

СТАТЬЯ «ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ» М.О. ГЕРЦБЕРГА В АРХИВЕ РАН

О.Б. Бокарева, *ст. науч. сотр.*

Архив РАН

(Россия, г. Москва)

DOI:10.24412/2500-1000-2023-2-2-283-289

Аннотация. Статья представляет собой публикацию работы отечественного психиатра М.О. Герцберга «Психотерапия в лечении инвалидов Отечественной войны» (1948). Она представляет собой объемный машинописный текст, второй экземпляр с правкой, вероятно, авторской. В статье рассматриваются вопросы, связанные с лечением, реабилитацией ветеранов Великой Отечественной войны: проведение восстановительной терапии в учреждениях нового типа – восстановительных госпиталях.

Ключевые слова: М.О. Герцберг, Архив Российской академии наук, личный фонд, психотерапия, ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны, восстановительный госпиталь, невротические реакции, категории больных, установка.

Работа отечественного психиатра М.О. Герцберга «Психотерапия в лечении инвалидов Отечественной войны» в виде машинописного текста с правкой простым карандашом и синими чернилами, отложилась в его личном фонде в Архиве Российской академии наук [1]. Работа названа статьей сотрудниками архива при обработке фонда. На верхнем поле первого листа ее имеется помета карандашом: «После войны 1948. 2 экз. правлен».

Работа не была опубликована. Она публикуется в соответствии с правилами археографии при сохранении стилистических особенностей автора. Ошибки, присутствующие в тексте и выполненные стенографисткой, исправлены. Сокращено написанные слова раскрываются в квадратных скобках. Курсивом выделены слова, вписанные над строкой во время правки текста.

М.О. Герцберг,

Москва

ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

I.

Вторая мировая война внесла много нового в самые разнообразные отрасли медицины. Она способствовала возникновению у нас и за рубежом новой отрасли медицинской наук – восстановительной терапии и медицинских учреждений нового

типа, – у нас восстановительных госпиталей, за границей – восстановительных центров.

Эти новые учреждения, отражая особенности контингента своих пациентов, отличаются не только своеобразием клинической работы, но и режима, особой ролью в нем психологических и психотерапевтических компонентов. Специфика работы в этих учреждениях настолько своеобразна, что в момент их возникновения В.А. Гиляровский придавал особое значение вопросам именно режимного порядка, ибо новое учреждение – восстановительный госпиталь, – в какой-то мере отличается по своим задачам, как от обычной больницы, так и от санатория.

Еще в годы войны работа в так называемых «военных отделениях» психиатрических больниц показала, что психотерапевтические задачи в таких отделениях отличаются от того, что мы привыкли иметь в обычных отделениях психиатрической больницы.

Говоря о психотерапии, мы имеем в виду не только методику психотерапевтической работы с отдельным больным. Огромное значение приобретает психотерапевтический компонент ВСЕЙ ПОСТАНОВКИ ДЕЛА.

Нужно сказать, что ПСИХОЛОГИЧЕСКИ, – между больным, поступавшим в мирное время в психиатрическую больни-

цу, и больным, поступавшим в военное отделение той же больницы для лечения последствий, *например*, черепно-мозговой травмы, имеется большая разница и ряд особенностей в общей установке.

Эти люди, преимущественно молодого возраста, до войны были здоровы. Они заболели, защищая родину, социалистическое общество и ожидают от государства и общества внимания и заботы. Само их заболевание представляет из себя сложный психологический комплекс. В него входят, конечно, не только ПРЯМЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ поражения: увечье, стойкий болевой фактор, нарушения различных функций, но и КОСВЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ: опасение ухудшения материальной обеспеченности; забота о будущем семьи; горечь сознания, что может быть придется стать иждивенцем близких; сознание утраты былых творческих возможностей и кажущаяся неумолимой перспектива вести жизнь на сниженном уровне; сознание предстоящей длительной зависимости от других людей; потеря былой самостоятельности в действиях и решениях; чувство одиночества, особенно переживаемое теми, у которых *в годы войны* погибли близкие.

Весь этот психологический комплекс переживаний, протекающий весьма часто на фоне стойкого, альгического синдрома (головные боли) и стойкого затруднения обычных, повседневных, жизненно-необходимых функций, ходьбы, речи, манипуляций руками (у гемиплагигов, афазиков), – все это легко способствует сенсибилизации эмоциональной сферы таких больных и ведет в ряде случаев к развязыванию невротических реакций, патологическому развитию личности.

Для таких больных, поступавших в военные отделения психиатрических больниц, также характерно отличное по своей психологии отношение к медицинскому персоналу больниц, который эти больные естественно рассматривали как представителей того общества, которое они защищали и ради которого они пострадали в войне.

Естественно, что как врачи, так и весь медицинский персонал больниц должны

учитывать особенности психологии таких военных больных, отличающие их от обычных обитателей отделений психиатрической больницы мирного времени.

Вполне понятно, что указанные моменты должны определить особенности психотерапевтической атмосферы военных отделений психиатрических больниц, организацию режима и стиль подхода всего персонала к больным этих отделений.

Опыт показал, что именно старым психиатрическим кадрам в таких отделениях приходилось переучиваться, менять стиль обращения, иначе понимать некоторые, необычные по своей активности (но часто, в сущности, разумные) требования больных.

Необходимо учесть, что эти *больные* пришли из Красной Армии, где книга, радио, кино, *беседа* были привычными спутниками их военного быта и поэтому понятно, что они более активно реагируют в тех случаях, когда обстановка военного отделения психиатрической больницы этому не соответствовала.

Мы считаем, что в основе психотерапевтической работы персонала отделения должно лежать понимание всех перечисленных особенностей этих больных. Это, естественно, требует значительно большей гибкости в подходе к ним и большей гибкости режима.

II.

Мы так подробно остановились на особенностях психотерапевтической «атмосферы» в военных отделениях психиатрических больниц, потому что этот опыт необходимо, на наш взгляд, использовать и в настоящее время, когда «оперативные» койки в психиатрических больницах уже свернуты. Но в некоторых республиках инвалиды Отечественной войны с невропсихическими заболеваниями и сейчас помещаются не в восстановительные госпитали, а в отделения общегражданских психиатрических больниц, персоналу которых, на наш взгляд, следовало бы учесть изложенные выше соображения.

С другой стороны, психотерапевтическая «атмосфера» в восстановительных госпиталях (главным образом, нейропси-

хиатрических) имеет некоторые новые специфические черты.

Психологическая ситуация, в которой очутился пострадавший на войне человек и особенности которой мы пытались описать выше, претерпевает дальнейшие наслоения, в связи с затягивающимся, иногда, характером болезненного процесса, особенно там, где он (напр[имер], после черепно-мозговой травмы) приобретает не регрессионное, а стабильное или прогрессирующее течение или отличается чрезвычайной лабильностью компенсаторных механизмов и склонностью в некоторых случаях к повторной, частой декомпенсации. Эти вопросы компенсации получили освещение на научных конференциях московского психоневрологического госпиталя (нач[альник] майор м/с М.И. Яшин), где и велись наблюдения, на которых основано настоящее сообщение.

Больных восстановительного госпиталя можно разбить на 3 группы: первая группа – это больные с тяжелым, стойким, почти необратимым дефектом после травмы центральной нервной системы, с резким ограничением подвижности. Сюда относятся, так называемые, спинальные больные, случаи некоторых парасагиттальных ранений, гемиплегии с тяжелыми остаточными явлениями, с трудом передвигающиеся. Необходимо учесть, что возможности компенсации в жизни для этих больных крайне ограничены и госпиталь невольно становится для них по существу (пусть временно) домом, но, к сожалению, не всегда родным домом.

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ К ДЕФЕКТУ является основным условием для их компенсации и нужно признать, что больным со столь тяжелыми стойкими дефектами, которые целиком зависят от помощи окружающих, – приспособиться к дефекту исключительно трудно и нужно *иметь* очень много природного оптимизма, нужна очень большая устойчивость психики, чтобы и в этом положении как-то утвердиться в жизни.

Поэтому основная психотерапевтическая задача в отношении этой группы больных заключается в такой перестройке их психики, которая способствовала бы

этим больным приспособиться к дефекту, ибо это является необходимым *условием* и психологической предпосылкой к началу процесса компенсации.

Однако, нужно тут же подчеркнуть, что одной рациональной психотерапии здесь недостаточно. Сколь интимен не был бы психотерапевт с больным, сколь длительными не были бы беседы, – одни словесные убеждения, не подкрепленные каким-то **ДЕЛОМ**, какой-то другой **КОНКРЕТНОЙ** помощью, – часто не дают эффекта. В таких случаях мы наглядно видим и бесполезность попыток всякого «отвлечения» и «развлекательства», и, с другой стороны, убеждаемся в огромном значении влияния психотерапии с трудотерапевтической работой.

Мы наблюдали одного молодого, активного полковника, боевого командира дивизии, у которого после черепного ранения на фронте осталась стойкая, массивная, очень медленно регрессировавшая моторная афазия. Больной был удручен чрезвычайной затруднительностью своего речевого общения с людьми, тяжело переживая ситуацию, начал высказывать суицидальные мысли. Психотерапевтическая беседа выявила, что причиной тяжелого состояния больного явилось убеждение в полной бесперспективности дальнейшей жизни из-за невозможности, в связи с дефектом, приспособиться к труду. При попытке подсказать больному те или иные занятия, он их отвергал одно за другим, как неинтересные, неподходящие и т.д.

«Не буду же я работать сапожником или портным», – заявил больной, имея в виду те мастерские, которые в то время только лишь открылись в госпитале. В дальнейших длительных психотерапевтических беседах, с упорными попытками подыскать для больного подходящее занятие и протекавших на фоне возраставшего контакта, больной, наконец, сказал: «Вот станочек бы мне, поточил бы, ведь руки работают». Выяснилось, что в своем прошлом больной был ... токарем по металлу.

Таким образом, мы видим, что специфика психотерапевтической работы в восстановительном госпитале в отличие от обычной психиатрической больницы за-

ключается в особенно большой роли социально-трудовых вопросов. Лечащий врач восстановительного госпиталя должен, быть может, больше, чем во всяком другом стационаре, связывать клинические особенности больного с анализом его социально-трудовых установок, что приобретает первостепенное психотерапевтическое значение, отражаясь и на общем эффекте лечения.

Но психотерапевт восстановительного госпиталя должен учитывать, иногда, и другие факторы.

Лечащий врач одного из больных с тяжелыми последствиями спинального, осколочного ранения (парапарез, тазовые расстройства) сообщил, что накануне этот больной совершил суицидальную попытку, пытаясь повеситься на койке, а затем, когда ему в этом помешали, тут же разбил стеклянный мочеприемник и его осколками пытался порезать себе вены. До этого больной выпил до 100 грамм вина.

В беседе выяснилось, что больному всего 23 года, что до ранения он был совершенно здоров, что он успел закончить 8 классов средней школы, был активным комсомольцем, и что вся его семья погибла во время немецкой оккупации. Он понимает, что совершенное им «глупо», но он не видит перспективы в жизни ибо, будучи прикованным к постели, считает, что он уже ни к чему не способен. Он помнит судьбу писателя [Н.А.] Островского, автора произведения «Как закалялась сталь», однако у него нет *личностных* данных последовать этому примеру. Ему предлагали, правда, клеить какие-то бумажки, но это очень скучно, он начал было изучать иностранный язык, но при недостаточности его образования, это тоже, кажется, бесперспективным.

Здесь, как и в предыдущем случае, мы видим, что задача психотерапевта заключается не только в аморфном «успокоении» больного вообще и смягчении путем рациональной терапии подавленности больного, невротических наслоений и т.д. Здесь вся такая работа должна быть построена вокруг **СОВЕРШЕННО КОНКРЕТНЫХ, РЕАЛЬНЫХ ПЕРСПЕКТИВ**, без чего она не может дать эффекта. В

данном случае психотерапевту пришлось пойти по двум путям: 1) не только подыскать занятие для больного, но такое занятие, которое давало бы перспективу и 2) сделать так, чтобы этот больной не чувствовал себя одиноким, брошенным. В отношении первого пункта больному была дана перспектива (учтя круг его интересов) попытаться закончить десятиклассное образование, что открыло бы ему дорогу в заочный ВУЗ. По второму пункту было признано необходимым установить над больным индивидуальное шефство (через Райком комсомола и партии). Только получив такую РЕАЛЬНУЮ перспективу, психотерапевт приобретает конкретную возможность и в дальнейшем влиять на психику больного в направлении приспособления к дефекту.

(Точка зрения некоторых врачей, что продолжение образования инвалидов с тяжелыми дефектами является делом «нереальным», «долгим» и т.д., неправильна и отражает нередко лишь нежелание отдать время, необходимое для организации такой учебы. Конечно, продолжение образования можно рекомендовать далеко не в каждом случае, особенно при невропсихических заболеваниях и снижении умственной работоспособности. Однако, нужно учесть, что в Московском Университете имеется группа инвалидов войны (в том числе и 1-й группы) с тяжелейшими дефектами (слепые, бездвурукие, с комбинированными дефектами), являющихся аспирантами, отличниками учебы и даже сталинскими стипендиатами.

Предоставление некоторым тяжелоувечным инвалидам возможности продолжать учебу, что и психотерапевтически явилось бы **ЕДИНСТВЕННЫМ УСЛОВИЕМ** для получения у них **УСТАНОВКИ НА ЖИЗНЬ**, – является лишь отражением идей советского гуманизма).

Опыт показал, что психика больных, прикованных на длительное время к койке, преобразуется, если удастся сочетать психотерапию с конкретным видом труда.

Мы наблюдали одного молодого офицера с тяжелейшим спинальным поражением, вынужденного лежать только на животе, с недержанием мочи, резкими тро-

фическими расстройствами, – психика которого после вовлечения в трудотерапию настолько преобразилась (он изучил *фото*, *затем* часовое дело), что мы начали посылать к нему для втягивания в труд и психотерапевтического воздействия других больных со всякого рода комплексными переживаниями, с трудом приспособившихся к дефекту. Нужно сказать, что этот спинальный больной охотно выполнял эти новые для него функции.

ВТОРУЮ КАТЕГОРИЮ БОЛЬНЫХ в восстановительном госпитале составляют инвалиды с ограниченной трудоспособностью, не могущие вернуться к прежней профессии самостоятельно и не способные или не знающие как им в дальнейшем приспособиться к жизни и к новому виду труда.

Здесь задача психотерапевта заключается в том, чтобы дать этим больным правильную установку уже в самом начале пребывания в госпитале, что может очень повлиять на общий эффект лечения (объяснение особенностей состояния, основного направления лечения, *режима и т.д.*). Обычно вскоре же такому больному необходимо дать советы типа профорientации. Не получив такой перспективы, ряд больных разбираемой группы, хотя и получает лекарственные и физиотерапевтические назначения (нередко уже знакомые им по пребыванию в других госпиталях), но не видя ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ, – они скептически относятся к лекарству, врачу, госпиталю, будущей своей жизни, валяются на койке, плохо вовлекаются в общий трудовой режим, еще более детренируются и нередко оставляют госпиталь снова без всякой СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЙ УСТАНОВКИ.

Нужно подчеркнуть, что обстоятельная, тщательно продуманная врачом СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ УСТАНОВКА должна считаться, благодаря своему психотерапевтическому значению НЕОБХОДИМЫМ ЗВЕНОМ ЛЕЧЕНИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ГОСПИТАЛЕ.

В годы войны в эвакуогоспиталях одно время тщательно следили за тем, чтобы в историю болезни во-время вписывался так называемый «план лечения», который

представлял собою продуманное клиническое заключение и перечень тех мероприятий, которые из него вытекают. Неизвестно почему эта мера, которая чрезвычайно организует работу и лечащего врача (если не относиться к записи формально), теперь не в ходу, хотя в таких высокоавторитетных учреждениях, как Центральный нейрохирургический институт в Москве, клиническое заключение уже давно стало необходимой частью истории болезни.

Мы хотим сказать, что в плане лечения, наряду с таким клиническим заключением (не смешивать с эпикризом), в историях болезни восстановительного госпиталя должно быть обязательно, своевременно записано и СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОЕ заключение, основанное на данных комплексного обследования со стороны лечащего врача, психотерапевта и трудотерапевта, причем заключение это должно быть сделано в начальной фазе пребывания больного.

Выше указывалось, что в поздней фазе течения травматической болезни для некоторых инвалидов характерна лабильность компенсации. Эта категория больных и составляет в восстановительном госпитале ТРЕТЬЮ ГРУППУ.

Больные ТРЕТЬЕЙ ГРУППЫ достаточно владеют своей прошлой или приобретенной профессией, но благодаря превалированию в клинической картине эксплозивного синдрома, – дают повторные срывы поведения, конфликтуют со средой и не способны поэтому к регулярному труду. После очередного срыва они нередко попадают в восстановительный госпиталь, как на спасительный, и столь им нужный, островок, где они надеются получить передышку. Нам думается, что они имеют право на такое повторное стационарирование, потому что сколь бы не были велики в отдельных случаях психогенные наслоения, эксплозивность этих больных имеет нередко органическую основу, связанную с перенесенной черепно-мозговой травмой. Эта категория больных, в противоположность двум первым, нуждается на первых порах не в тонизации, а, наоборот, в успокоении, ограждении от излишних раз-

дражителей, шума и т.д. и успокаивающем психотерапевтическом воздействии.

Последующая психотерапевтическая задача заключается в объяснении больному особенностей его болезненной психики и выработке в нем правильного понимания и отношения к своему дефекту и особенностям поведения. Больного надо научить работать над собой. Ему должно быть указано, чтобы он всячески использовал пребывание в госпитале для тренировки в умении управлять собой, дабы выйти из госпиталя более подготовленным к жизни.

К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ можно причислить и больных с астено-депрессивным синдромом. Здесь, как и в группе эксплозивных, – задача психотерапевта сводится к коррекции неправильных установок, но коррекции особенной, всегда, как мы видели, обращенной в сторону труда, места больного в обществе.

В этом и заключается основная специфика психотерапевтической работы в восстановительном госпитале в отличие от обычной больничной работы. Ибо больного с воспалением легких, переломом бедра или находящегося в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза или больного, переживающего острый шизофренический *сдвиг*, прежде всего надо лечить; собственно клинические интересы здесь преобладают и вопросы прямого приспособления к труду возникают обычно лишь перед выпиской, вернее, после окончания периода реконвалесценции.

В восстановительном же госпитале лечебно-клиническая и социально-трудовая стороны органически переплетаются нередко с первых же дней пребывания, отрыв их друг от друга невозможен, противоречив самой идее организации восстановительных госпиталей.

Помимо перечисленных ТРЕХ групп, отдельное место занимают так называемые «ТРУДНЫЕ» больные, злостные нарушители режима и больные с не оправдываемыми иждивенческими установками.

Нам думается, что именно эти группы требуют особого внимания со стороны психотерапевта и хотя, в отдельных случаях, здесь иногда не избежать административных мер воздействия, но даже и здесь,

нам думается, психотерапевтическая работа не лишена перспектив.

III.

Все вышеизложенное является элементарной составляющей основой психотерапевтических мероприятий в восстановительном госпитале. Задача психотерапевта, который не может не быть одновременно и психогигиенистом, заключается в том, чтобы влиять не только на больных, но и на персонал, на стиль всего его поведения в целом, включая и манеру обращения с больными.

Мы убеждены, что, говоря о задачах психотерапевтической работы в восстановительном госпитале, необходимо, прежде всего, добиться психотерапевтической «атмосферы» в организации всего дела, во всех его звеньях. Психотерапевт никак не может пройти мимо всевозможных дефектов организации дела, способных повсеместно травмировать психику больных. Мы неоднократно наблюдали, как ведущей причиной *в ухудшении состояния* инвалида бывали такие побочные, вредные раздражители. Нужно помнить, что в большинстве случаев в поздней фазе травмы среди инвалидов со стойкой симптоматикой есть не мало *выраженных* органиков, астенизированных, легко возбудимых и уязвимых, с элементами снижения *критики*, особенно уязвимых там, где дело касается их бытовых интересов, сколь бы незначительными они нам не казались на первый взгляд.

Мы наблюдали одного инвалида Отечественной войны, который ушел на фронт восемнадцатилетним юношей из старшего класса школы. Он получил обширное осколочное ранение левой лобно-теменной области с правосторонним гемипарезом конечностей. Он обратил на себя внимание на врачебном обходе своим аутизмом, отгороженностью, скорбным напряженным выражением лица. На вопросы больной отвечал скупой и как бы не охотно. При психотерапевтической беседе в кабинете выяснилось, что больной страдает от одиночества, т.к. давно не имел связи с домом, ибо «забыл» домашний адрес. Однако выяснилось, что у больного имеются остаточные явления амнестической и моторной

афазии, препятствующие ему достаточно свободно обращаться с окружающими и формулировать свою мысль. Спустя некоторое время, благодаря специальным усилиям персонала был установлен домашний адрес больного и последнее письмо, благодаря чему вскоре из другого города приехала мать больного, считавшая его в течение ряда лет погибшим.

Все такие примеры из повседневного госпитального быта умышленно приводят-

ся для того, чтобы показать *наглядно*, сколь разнообразны могут быть факторы, влияющие на психологическое состояние инвалида и на динамику того, что принято называть УСТАНОВКОЙ.

В борьбе за эту УСТАНОВКУ психотерапевт и должен учитывать, иногда, совершенно неожиданную специфику этих добавочных воздействий.

АРАН. Ф. 1586. Оп. 1. Д. 16. Л. 1-16.
Машинопись с правкой.

Библиографический список

1. АРАН. Ф. 1586. Оп. 1. Д. 16. Л. 1-14. 1948 г.

THE ARTICLE «PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF THE DISABLED OF THE PATRIOTIC WAR» BY M.O. GERTSBERG IN THE ARCHIVES OF RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES

O.B. Bokareva, *Senior Researcher*
Archive of Russian Academy of Sciences
(Russia, Moscow)

Abstract. *The article is a publication of the work of the Russian psychiatrist M.O. Gertsberg «Psychotherapy in the treatment of the disabled of the Patriotic War» (1948). It is a voluminous typewritten text, the second copy with an edit, probably the author's. The article discusses issues related to the treatment and rehabilitation of veterans of the Great Patriotic War: conducting rehabilitation therapy in a new type of institutions – rehabilitation hospitals.*

Keywords: *M.O. Gertsberg, the Archives of Russian Academy of sciences, the personal fund, psychotherapy, veterans and invalids of the Great Patriotic War, rehabilitation hospital, neurotic reactions, categories of patients, installation.*