, но важном «оттенке». «По-моему, даже легче создать у больного известные нравственные концепции, развить у него руководящие принципы, чем развить дух чисто умственной работой». Жане «в своих попытках лечения» психастеника «старается восстановить способность больного к умственному обобщению чисто умственным воспитанием, упражнением в литературном изложении, в регулируемой работе». Дюбуа же убеждён, что «упражнение в умственных обобщениях имеет целью не только вернуть больным известный род психической деятельности, <...> оно должно ещё привить им чувство мужества, развить в них

веру в себя самих, уничтожить робость, словом – привести к самообладанию». Дюбуа делал всё это, как отмечает, в течение 30 лет медицинской практики, ещё до изучения работ Жане [24, сс. 169-170]. В сущности, поступал, повторяю, в духе ККП своего времени как один из основоположников этого психотерапевтического направления.

Но вместе с Дюбуа, по-моему, одним из основоположников ККП того времени, следует назвать и французского психолога, психиатра Пьера Мари Жане (1859-1947). Жане в своей психотерапии психастении тоже по-своему отправлялся от клиники, убедительно классически описывая лечение литературными изложениями психастенической «недостаточности чувства реального» [26]. Думаю, что это мягкая личностная психастеническая деперсонализационность-дереализационность [13, сс. 273-274]. Вспоминая «недостаточность чувства реального» (Жане), Консторум писал следующее. «Страх психастеника есть тревожное ожидание. Настоящее воспринимается недостаточно реально, недостаточно цельно. Будущее всегда неизвестно и всегда остаётся простор для тревожного ожидания». Тут необходимо активирование. «... путь изживания психастеником того недостатка, о котором идёт речь, лежит, прежде всего, в направлении более активной деятельности в реальном мире: будь то охота или рыбная ловля, копание в огороде или собирание грибов, спорт, танцы или игра в городки – тренировочным средством является всё, что приковывает к себе внимание и является предметом деятельности. Здесь важно не голое интеллектуальное внимание, а целенаправленная установка всего невро-психического аппарата в целом» [37, сс. 123-124]. Так классики психотерапии каждый по-своему усматривают главное в клинике, в личности пациента, сопрягая это своё видение с соответствующей ему психотерапевтической помощью.

Остановлюсь кратко и на теории австрийского невролога, психотерапевта Зигмунда Фрейда (1856-1939). Теории о глубинном мире бессознательного с комплексом Эдипа, «сопротивлением», «сублимацией», «перенесением на аналитика», «оральностью», «анальностью», об особом толковании сновидений и о многом теоретическом другом. Теория эта, несомненно, автобиографична. Фрейд сам подробно рассказывает, как многое психологическое из всего этого присутствовало в нём самом. Например, в книге «Толкование сновидений» (1-ое изд-е – 1900 г.), [6-е изд-е (1921) – 58, сс. 228-238 и другие]. Как это свойственно многим творцам аутистического склада (в том числе здорового), Фрейд с непререкаемой убеждённой обнимает своей теоретической архитектурой души и исходящей из неё психотерапией (психоанализом) всё человечество. Теория Фрейда в своё время вызывала у психиатров и бурные протесты и восторги с поклонением. Естественно-научная клиническая психиатрия, психотерапия с современной характерологией всё тут ставит на свои места и утверждают отважный гений Фрейда. Утверждают (и по моему опыту работы с пациентами) открытие «аутистической» психотерапии для определённого рода аутистических (шизоидных) пациентов или пациентов с мощным аутистическим (определённого рода) радикалом в мозаичном характере (например, шизофреническом). Видимо, поэтому клиницисты О. Блэйлер и Э. Кречмер *благодарно клинически развивали психоанализ* при всех критических несогласиях с Фрейдом.

Таким образом, Психоанализ Фрейда – истинный подарок Клинической классической психиатрии (и ККП в ней) – но, в основном, в отношении клинического понимания и психотерапии пациентов указанного рода. Если не считать внушаемых пациентов, склонных к «психоаналитической суггестии» (случаи внушённого пациенту психоанализа). Но не клинко-классическое применение психоанализа способно душевно ранить пациентов, особенно психастенических и психастеноподобных.

Таким образом ККП вбирает в себя в своей обработке и методы психоанализа.

Ценность, родственность для ККП других психологических направлений, методов понимаю-чувствую в этом же естественно-научном дружеском, клинко-характерологическом отношении. Так, немало созвучий у ККП с феноменологической, экзистенциально-гуманистической психотерапией, с арт-терапией, гештальт-терапией [7, сс. 25-31; 19]. Открываются грани созвучия и с некоторыми когнитивно-поведенческими методами. К примеру, с Терапией пустого усилия Антона Марковича Бурно. Читаем в книге автора следующее. «Характерологические особенности пациентов откладывают свой отпечаток на вид конкретных субъективно-избыточных эмоций. Так, у синтонных личностей часто встречаются СИЭР (субъективно-избыточные эмоциональные реакции – М.Б.) в виде гнева, что значительно реже бывает у аутистических личностей, и, видимо, никогда не бывает у психастеников. У аутистических личностей редко встречаются СИЭР в виде вины за прошлое» [6, с. 279].

Автобиографичность (у Фрейда) созданного психотерапевтического подхода, кстати, тоже меня не смущает. Не раз уже отмечал, что своим предложенным глубоким психотерапевтическим личностным воздействием психотерапевт-исследователь, прежде всего, как правило, помогал себе самому. А заодно помог и своим пациентам.

Таким образом, в начале 20 века, благодаря великим открытиям о «новой» целостности организма (Павлов, Кеннон, Э. Кречмер), «психотерапия обрела истинный объект своего воздействия – **личность больного** (подчёркивание моё – М.Б.), поскольку она имеет действительное значение в патогенезе и патопластике болезненных отклонений» [30, сс. 820-821]. Но там, где личность постигается в естественно-научном, врачебном, понимании (лечебном и профилактическом), - невозможно уйти от живых типов личности (характеров, конституций). От погружения в полнокровную характерологическую жизнь. Не теоретически-психологическую, а практическую, земную.

Александр Иванович Яроцкий (1866-1944), отечественный терапевт-психотерапевт своей живой, напоённой клинкоизмом, психотерапевтически-практической книгой «Идеализм как физиологический фактор» (1908) приводит в размышляющее восхищение многих отечественных психотерапевтов до сегодняшнего дня. По Яроцкому, охваченность идеалами, альтруистический свет-работа в душе, удивительно надолго продлевает жизнь, казалось бы, безнадёжного соматического больного. И вообще серьёзно лечит различных соматических пациентов [8, сс. 68-71].

Юрий Владимирович Каннабих (1872-1939) в своей книге-диссертации о циклотимии (1914), сообразно классически описанной им клинике, предлагает человечную, в духе ККП, психотерапевтическую помощь страдающим циклотимией. Например, Каннабих считает, что психоаналитическое углубление больного в прошлое, воскрешение забытого может усилить угнетённость [7, сс. 433].

Пётр Борисович Ганнушкин (1875-1933), как и Корсаков, О. Блэйлер, не занимался непосредственно практической психотерапией (не применял сам специальные методы помощи средствами души), но его глубокие работы о болезненных характерах, завершённые в книге «Клиника психопатий...» (1933) [20, сс. 116-252], бесценны для психотерапевтов, по-разному

помогающих пациентам, исходя из подробной личностной клиники. Так, психиатр-психотерапевт Татьяна Евгеньевна Гоголевич, исходя из, прежде всего, ганнушкинских клинических описаний шизоидов и психастеников, разработала сегодняшнюю ККП этих пациентов в одной психотерапевтической группе, помогла им понять и душевно принять друг друга [53, сс. 128-159]. Клинический психолог Елена Александровна Добролюбова, по следам Ганнушкина [20, сс. 58-74], только поставившего вопрос о «шизофренической конституции» («шизофреническом характере») [20, с.71], сделала первое описание этого характера под именем «полифонический характер» (из разных характерологических радикалов) у своих пациентов - для ККП [8, сс. 188-214; 53, сс. 308-333].

Ганнушкин, по-своему, любил больных не меньше Корсакова, не меньше тревожился о них. Так, в начале 20-х годов, в своём вступительном слове («О психотерапии и психоанализе») к чтению приват-доцентского курса по психотерапии для студентов-медиков (курс читал доцент Евгений Николаевич Довбня (1880-1947)) Ганнушкин сказал, в частности, об одержимо заболевших «от неумеренного, неумелого, почти преступного применения фрейдовской методики» [20, с. 284].

Мой отец, психиатр Евгений Иосифович Бурно (1911-1994), рассказывал, что на похоронах Ганнушкина в Москве было невиданное многолюдное стечение душевнобольных, а ведь он их только консультировал с другими врачами. Ганнушкин был истинным психотерапевтом-клиницистом в общении с пациентами. В моей молодости пожилая тревожная женщина, которую Ганнушкин когда-то консультировал, передала мне то, что он сказал ей, боявшейся сумасшествия. «Э, голубушка, сойти с ума не так-то легко...». Сказал уверенно и мягко-человечно.

Эрнст Кречмер

В 1921 г. в Германии первым изданием вышла книга психиатра-психотерапевта Эрнста Кречмера (1888-1964) «Строение тела и характер» [40]. Автор клинически-полнокровно и, в то же время, афористически-сжато, излагал своё учение о шизоидных и циклоидных конституциональных характерологически-психотических кругах. Вскоре Э. Кречмер выступил (1934) и со своим положением, сделавшимся одной из важных основ развивающейся ККП [39, 41-42, 63-66]. Это положение преобразило психотерапевтическую помощь, прежде всего, неизлечимым психиатрическим пациентам. Положение, в котором по-немецки строгая, но жизненно-одухотворённая аналитически-рассудочная психотерапия особым образом соотнобразуется с личностью пациента. Необходимо психотерапевтически способствовать приспособлению и формированию патологической личности таким образом, чтобы она нашла сообразно своей конституции *свой* жизненный «стиль», *своё* поведение, не отгораживаясь от людей «капризным одиночкой». «... не конституция сама по себе, но нахождение или ненахождение соответствующего жизненного поприща является судьбой, и здесь лежат психотерапевтические задачи» [63, s.738]. «Конституция не судьба» и «эндогенитет» не судьба», – отметил Э. Кречмер ещё раньше (1929) [10, с. 24].

Речь идёт о различных психопатических (конституциональных) пациентах и больных шизофренией без острой психотики.

Эрнст Кречмер подчёркивает особую важность настоящего психотерапевтического положения. «Этот психотерапевтический поворот так же значителен, как прежний поворот от суггестивного воздействия к аналитическому (аналитическому в широком, не только фрейдовском понимании – М.Б.) размышлению. Когда суггестивное лечение оказалось воздействием лишь поверхностным, поскольку за удалённым невротическим симптомом скрывалось оставшееся переживание, врач стал обращаться не к симптому, а к переживанию. Мы же теперь обращаемся уже не к переживанию, а к личности. <...> Основа болезненного видится нам уже в целостном складе личности, в её отношении к своему жизненному пространству». «Психологические сложности» «объясняются нами в конечном счёте» естественно-научно, клинически («инстинкт, конституциональный радикал, борьба за существование, приспособление к среде»). Т.о., следует врачу изучать личность, конституцию, «условия жизненного пространства» и «довести это вчувствованно до сознания пациента», чтобы помочь ему «создать своё новое прочное место в борьбе за существование». «Эти биологические взгляды возможно перевести на духовный язык. И мы выработаем в каждом пациенте, сообразно его конституции и его жизненному пространству, особый личностный стиль, т.е. возможное лишь для него одно отношение к жизни. Лишь на этой дороге личность может стать этически ценной в полном смысле слова и только так она обретёт высшую ценность (полезность) для человеческого общества». «... от беспомощности, в которую в борьбе за существование впадают и сильные и слабые, следует спасаться не бегством, унынием или праздноностью, а то ещё и фальшивым пафосом, напыщенностью, выдаваемыми за силу. Спасаться следует скромным утверждением в своей жизненной осознанной задаче, в своих присущих тебе способностях и дремлющих в них силах. Стремление отстраниться, любой самообман или обман других пусть будет заменён серьёзностью и честностью. Делать то, что делается просто, очевидно, и поэтому труднее всего усвоить, что именно это и надо делать. То, что даже от здорового немногие требуют, и то, чего немногие достигают: стань тем, кто ты есть» [63, s. 738-739].

Близкий кречмеровскому духу подробный реферат этой работы был опубликован и по-русски [42, сс. 156-162].

В «Медицинской психологии» Э. Кречмера (14-е изд-е, 1975 г.) настоящее основополагающее психотерапевтическое положение (положение в духе ККП) обозначено как «созидание личности по её конституциональным основным законам и активностям» [66, s. 221].

Но как именно *практически*, жизненно помочь пациенту «стать тем, кто он есть», Э. Кречмер не рассказывает, достаточно подробных клинико-психотерапевтических случаев из своей практики не приводит. В своих опубликованных работах он, в основном, – мудрый классик-консультант. Сын его, тоже профессор, психиатр-психотерапевт, Вольфганг Кречмер рассказывал мне, что не принято было германскому профессору в ту пору по должности самому, как практическому врачу, «возиться» с больными и писать об этом. Принято было руководить лечением, консультировать. А частная практика серьёзно ограничивала пациентов временем встречи и возможностью долго лечиться. «Отец жалел, что мало сделал для практической психотерапии» [7, сс. 726-740].

Э. Кречмер, однако, поистине в духе ККП, хотя и сжато-афористически, описывает для врачей, явно из своей практики, фундаментальные психотерапевтические методы, делится опытом [8, сс. 61-64; 39; 41; 63-65]. Привожу место из краткой работы Э. Кречмера «Психотерапия» (из «Настольного словаря по душевной гигиене и психиатрической заботе» под ред. Освальда Бумке (1931 г.)). «Задача сложных психотерапевтических методов (психоаналитические методы) - найти <...> порою глубоко спрятанные конфликты, дабы помочь пациенту освободиться от этого смятения души, от запутанных построений и приспособиться к зрелым жизненным целям (психагогика). При достаточно простых расстройствах (с поверхностными переживаниями) способны помочь обыкновенные суггестивные методы (суггестия и гипноз)». «Психоаналитические методы» – «не прямой (непосредственный) психоанализ. Чаще это очень тонко индивидуализированное дифференцированное соответствующее аналитическо-психагогическое воздействие. При более тяжёлых хронических нарушениях у душевнобольных, особенно при далеко зашедшей шизофрении, показаны усиленные, чётко разработанные тренировочная и трудовая терапии – в соответствии с особенностями больного» [41, сс. 24-25]. Пояснение: *психагогика* – психотерапевтическое воспитание [55, сс. 497-498].

Аналитическая (психоаналитическая) психотерапия для Э. Кречмера, таким образом, гораздо шире, нежели «прямой (непосредственный) психоанализ». Это и клинко-аналитическая психотерапевтическая работа с бессознательным духе ККП [7, сс. 104-107].

Э. Кречмер, как и Ойген Блэйлер, повторю, в духе клинцизма развивал психоанализ Фрейда, но отвергал то, что это правдивый для всех анализ и верная помощь любой сложной личности. Вольфганг Кречмер передал мне шуточные, меткие слова отца о Фрейде по этому поводу: «Свой невроз напялил на всё человечество».

Подробнее по-русски о психотерапевтических методах, которые описывал Э. Кречмер (в духе ККП) см. в русском переводе книги Э. Кречмера «Медицинская психология» и в моих работах [8, 10, 39]. Библиографию работ Э. Кречмера и В. Кречмера по-немецки – см.: [10, сс. 275-276].

Шизоида (аутиста) и циклоида (синтонного) Э. Кречмер наблюдал с детства в своих любимых родителях. К концу жизни он с благодарностью судьбе написал об этом в автобиографической книге «Образы и мысли» (1963). Пересказ о родителях Э. Кречмера (из этой книги) по-русски – в работе Евгении Григорьевны Сельской (1951-2011) [56].

Для чувства, понимания одухотворённости Э. Кречмера и его психотерапии, по-моему, важно познакомиться с его стихотворением-завещанием близким ему людям и, в том числе, некоторым любимым пациентам. Этим рождественским стихотворением (в переводе моего отца Е.И. Бурно) заканчивается автобиографическая книга Эрнста Кречмера [7, сс 313-314].

Должны ль мы жадно сомневаться
Здесь, пред наполненной кормушкой?
Хотим ли с трепетом бояться
Там, где скелет нас ждёт в избушке?
Нет. Дай нам строить мир на славу,
Не как-нибудь и не в тумане...
Смотреть нам в жизнь дай лихо, браво,
Но за серьёзными губами.

Консторум – основоположник современной российской ККП

К середине 20 века в Москве скромный старший научный сотрудник Психиатрического института им. Ганнушкина (той поры) и одновременно амбулаторный практический психиатр-психотерапевт Семён Исидорович Консторум (1890-1950) создал современную отечественную клиническую классическую психиатрическую психотерапию в своих основах, в своих рабочих, практических подробностях. Это было другое, нежели кречмеровские психотерапевтические глубокие классические советы-афоризмы. Это были свободные, подробные в своей краткости, вдохновенно-проникновенные, живые, клинко-человечные описания-размышления о своей практической работе с нозологически разными пациентами, с погружением в их переживания, клинику, личность. Описания-размышления, которые возможно почерпнуть только в России, в советское время, в неустанной индивидуальной работе с пациентом в амбулатории, в беседах с начальниками работающих пациентов, с родственниками пациентов. Консторум знал, какими словами и как говорить с пациентами и вообще – как когда психотерапевтически следует поступать. И рассказывал-писал об этом так, что пациент ясно представлялся в гуще его жизни. Консторумская психотерапия в подробностях открылась нашей медицине в 1959 г., когда, наконец, вышло первое издание «Опыта практической психотерапии». Вышло в «оттепель», после псевдопавловских годов «физиологической» психиатрии и психотерапии, благодаря, прежде всего, усилиям ученика Консторума профессора Николая Владимировича Иванова (1907-1977) и давнего коллеги-товарища Семёна Исидоровича профессора Дмитрия Евгеньевича Мелехова (1899-1979).

Открылось наше современное самобытное отечественное психотерапевтическое богатство, подлинная разработанная ККП с врачебными размышлениями и клинко-психотерапевтическими случаями.

Психиатр-психотерапевт, профессор Нина Михайловна Асатиани (1920-2002), помогавшая мне в ту пору, студенту-кружковцу, посоветовала просветлённо: «Да вы читайте не это всякое, а нашего Консторума!»

Помню, как уже после работ Э. Кречмера и Ганнушкина, читал в начале книги Консторума: «... именно клиника должна руководить психотерапевтом, объясняя, где и что можно и следует делать. Без твёрдой клинической базы всякая психотерапия неизбежно обречена на дилетантизм и псевдонаучность» [37, с. 21]. Потом находил в книге следующее. «Упорная агорафобия с 20 лет усиливается в 28 лет после родов (1925 г.) <...>. С мужем давно в разводе. До 1925 года работала учительницей. Трижды стационарировалась в психиатрической клинике МГУ (1926, 1927, 1930 гг.). П.Б. Ганнушкин после долгих диагностических

колебаний, в конце концов, высказался решительно против шизофрении. С 1925 по 1928 г. больная не работала, крайне бедствовала. Психотерапевтические усилия оставались безуспешными вплоть до 1928 года, когда, наконец, мы прибегнули к следующей формуле: вы больны и не работаете, питаетесь хлебом и чаем без сахара. Вы можете подыскать себе работу вблизи от дома. Допустим, что страхи не пройдут, но лучше ведь страхи и чай с сахаром, чем страхи и чай без сахара. Коротко: извольте поступить немедленно на работу. Больная <...> поступила на должность экспедитора <...> вблизи от своего дома. С тех пор работает в течение вот уже 20 лет, повысилась в должности... <...> Страхи действительно остались при ней, <...> но жизнь стала конечно, несравненно легче. В течение ряда лет <...> выражала исключительную признательность за формулу «лучше страхи и чай с сахаром» и утверждала, что именно эти слова «возродили её к жизни» [37, сс. 124-125]. Таким образом, это не просто «голое» активирование, тренировка, но и активизирующая психотерапевтическая шутка, которая пожизненно осветила душу пациентки, помогла ей почувствовать себя собою, смягчая навязчивость.

О помощи психастенику Консторум пишет следующее. «Надо разъяснить, что неспособность к самокритике свидетельствует об интеллектуальной ограниченности, наоборот, гипертрофия её есть удел более богатой и одарённой природы». Консторум – пациенту. «Вы смотрите на окружающих снизу вверх, даже не догадываясь о том, что многие другие точно так же смотрят на вас. Вы сплошь и рядом ошибаетесь в оценке, даваемой вам окружающими, совершенно так же, как это происходит с чеховским героем: молодой адвокат, впервые выступающий в суде, терпит полное фиаско, считает себя банкротом, думает о самоубийстве и, случайно подслушав разговор двух членов суда из соседней комнаты, узнаёт, что его выступление было расценено как совершенно блестящее. «О, этот далеко пойдёт», - слышит он в ту самую минуту, когда терзается мыслью о полном провале своей карьеры» [37, сс. 101-102]. И снова настоятельно консторумское: «Тогда и только тогда вербальная, так сказать, часть врачебной работы – разъяснение – приводит к созреванию больного и преодолению болезненных явлений: этих людей, погрязших в себе, сузившихся в своей жизнедеятельности, надо беспощадно стимулировать, чтобы вывести их на простор жизни» [37, с.103]. Вот это (вместе с «чаем без сахара») и есть бесценное консторумское *клинико-психотерапевтическое активирование (дело* лечит душу). Понятно, это существенно помогает не всем пациентам, но многим. Исходя из клиники. И *дела* бывают бесконечно разные...

Консторум, характерологически родственный синтонному (циклоидному) Гёте (как, впрочем, и Э. Кречмер), всё вспоминал из «Фауста»: «В начале было дело».

Познакомился со скромными родственниками покойного уже тогда Консторума в 7-ом Ростовском переулке в Москве, чтобы узнать о психотерапевте всё, что возможно [7, сс. 709-725]. Приёмы лично, всей душой, работающего психотерапевта становятся понятнее, когда узнаешь о его характере, подробностях жизни. Так же, как становятся понятнее произведения писателя или художника, когда читаешь о них как о людях в их жизни. О стихотворениях Корсакова и переводе (из Гёте) Консторума см. – 7, сс. 311-317.

Консторум живо-клинически, с российски-содержательной любовью к пациентам (порою и вместе с заботливой «головомойкой»), описывает в «Опыте...» свою работу с больными истерией, шизофренией, алкоголизмом, с другими амбулаторными пациентами. Как будто невидимо стоишь рядом, смотришь и слушаешь. И всё это было в тревожное, суровое время сталинизма и ещё в течение пяти лет тяжёлой войны. Подробнее о Консторуме, конструкторской психотерапии см. ещё - 8, сс. 64-75; 11, сс. 213-214, 468-470; 36. Это всё есть классический психотерапевтический клиницизм со свойственным энергичности размышляющего сангвинического врача психотерапевтическим активированием пациентов, сообразно клинике, активированием к разнообразным делам. Дела, которые через *дело*, освещающее душу, помогают преодолевать тягостные расстройства. Для такого рода активирования психотерапевту необходимо осмыслить- прочувствовать конституцию своего пациента. Конструкторское активирование, несомненно, по-своему, духовно, клинико-классически, богаче сегодняшней обычной (технической) когнитивно-поведенческой психотерапии.

Консторум работал примерно в одно время с Э. Кречмером, в первой половине 20 века. В сущности, они оба, не будучи лично знакомы друг с другом, создали в своих основах ККП своего и нашего времени.

Эрнст Кречмер был более строгий психотерапевт. Синтонный, добрый, глубокий, но в сдержанном, западном, духе. «Правда, мы должны терпеливо отдавать своё время, оказывая помощь, пациентам, испытывающим внутренние страдания, нежным, подавленным и истощённым людям, но в общем следует строго придерживаться того правила, что для совета с врачом нужно употреблять время визита... <...> Пациент должен знать, что время – деньги, что врач – работник, а не болтун...» [39, с.328]. Конечно же, всё это дельное есть классическая ККП с ответственностью за судьбу больного, но всё же с прагматическим оттенком, не в корсаковско-консторумской (российской) одухотворённой аранжировке. «Аранжировка» – любимый научно-психотерапевтический термин музыкального Консторума. Консторум тоже вёл, по необходимости, домашний индивидуальный приём, но плату за беседу сочетал с благотворительностью, исходя из доходов пациентов и их близких. Падчерица Семёна Исидоровича рассказывала мне следующее. «Деньги брал только у состоятельных больных, а бедным сам давал и к концу приёма часто оставался без денег» [7, с. 720].

Возможно, это «аранжировочное» различие в работе Э. Кречмера и Консторума объясняется, в том числе, и разницей в особенностях российских (вообще восточнославянских) и германских (вообще западных) пациентов [12]. У наших пациентов больше страдающей дефензивности. Может быть, и Э. Кречмер не жалел бы на них времени. У российских клинических классических психотерапевтов, может быть, вместо строгости нередко побольше «психастенической» (в широком смысле) истощающейся раздражительности, обычно уже вдалеке от пациента.

Российская ККП всё же более чеховская. У Чехова в рассказе «Случай из практики» (1898) нуждающаяся в человеческой психотерапии, измучившаяся переживаниями дефензивная пациентка говорит молодому доктору Королёву, после многих других докторов, такие слова. «В вашем голосе мне слышится участие, мне с первого взгляда на вас почему-то показалось, что с вами можно говорить обо всём». Ей «хотелось бы поговорить не с доктором, а с близким человеком, с другом, который бы понял меня, убедил бы меня, что я права или неправа».

Думается также, что сегодняшние *психотерапевтические группы*, рядом с индивидуальными беседами с врачом, по-своему углубляют и одновременно вдохновляют психотерапевтический процесс, а с ним и психотерапевтического труженика.

Быть может, единственный непосредственный (в жизни) ученик Консторума – Николай Владимирович Иванов (1907-1977), впоследствии ставший профессором (докторская диссертация по истории отечественной психотерапии). В год выхода в свет первого издания «Опыта...» Консторума (1959) Н.В. Иванов выпустил своё пособие по амбулаторной психотерапии для психиатров [28]. Там клинически, задушевно-мягко, кратко описывается психотерапевтическая помощь при «неврозе навязчивых состояний», «психастении», заболеваниях внутренних органов, «ипохондрических невротических синдромах».

Иванов – самобытный отечественный клинический психотерапевт своего времени, которого лично знал. Его тихую скромную деликатную задушевность нередко вспоминаю.

К концу 20 века в России, благодаря классическим открытиям Корсакова, Фрейда, Дюбуа, Жане, О. Блейлера, Э. Кречмера, Ганнушкина, Консторума, всё содержательнее развивалась пограничная психиатрия и с нею ККП пограничных (в широком понимании) пациентов. Даже тяжёлые хронические пациенты (без острой психотики) получали помощь -возможность найти себя в психотерапевтической для них общественно-полезной жизни (в том числе, самой скромной).

Глава четвёртая *Как далее будет развиваться ККП?*

ККП способна помочь тяжело страдающим пациентам. По-своему сложным душой, порой занавешенной замкнутостью, необщительностью. И, в основном, дефензивным. Это не только терапия лёгких невротиков, расстройства которых причиняются житейскими трудностями (неприятными отношениями с близкими, сослуживцами, начальниками, вообще «веваниями среды»). Страдания по-серьёзному страдающих – это тягостный конфликт с собственным «Я», нередко разлаженным. Или это болезненно-психастенически (в широком понимании) тревожно-ранимое «Я», напряжённое переживанием своей неполноценности, вины (смешной для других людей), или переживанием своей эмоциональной изменённости (деперсонализация). Или это «вселенские» страдания. Словом, боль происходит из глубины личности. Даже если это мучительное психосоматическое расстройство (например, постковидное), страдает, прежде всего, изнутри себя, глубинная личность. Страдает само «Я». Это страдание может быть усугублено извне. Но меньше всего житейским. Классически-глубоки работы о психотерапии раковых больных Константина Алексеевича Скворцова (1894-1979). Работы 1946, 1961 годов [11, сс. 467-475]. Это особенная, печально-возвышенная страница истории ККП.

Способствует страданию по-серьёзному страдающих и то происходящее в жизни, что мешает чувствовать себя собою, то, что *обезличивает*. Обезличивает нас и сгущающееся цифровое пространство, в котором живём. Многим, особенно дефензивным, пациентам в нём существенно хуже. Хотя они неплохо управляют с цифровой техникой. Остаётся помогать этим пациентам укреплять своё «Я», обретать, оживлять в клинической терапии духовной культурой своё личностное, осмысленное вдохновенно-целительное дело – согласно особенностям своего природного характера (постигаемого среди других характеров), согласно своим депрессивным, тревожным, навязчивым и другим особенностям [53]. Консторум в своей книге сообщает следующее. «В одной из своих поздних психотерапевтических работ (1926) Ю. В. Каннабих, оглядываясь уже на длинный пройденный путь мировых психотерапевтических исканий, писал: «Следует также обратить внимание на занятия искусствами, т.е. на **творческий труд** (выделено Каннабихом), значение которого как фактора полезных психофизиологических перемен ещё не изучено в полной мере. Но многое заставляет думать, что именно этот род деятельности, заключённый в определённые границы, способен дать **наиболее сильные психотерапевтические рефлексy**» (выделено Консторумом). Этими словами Ю.В. Каннабих заканчивает «Психотерапию» (в Энциклопедии под ред. Ланга)» [37, с. 70].

Вольфганг Кречмер (1918-1994) [7, сс. 177-182; 10, сс. 442-443] своей «Синтетической психотерапией» (1958, 1963) по-своему, как считал, развивал классическое психотерапевтическое положение отца (Э. Кречмера), о котором я писал выше: «созидание личности по её конституциональным основным законам и активностям». Психотерапевт идеалистически сложного (более феноменологического) направления, глубоко религиозный В. Кречмер включает в свой психотерапевтический процесс («Синтетическая психотерапия») три подхода. 1) Упражнительный (внушение, гипноз, психотерапевтическая тренировка). 2) Самопознание. 3) Положительные переживания и творчество (в том числе изобразительное творчество, созерцание произведений искусства, чтение про себя стихов, танец). В. Кречмер, например, рассказывал мне, что пациентам в палате перед сном предлагалось хором петь старинную народную песню. Психотерапевтическое не-упражнительное воздействие В. Кречмер понимает как свободное от каких-то методических приёмов, интуитивное, обращённое к пациенту «общечеловеческим аспектом». То есть это не ККП. Это духовное интуитивное психотерапевтическое творчество-воздействие, которое всегда найдёт нуждающихся в нём.

Для развития современной терапии творчеством (в ККП), видимо, следует ещё подробнее, глубже клинико-психотерапевтически соотнести особенности личности (личностной почвы) пациента с особенностями разнообразного лечебного творчества. Дифференциальная диагностика должна быть ещё более тщательной, чтобы помочь быть *собою* в творчестве (включая в него, например, творческое (*по-своему*) доброжелательное общение с людьми и природой). Исходя из характеров людей (в том числе, художников, писателей, композиторов, учёных прежних времён) и «характеров» растений, животных, минералов. И ещё более содержательной становится сегодня *психотерапевтическая любовь* в работе с большими шизофренией. Профессиональная, врачующая любовь, помогающая пациенту в нынешнем цифровом мире чувствовать себя собою, способна смягчить даже в самом дурном состоянии депрессивную (в том числе, депрессивно-апатическую), тревожную, тревожно-навязчивую, деперсонализационную напряжённость, переживание бессмысленности существования. Профессиональная любовь способна осветить душу зарницей надежды на жизнь без страдания. И тогда многие психотерапевтические воздействия, доводы в индивидуальной беседе, в психотерапевтической гостиной (в группе), в гипнотическом сеансе нередко впервые начинают благотворно действовать.

Всё это есть истинная *развивающаяся научность* ККП. Бесконечно-сложная научность, но, повторю, не теоретическая, а в духе *научного искусства*, как и вся классическая клиническая медицина.

Понятно, что всё это, по необходимости, следует соединять с осторожной и умелой фармакотерапией, особенно при суицидальных намерениях.

Никогда не бежал от лекарств. Даже если очень просили пациенты. Лекарства *обезболивают, притупляют тревогу* – по временам или долговременно. Это крайне важно. Пусть таблетки, капельница не могут дать естественного творческого вдохновения, живого смысла существования (без опьянения). Это «нехимическое» попробует подарить одухотворённая ККП, порою в прибавку к лекарствам.

ККП развивается внутри клинической классической психиатрии, естественно-научной характерологии, внутри духовной культуры. Так, во время Малиновского ещё невозможно было лечебно, по-сегодняшнему, для посветления жизни в хронической болезни, изучать с пациентами их душевные расстройства и характеры, их характерологические созвучия с различными произведениями искусства.

Какой-то другой, не вполне ясной для меня, должна быть помощь в ККП для пациентов не дефензивных, а агрессивных (психопатоподобных), без отчётливого хронического переживания своей неполноценности (дефензивности). Возможно, здесь помогут иные, особые, методы ККП (с преобладанием особой суггестии, тренировки, механического труда) и те, о которых не знаю. Возможно поможет не ККП, а помогут другие психотерапевтические (психологические) направления. У меня нет природной душевной предрасположенности к этим западным направлениям. И, значит, нет своего достаточного опыта, чтобы судить о том, как они помогают российским психопатоподобным пациентам. В преподавании касался этих направлений (подходов) только как клиницист. Своей долгой психиатрически-психотерапевтической жизнью (к счастью, в основном, практически-лечебной) смолоду убеждён в том, что хронических тревожно-депрессивных, дефензивных пациентов (если «копнуть») для ККП у нас в России множество. Во многих местах страны (мои ежегодные месячные командировки с преподаванием). Убеждён, что пациенты эти нуждаются в тёплой клинко-классической психотерапевтической помощи, в том числе, в лечебном изучении себя, в клинической терапии творчеством. Нуждаются в клинических гипнотических сеансах с дружеским внушением, напоминанием в них о том, что происходит в наших индивидуальных встречах и в группе творческого самовыражения (в психотерапевтической гостиной с её домашней атмосферой). Психотерапия такого рода в сегодняшней жизни с серьёзным экологическим надломом, пандемией и тягостной международной напряжённостью поможет понять себя в мире, понять своё, российское, духовное стремление к Добру, к помощи нуждающимся в тебе людям и Природе. Поможет, сколько возможно, жить в мире со своей болезненной дефензивной совестью. А типично западным и похожим на них нашим психиатрическим пациентам, возможно, в основном, достаточно помогает психологическая (психологически-ориентированная) психотерапия.

«Психотерапевтическую» Россию, её духовную природу, *прагматически* не перестроить. Наш психиатрический психотерапевтический клиницизм будут отстаивать, прежде всего, насущно нуждающиеся в нём российские дефензивные пациенты. Многие из них успели почувствовать, оценить (в жизни и из книг) серьёзно помогающий им клиницизм Гиппократов, Корсакова, Э. Кречмера, Консторума.

ККП совершенствуется, развиваясь, как и вся клиническая классическая медицина. Медицина, благодаря которой, многие тяжёлые пациенты сегодня долго живут и живут по-человечески. Один из самых известных энергичных наших психотерапевтов и организаторов психотерапии профессор Виктор Викторович Макаров не устаёт напоминать, что ККП – «наше национальное достояние» [7, с. 70].

Ростки гиппократова клиницизма поначалу, более или менее равномерно, зрели и в западной и в российской психотерапии. Психоанализ Фрейда на Западе посчитали началом *истинной мировой психотерапии*, наконец, опирающейся на теоретический психологический фундамент. Возникшие позднее психологические психотерапевтические подходы (разнообразные психодинамические, экзистенциально-гуманистические, когнитивно-поведенческие и т.д.) дополнили на Западе «истинный» психотерапевтический арсенал. Даже в Германии, стране традиционного классического психиатрического клиницизма Гризингера, Крепелина, Э. Кречмера, – к концу 20 века фундаментальная психиатрическая психотерапия (ККП) Э. Кречмера «устарела» [8, сс. 204-206].

ККП развивается веками исследователями-практиками, поправляющими, дополняющими друг друга. ККП не схема-модель, а земное полнокровие. Она «дышит» не просто особым вниманием к материи, природе. Теоретик Фрейд тоже радовался открытию гормонов. Дело тут в проникнутости психотерапевта естественно-материалистическим мироощущением, научной мыслью, напоённой чувством изначальности материального, природного, клиницизмом.

ККП сегодня наполняется духовной культурой, творчеством, прежде всего, своей родной земли, своего народа. Это и терапия творческим общением с близкими душе растениями, животными, минералами, терапия созвучной душе отечественной прозой, поэзией, живописью, музыкой, наукой, терапия изучением через всё это своего характера среди характеров других людей. И многое другое подобное – для облегчения болезненно трудной жизни и одновременной посильной пользы страдающего человека людям, обществу [53].

ККП развивалась во второй половине 20 века, в основном, в России, в Украине, и в Беларуси [10, 53]. Строем своей души эти страны оказались мироощущенчески, независимо от своей «советскости» в это время, по-прежнему созвучнее Гиппократу, нежели Запад.

Современная «доказательная медицина», как считается, может надёжно измерить только терапевтические результаты когнитивно-поведенческой психотерапии. Этим объясняется широкая распространённость этого направления в мире и у нас. Но сегодняшним российским потомкам дефензивных героев Гоголя (Акакий Акакиевич), Достоевского (князь Мышкин), Л. Толстого (Безухов, Нехлюдов), А.П. Чехова (Алексей Лаптев) когнитивно-поведенческие приёмы, к сожалению, мало помогают. Людей этих много в российской психотерапии и здоровой жизни, они скромно просят помощи. Если им умело помочь, принесут серьёзную помощь стране [10, сс. 381-388]. Страна это, кажется, слышит: включила современную ККП в раздел «Специфические расстройства личности» Российского рубризатора «Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств». Этот раздел – основополагающий для врачебной психотерапии (лечебной работы с личностью). Он утверждён Минздравом России в 2021 году.

Однако вторая половина 20 века и наше время уже не есть *история* ККП.

Сам непосредственно участвую теперь в развитии этого направления. Посему заканчиваю исторический очерк.

Список литературы

1. Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья. Пер. с латинского и примечания Ю.Ф. Шульца, вступ. статья В.Н. Терновского и Ю.Ф. Шульца. – М.: Медицина, 1970. – 112 с.
2. Банщиков В.М. С.С. Корсаков (жизнь и творчество). – М.: Всесоюзное научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1967. – 340 с.
3. Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза, ныне Московской городской Преображенской больницы для душевнобольных. – М.: Издание Московского Городского Общественного Управления, 1909. – 192 с.
4. Блейлер Э. Раннее слабоумие или группа шизофрений (1911). Подробный реферат М.П. Кутанина // Труды психиатрической клиники Императорского Московского университета, Москва, 1913, № 1. – Сс. – 269-329.
5. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Пер. 3-го немецкого издания д-ра А.С. Розенталя. – Берлин: Изд-во т-ва «Врач», 1920. – 542 с.
6. Бурно А.М. Терапия пустого усилия. Когнитивно-ориентированный подход к быстрому облегчению душевной боли: учебное пособие для врачей и психологов. – М.: РУДН, 2015. – 289 с.
7. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Изд. 2-е, доп. и перераб. – М.: Академический Проект; Деловая книга, 2006. – 800 с.
8. Бурно М.Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии (руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников). – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2009. – 719 с., ил.
9. Бурно М.Е. О Якобе Клези (1885-1980) // Независимый психиатрический журнал. – 2011, № 4. – С. 28-29.
10. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением (отечественный клинический психотерапевтический метод). – 4-е изд., испр. и доп. – М.: Академический Проект; Альма Матер, 2012. – 487 с., ил.
11. Бурно М.Е. Целебные крохи воспоминаний. К живой истории московской психиатрии и психотерапии и о многом другом. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2013. – 552 с.
12. Бурно М.Е. О самобытной российской психотерапии: новой - полимодальной и традиционной – клинически-классической // Психотерапия. – 2015. – Вып. 10. - Сс.6-20.
13. Бурно М.Е. Терапия творчеством и алкоголизм. О предупреждении и лечении алкоголизма творческими занятиями, исходя из особенностей характера. Практическое руководство. – М.: Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2016. – 632 с., ил.
14. Бурно М.Е. Сергей Сергеевич Корсаков – психиатр-психотерапевт // Медицинская психология в России. – 2016, № 6 (41). – Сс. 1-8.
15. Бурно М.Е. О существе клинической классической психотерапии (ККП) // Психотерапия. – 2016, № 12 (168). – С. 78.
16. Бурно М.Е. О психиатрически-психотерапевтическом клиницизме // Психическое здоровье. – 2017, № 12. – Сс. 76-83.
17. Бурно М.Е. Клиническая классическая психотерапия: сущность и методы // Психологическая газета, 4 ноября 2020 г.
18. Бурно М.Е. К истории самобытной отечественной психотерапии // Психологическая газета, 14 марта 2021 г.
19. Бурно М.Е. О «чувстве шизофрении» (Феноменологическое чувство-переживание и клинический психиатрический опыт) // Психологическая газета, 18 декабря 2021 г.
20. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: «Медицина», 1964. – 292 с.
21. Гиппократ. Избранные книги. Пер.с греч. В.И. Руднева. Редакция, вступит. статьи и примечания В.П. Карпова. М.: Госиздат. биол. и медиц. литер., 1936. – 736 с.
22. Гринингер В. Душевные болезни. Пер. со 2-го нем. издания. – Пб.: Издание В. Ковалевского, 1867. – 610 с.
23. Дюбуа П. О психотерапии. Пер.с франц. –М.: Наука, 1911. – 132 с.
24. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. Пер. с франц. СПб.: Изд-е К.Л. Риккера, 1912. – 398 с.
25. Дядьковский И.Е. Избранные сочинения. – М.: Медгиз, 1958. – 568 с.
26. Жане П. Неврозы / Пер. с франц. – М.: Космос, 1911. – 316 с.
27. Зыбелин С. Г. Избранные произведения. – М.: Медгиз, 1954. – 220 с.
28. Иванов Н.В. Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. – М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР. – 64 с.
29. Каннабих Ю.В. История психиатрии. – М.: Госуд. медицинское издательство, 1929. – 520 с.
30. Каннабих Ю.В. Психотерапия // Большая медицинская энциклопедия. Т. 27. – М.: Госуд. словарно-энциклопедическое изд-во «Советская энциклопедия» ОГИЗ РСФСР, 1933. – Сс. 819-829.
31. Клиническое руководство по психическим расстройствам / Под ред. Д. Барлоу, 3 изд. – СПб: Питер, 2008. – 912 с., ил.
32. Книга античности и Возрождения о временах года и здоровье. Вступит. статья В.Н. Терновского и Ю.Ф. Шульца, составление и комментарии Ю.Ф. Шульца. – М.: «Книга», 1972. – 144 с.
33. Ковнер С.Г. Очерки истории медицины. Вып. второй. Гиппократ. – Киев: В университетской типографии (И.И. Завадского), 1883. – 373 с.
34. Ковнер С.Г. История средневековой медицины. Вып. I. – Киев: Типография Императорск. ун-та св. Владимира, 1893. – 352 с.
35. Консторум С.И. Психотерапия шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность). Под ред. Т.А. Гейера. – М.-Л.: Биомедгиз, 1935, сс. 287-309.
36. Консторум С.И. Катамнез одного случая шизофрении // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 1. – Сс. 170-194.
37. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. Изд-е 3-е, стереотипное. – М.: Медицинская книга; Анима-Пресс, 2010. – 172 с.

38. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд-е 2-е (посмертное), переработанное автором. – М.: Типо-литография В. Рихтер, 1901. – 1113 с. + XXXVII (приложение).
39. Кречмер Э. Медицинская психология / Пер. с 3-его нем. изд. под ред. и с предисл. В.Е. Смирнова. – М.: «Жизнь и Знание», 1927. – 352 с.
40. Кречмер Э. Строение тела и характер. Изд. 2-е. Пер. с 7-8 испр. и расшир. нем. издания Г.Я. Тартаковского под ред. П.Б. Ганнушкина. – М.-Л.: Госиздат, 1930. – 304 с.
41. Кречмер Э. Из творческого наследия Эрнста Кречмера // Психотерапия, 2005, № 7, сс. 24-25.
42. Кречмер Э. Склад личности и психотерапия (перевод-реферат М. Каплинского) // Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935, т.IV, вып. 3. – С. 156-162.
43. Кречмер Э. Гениальные люди / Пер. с нем. Г.Б. Ноткина. – Гуманитарное агентство «Академический проект», 1999. – 303 с., ил.
44. Круглянский В.Ф. Психиатрия: история, проблемы, перспективы. – Минск: «Вышэйшая школа», 1979. – 208 с.
45. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Изд-е 3-ье, доп. – М.: Медгиз, 1944. – 84 с.
46. Малиновский П.П. Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике. – М.: Медгиз, 1960 – 216 с.
47. Махновская Л. В. Семён Исидорович Консторум – основоположник отечественной классической клинической психотерапии. Часть I // Медицинская психология в России (электронный ресурс). Октябрь, 2019.
48. Махновская Л. В. Шизофрения: связь с миром посредством «языка» иносказательного творчества // Независимый психиатрический журнал. – 2021, вып. III. - Сс. 67-68.
49. Мудров М.Я. Избранные произведения. Под ред. и с вступит. статьёй А.Г. Гукасян. – М.: Изд-во Акад. Медиц. Наук СССР, 1949. – 296 с.
50. Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии. – М.: Альпари, 1995. – 208 с.
51. Пенфилд Уилдер. Факел: роман. Пер.с англ. И.Г. Гуровой – М.: Прогресс, 1964. – 335 с.
52. Пинель Ф. Медико-философское учение о душевных болезнях. Пер.с франц. К.Н. Ковалевской и А.И. Ющенко под ред. П.И. Ковалевского. – СПб.: Типография М.И. Акинфиева и И.В. Леонтьева, 1899. – 258 с.
53. Практическое руководство по Терапии творческим самовыражением / Под ред. М.Е. Бурно, Е.А. Добролюбовой. – М.: Академический Проект, ОППЛ, 2003. – 880 с., ил.
54. Психология самосознания. Хрестоматия. Ред.-составитель Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М». – 672 с.
55. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
56. Сельская Е.Г. Эрнст Кречмер о родителях и родном крае // Психотерапия. – 2010, № 5. – Сс. 64-66.
57. Шизофрения. Сокращ. перевод IX тома Руководства по психиатрии О. Бумке (1932) Э. Берковитца и С. Консторума. – М.: Госмедиздат, 1933. – 92 с.
58. Фрейд Зигмунд. Толкований сновидений. Пер.с нем. – Киев: «Здоровья», 1991. – 384 с.
59. Шмилович А.А. МКБ-11 – инструкция по уничтожению медицинской специальности «психиатрия» // Независимый психиатрический журнал. – 2021, вып. IV. – Сс. 16-18.
60. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. – М.: Медгиз, 1951. – 480 с.
61. Яроцкий А.И. Идеализм как физиологический фактор. – Юрьев, 1908. – 303 с.
62. Яроцкий А.И. О возможности индивидуалистического обоснования альтруистической морали // Вопросы философии и психологии. – 1913, Кн. 117 (II). – Сс. 174-225.
63. Kretschmer Ernst. Der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychoherapie // Z.ges. Neurol. 1934. Bd. 150. H.5.S. 729-739.
64. Kretschmer Ernst. Psychotherapeutische Studien. – Stuttgart: Thieme, 1949. – 216 s.
65. Kretschmer Ernst. Die mehrdimensionale Struktur der Schizophrenien mit Bezug auf ihre Therapie // Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologia. – 1957. - 7 Jahrg. Heft 5. S. 183-191.
66. Kretschmer Ernst. Medizinische Psychologie. Herausgegeben Wolfgang Kretschmer. – Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1975. – 244 s.

Июнь, 2022 г.

A BRIEF HISTORY OF CLINICAL CLASSICAL PSYCHOTHERAPY (CCP)
Burno M.E.