

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

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2500 книг по психологии.
Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.
Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

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

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

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
П. И. БУЛЬ
ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ
В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
МЕДГИЗ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ МЕДГИЗ
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ • 1958

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние годы в связи со все большим внедрением в клинику физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности увеличивается число врачей — сторонников применения методов внушения и гипноза! в медицине. Явления гипноза и внушения долгое время рассматривались с идеалистических позиций и незаслуженно недооценивались врачами и физиологами, привлекая внимание лишь отдельных выдающихся ученых (Ф. Энгельс, В. М. Бехтерев, И. П. Павлов, А. А. Токарский, Бред, Шарко, Берн-гейм) .

Материалистическое объяснение явлениям гипноза и внушения дано в трудах В. М. Бехтерева и И. П. Павлова, а также их многочисленных сотрудников. Таким образом, психотерапия в широком смысле этого слова и, в частности, гипнотерапия получили физиологическое обоснование.

Огромный материал, полученный русскими физиологами и клиницистами (И. М. Сеченов, И. П. Павлов,

В. М. Бехтерев, Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский,

С. П. Боткин, А. Г. Ив-анов-Смоленский, Н. Ф. Голубев, Г. Ф. Ланг, М. В. Черноруцкий и др.) при изучении деятельности нервной системы в норме и патологии, позволил построить ряд современных теорий этиологии и патогенеза некоторых заболеваний внутренних органов, а также указать пути, по которым должно пойти их лечение.

Опираясь на исследования своих идейных предшественников, К. М. Быков с сотрудниками разработал учение о взаимосвязях коры головного мозга и внутренних органов. В частности, было показано значение нарушений высшей нервной деятельности в развитии ряда заболеваний внутренних органов, таких, как язвенная и гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, стенокардия и др. С другой стороны, исследованиями отечественных психотерапевтов, в первую очередь

К. И. Платонова и его учеников, а также В. Н. Мясисцева с сотрудниками, И. В. Стрельчука, Ю. А. Поворинского и многих других, показана огромная роль словесного воздействия, особенно в гипнотическом состоянии, на все стороны жизнедеятельности человека.

Нам хорошо известно, что длительные функциональные нарушения деятельности различных органов и систем могут, в конце концов, при определенных условиях перейти в необратимые органические. Это определяет необходимость своевременного включения в число других терапевтических мероприятий и словесного воздействия, т. е. гипнотерапии, как метода, с помощью которого можно регулировать функции различных внутренних органов. А. И. Картамышев, И. С. Сумбаев, В. Н. Финне, В. А. Бахтияров, П. П. Подъяпольский и другие показали возможность вызывания словесным внушением трофических нарушений кожи (пузыри от мнимых ожогов и т. д.). В дерматологии с успехом приносят внушение и гипнотерапию при некоторых заболеваниях кожи. К. И. Платонов, В. И. Здравомыслов, А. П. Николаев, С. Н. Астахов и другие с успехом применяли гипноз и внушение при обезболивании родов и неукротимой рвоте беременных. Словесным внушением иногда удавалось останавливать гинекологические кровотечения, восстанавливать нарушения менструального цикла и даже стимулировать лактацию. Наиболее отстающая в смысле применения гипнотерапии область медицины — клиника внутренних болезней. Имеются лишь отдельные разрозненные работы о психотерапии гипертонической болезни, бронхиальной астмы и других заболеваний внутренних органов. Между тем, область внутренней медицины является, как нам кажется, наиболее благодарной для применения гипнотерапии. Особенно это относится к ряду перечисленных выше заболеваний, таких, как язвенная и гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и некоторые другие, для которых гипноз и внушение являются не только физиологическим, но и патогенетическим методом лечения.

Данная книга является попыткой привлечь внимание интернистов к более широкому применению гипнотерапии в клинике внутренних болезней.

ЕДИНСТВО ПСИХИЧЕСКИХ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Учение о нервизме С. П. Боткина, И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева обогатило наше представление о болезни. Несомненным является положение, что при заболевании любого органа мы не должны забывать о состоянии всего организма как целого. Функциональная целостность организма осуществляется нервной системой, которая также осуществляет связь и взаимодействие организма с внешней средой.

И. П. Павлов писал: «...чем совершеннее нервная система животного организма, тем она централизованней, тем высший ее отдел является все в большей и в большей степени распорядителем и распределителем всей деятельности организма, несмотря на то, что это вовсе ярко и открыто не выступает. Ведь нам может казаться, что многие функции у высших животных идут совершенно вне влияния больших полушарий, а на самом деле это не так. Этот высший отдел держит в своем ведении все явления, происходящие в теле. Это уже давно было отмечено в явлениях гипнотического внушения и самовнушения.»¹

Подчиненность и связь различных биохимических процессов с высшей нервной деятельностью человека в настоящее время хорошо изучена. Установлено, что всякое психическое переживание в той или иной мере связано с определенными реакциями организма. Благодаря исследованиям В. М. Бехтерева и его учеников, а также работам К. М. Быкова с сотрудниками раскрыт механизм взаимодействия коры головного мозга и

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. Ш, кн. 2» изд. АН СССР, 1951, стр. 409—410,

внутренних органов. Изменения артериального давления, ритма дыхания, пульса, спазм или расслабление бронхов, секреция желудочно-кишечного тракта, выделение мочи, пота и слез, некоторые изменения биохимических и физических свойств крови, увеличение количества лейкоцитов в периферической крови, а также многие другие изменения функции различных систем и органов — все это показывает теснейшие нейро-вис-церальные взаимосвязи.

Изучение зависимости различных физиологических реакций от влияния психики, от тех или иных эмоций было начато А. Ф. Лазурским в 90-х годах прошлого столетия в клинике В. М. Бехтерева. А. Ф. Лазурский погружал испытуемых в гипнотический сон и внушал им переживания различных положительных и отрицательных эмоций (радости, горя, страха и гнева). При этом у больных отмечались выраженные изменения со стороны пульса и дыхания.

В 1902 г. В. М. Бехтерев и В. М. Нарбут изучали изменения кожной болевой чувствительности под влиянием соответствующего словесного внушения в гипнотическом сне и получили объективно регистрируемые изменения со стороны пульса и дыхания.

В 1925 г. В. М. Бехтеревым и Н. М. Щеловановым, а также В. Н. Мясищевым была экспериментально доказана возможность влияния словесного раздражителя на условнорефлекторную деятельность как в гипнозе, так и в состоянии бодрствования.

Н. Е. Введенский еще в 1911 г. отмечал, что «сфера явлений, которые могут быть подчинены гипнотическому внушению, оказывается чрезвычайно широкой: она не ограничивается областью высших нервных актов, но включает в себя и различные стороны растительной жизни организма».

Н. Е. Введенский в 1913 г. показал возможность путем внушения в гипнозе вызвать явления цветовой слепоты (дальтонизма). В. Н. Финне в лаборатории В. М. Бехтерева впервые показал, что путем словесного внушения в гипнозе может быть получена гипергликемия.

В 1936 г. В. Ф. Зеленин, Ю. В. Каннабих и П. Н.

¹ Цитируется по К. И. Платонову. Слово как физиологический и лечебный фактор. Медгиз, 1957, стр. 154.

Степанов добивались путем внушения изменений функции терморегулирующих центров — вызывали повышение температуры тела на 0,2—0,5°.

Интересные работы в том же плане были поставлены К. И. Платоновым, который изучал изменения тонуса желудка, а также силу и утомляемость скелетной мускулатуры в гипнозе под влиянием тех или иных внушенных эмоций. К. И. Платонов показал, что внушенная эмоция энтузиазма и радости позволяла испытуемому, находящемуся в состоянии гипнотического сна, поднимать более тяжелый груз, чем в бодром состоянии; в то же время отрицательные эмоции при аналогичных условиях снижали силу мышц и увеличивали их утомляемость. А. И. Картамышев, А. Г. Хованская и Н. А. Скульский изучали изменения капиллярного кровообращения и показали возникновение спазма капилляров при внушении отрицательных эмоций как у здоровых людей, так и у больных кожными заболеваниями. Работы других исследователей показали, что при внушении положительных эмоций наступает значительное увеличение веса тела и ускорение диуреза с пониженным рН и уменьшенным выделением NaCl; при внушении же отрицательных эмоций наблюдалась потеря в весе и повышение диуреза с увеличением рН и усиленным выделением NaCl. Также было установлено, что при внушении эмоции страха резко повышается обмен веществ; во время волнующих переживаний (при ожидании операции, во время ответственных экзаменов у студентов, у спортсменов перед состязаниями) наблюдается повышенное выделение адреналина с последующей глюкозурией, нарастанием количества лейкоцитов в периферической крови и повышением температуры тела. В. М. Гаккебуш установил, что у испытуемого уже через 40 минут после внушения в гипнотическом сне тяжелых психических переживаний наблюдается значительное увеличение сахара в крови. И. А. Матусис, А. И. Картамышев и С. Я. Капланский показали изменения содержания сахара в коже под влиянием различных психических переживаний. И. М. Невский и Ю. Н. Архангельский и другие установили, что при волнении и тревоге наступает значительное увеличение числа лейкоцитов в крови. А. Т. Пшоник доказал, что, внушая испытуемому, находящемуся в со-

стоянии гипнотического сна, мнимое температурное раздражение, можно получить такие же характерные изменения плетизмограммы, которые получаются и при действительном холодном или тепловом раздражении. Более того, прикладывая к руке загипнотизированного колбу со льдом и одновременно внушая, что к руке приложен очень теплый предмет, можно получить подъем кривой, характерный для реакции на тепло, что будет свидетельствовать о парадоксальном расширении сосудов. Некоторыми советскими исследователями определялся качественный и количественный состав слюны, а также желудочное содержимое у человека, погруженного в гипнотическое состояние, причем испытуемому внушалось, что он ест то кислые, то сладкие, то горькие вещества, в то время как ему давалась индифферентная по вкусу пища. При этом было установлено, что ни качество, ни количество слюны не соответствовало характеру действительно принимаемой в это время пищи. Словесное внушение оказывалось более сильным, чем действительный безусловный пищевой раздражитель. Состав желудочного содержимого менялся в зависимости от того, внушались ли положительные или отрицательные эмоции. (К. И. Платонов, А. К. Трошин, М. О. Панкин, М. И. Кабальчук). Приведенные исследования, доказывающие возможность вызвать у человека извращенные реакции в ответ на словесные раздражители, можно понять как парадоксальную фазу, возникающую на тех или иных степенях гипноза в коре полушарий головного мозга. Вот что писал по этому поводу И. П. Павлов: «Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражениям: сладкий вкус вместо горького, необыкновенное зрительное раздражение вместо самого обыкновенного и т. д., без натяжки можно бы понять как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы, когда слабые раздражения имеют больший раздражающий эффект, чем сильные. Реальное раздражение, например от сладкого вещества, идущее прямо в соответствующую нервную клетку, надо думать, больше сравнительно с раздражением словом «горький», переходящим из соответствующей звуковой клетки в клетку, отвечающую реаль-

ному раздражению горьким, как условный раздражитель первого порядка всегда сильнее условного раздражителя второго порядка».

И. П. Павлов считал парадоксальную фазу действительным аналогом особенно интересной фазы человеческой гипнотизации, фазы внушения, когда сильные раздражения реального мира уступают место слабым раздражениям, идущим от слов гипнотизера.¹

Особый интерес . представляют для нас исследования, показывающие влияние психики на терморегуляцию. Клиницистам известны факты повышения температуры тела у больных, находящихся в стационаре в дни посещения их родственниками и знакомыми. Н. Г. Бизюку удалось в своих исследованиях показать возможность подъема температуры тела путем словесного воздействия — прямого внушения в гипнозе. На основании своих наблюдений автор приходит к выводу, что различные эмоции и психические переживания, вызванные в состоянии гипноза, могут обусловить повышение или понижение температуры тела.

Приведенные выше исследования показывают далеко не все возможности воздействия коры головного мозга на различные функции организма человека вплоть до самых интимных. В свою очередь соматическое состояние организма сказывается на состоянии корковых процессов, на психике человека. В этом взаимодействии психического и соматического проявляется их полное единство.

¹ И П Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд, АН ССО, 1951, стр. 450, •

КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

В свете представлений С. П. Боткина, И. М. Сеченова и И. П. Павлова о том, что болезнь есть реакция организма на вредоносное воздействие внешней среды, произошли важные изменения наших взглядов на этиологию и патогенез многих заболеваний. Раньше считалось, что причиной заболеваний могут быть только те патологические агенты, которые непосредственно повреждают клетки, ткани или органы. Теперь же хорошо известно, что любой индифферентный условный раздражитель может и без непосредственного контакта с организмом стать для последнего патогенным и явиться причиной болезни.

Нарушения высшей нервной деятельности человека, т. е. чисто психогенные причины, могут часто вызывать то или иное заболевание. Известно, наконец, что слово для человека является совершенно исключительным по своему значению условным раздражителем и при определенной ситуации может стать причиной заболевания, заменяя собой воздействие различных реальных раздражителей. «В связи с этим мы понимаем (или, быть может, вернее — начинаем понимать), как важно врачам овладеть этой чудесной силой слова и речи и научиться управлять ею для того, чтобы использовать ее на благо больного человека» (М. В. Черноруцкий).¹

И. П. Павлов считал несомненным, что кора головного мозга получает постоянную информацию от всех внутренних органов через многочисленные рецепторные приборы, находящиеся в них, и, таким образом, вы-

¹ М. В. Черноруцкий. Учение И П Павлова и клиническая медицина. Стенограмма публичной лекции, Л., 1953, стр. 10.

двинул важную проблему связи нервной системы и прежде всего коркового ее отдела с внутренней средой организма.

Эта проблема встает перед медициной и физиологией как проблема функциональных взаимоотношений коры головного мозга и внутренних органов, всех вегетативных и нейро-гуморальных реакций организма.

Головной мозг с его многочисленными корковыми анализаторами не только воспринимает информацию с периферии, но и отвечает непрерывными импульсами, корректирующими и направляющими функции внутренних органов. Таким образом, устанавливается постоянная двусторонняя связь между корой головного мозга и внутренними органами.

К. М. Быков показал, что кора головного мозга получает непрерывно сигнализацию от всех внутренних органов с помощью широко разветвленного по всему организму мощного интерорецептивного аппарата.

К. М. Быков указывает, что патологический процесс является новым качеством, степень и содержание которого связаны с нормальными физиологическими процессами. Под влиянием различных вредных внешних воздействий вначале развиваются функциональные расстройства, которые возникают вследствие нарушения течения основных корковых процессов. В дальнейшем в зависимости от величины этих вредных воздействий и типа высшей нервной деятельности эти функциональные нарушения деятельности внутренних органов могут перейти в необратимые органические изменения их.

Очень важно, чтобы врачебное вмешательство начиналось тогда, когда функциональные (обратимые) сдвиги в деятельности внутренних органов в виде одышки, расстройств слюноотделения, изменений желудочной секреции, нарушений желчеотделения и т. д. еще прочно не закрепились и не перешли в органические изменения. Нужно иметь в виду, что происходящий в ходе эволюции нервной системы процесс корти-колизации вегетативных реакций, процесс все большего и большего подчинения их регулирующему влиянию коры больших полушарий головного мозга достигает у человека высшей степени своего развития. Импульсы со стороны коры головного мозга приобретают при этом такую силу, что они способны вызывать

самые различные вегетативные реакции в организме, а также усиливать, тормозить и даже извращать его рефлекторные реакции. Весьма важно то, что не только нарушение корковых функций может явиться причиной расстройства в деятельности внутренних органов, но и интерорецептивные импульсы из патологически измененных органов могут при известных условиях вести к нарушению функции коры головного мозга и развитию невротического состояния. Следует при этом учитывать, что совпадение патогенных раздражителей с различными другими (непатогенными) может привести к образованию и закреплению патологических (как экстеро-, так и интерорецептивных) рефлексов.

К. М. Быков выдвигает следующие положения о механизме возникновения и развития кортико-висцеральных заболеваний.

Нормальное деятельное состояние коры больших полушарий в силу отрицательной индукции тормозит деятельность подкорки. При патологически ослабленной или заторможенной корковой деятельности вследствие положительной индукции усиливается деятельность подкорковых центров. Освобождаясь от регулирующего влияния коры головного мозга, эта деятельность приобретает беспорядочный, хаотический характер.

В подкорке, чаще всего в гипоталамической области, при этом образуются застойные патологические очаги возбуждения. Повышенная возбудимость подкорковых центров ведет нейро-гуморальным путем, главным образом через гипофиз, щитовидную железу, надпочечники и другие эндокринные железы, к возникновению патологически усиленных разнообразных вегетативных реакций — сосудистых, двигательных, секреторных — со стороны внутренних органов. Нарушение регулирующего влияния коры больших полушарий головного мозга обуславливает то, что функциональные сдвиги в деятельности внутренних органов держатся длительно и стойко. С течением времени это вызывает развитие анатомических изменений в органах и тканях. Таким образом, нарушения, носящие вначале чисто функциональный характер, в дальнейшем переходят в типичные органические заболевания.

Наиболее ранимыми являются кортикальные механизмы функциональных систем кровообращения, дыха-

ния, пищеварения. Это обстоятельство, по мнению М. В. Черноуцко, объясняется тем, что эти системы в процессе эволюции и приспособления к внешней среде оказались наиболее связанными с корой больших полушарий головного мозга.

На основании приведенных выше данных, мы считаем, что речевое воздействие, в частности гипнотерапия, должно быть наиболее эффективно при лечении именно кортико-висцеральных заболеваний, к которым в терапевтической клинике относятся в первую очередь гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь и хронические холециститы.

По мнению известного советского психотерапевта К. И. Платонова, можно утверждать, что нет такой функции в организме человека, на которую при известных условиях нельзя было бы повлиять речевым воздействием. В нашей работе мы стремились практически подтвердить это положение.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РЕЧЕВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ И МЕТОДИКА ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ

Психотерапия в широком смысле этого слова является лечебным методом, использующим главным образом речевое воздействие. Пути и средства психотерапии многообразны, они так же многогранны и разносторонни, как и вся наша психическая деятельность. Психотерапия имеет свое физиологическое обоснование в учении И. П. Павлова о сигнальных системах. Высшая нервная деятельность, по учению И. П. Павлова, осуществляется у человека тремя инстанциями. Первой инстанцией, общей у человека и высших животных, является подкорковая область головного мозга с ее сложнейшими безусловными рефlekсами. Следующая инстанция—первая сигнальная система коры полушарий, также общая у человека и животных, устанавливает временные связи, отражающие непосредственные воздействия внешнего мира и внутренней среды организма. Это единственная у животных корковая сигнальная система.

У человека же в процессе физиологической эволюции образовалась еще и вторая, высшая сигнальная корковая система. Находясь в тесном взаимодействии с первой, вторая сигнальная система является физиологической базой речевой деятельности и отвлеченного мышления.

И. П. Павлов писал: «Животные до появления семейства *homo sapiens* сносились с окружающим миром только через непосредственные впечатления от разнообразных агентов его, действовавшие на разные рецепторные приборы животных и проводимые в соответст-

вующие клетки центральной нервной системы. Эти впечатления были единственными сигналами внешних объектов. У будущего человека появились, развились и чрезвычайно усовершенствовались сигналы второй степени, сигналы этих первичных сигналов — в виде слов, произносимых, слышимых и видимых. Эти новые сигналы в конце концов стали обозначать все, что люди непосредственно воспринимали как из внешнего, так и из своего внутреннего мира, и употреблялись ими не только при взаимном общении, но и наедине с самим собой».¹

О второй сигнальной системе, присущей только человеку, И. П. Павлов говорит как о специальной прибавке к деятельности коры больших полушарий головного мозга. Кортиковая деятельность, в которую входят первая и вторая сигнальные системы, базируется на подкорке. В свою очередь вторая сигнальная система базируется на первой.

И. П. Павлов считал, что основные законы, установленные для первой сигнальной системы, должны также управлять и второй. Последнюю он считал высшим регулятором человеческого поведения. Отсюда вытекает исключительное физиологическое значение слова, речи. Речевое воздействие составляет основу психотерапии.

С физиологической точки зрения психотерапия представляет собой условную функциональную терапию, воздействующую на корковую динамику и через нее на подкорковые и вегетативные отделы центральной нервной системы. Психотерапевтическое воздействие может осуществляться либо при бодром, деятельном состоянии коры больших полушарий, либо на фоне гипнотического состояния. При этом слово через вторую сигнальную систему воздействует на первую сигнальную систему, а через нее на подкорку. Вот почему, воздействуя словом, внушением наяву или, еще лучше, в гипнозе, мы вправе рассчитывать на изменение деятельности подкорки и регулируемых ею вегетативно-соматических функций.

«Внушение» и «самовнушение» были ранее понятиями туманными и расплывчатыми; И. П. Павлов впервые дал им точные и ясные, физиологически обоснованные определения.

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951, стр. 345.

«Что есть внушение и самовнушение?» — спрашивал И. П. Павлов и отвечал: «Это есть концентрированное раздражение определенного пункта или района больших полушарий в форме определенного раздражения, ощущения, или следа его—представления, то вызванное эмоцией, т. е. раздражением из подкорки, то произведенное экстренно извне, то произведенное посредством внутренних связей, ассоциаций, — раздражение, получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение. Оно существует и действует, т. е. переходит в движение, в тот или другой двигательный акт не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражениями, ощущениями и представлениями,— тогда это твердый и разумный акт, как полагается нормальной и сильной коре, — а потому, что при слабой коре, при слабом, низком тоне оно как концентрированное сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний. Это и есть механизм гипнотического и постгипнотического внушения... Когда на такую кору в определенный пункт как раздражитель направляется слово, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответственном пункте и сейчас же сопровождается отрицательной индукцией, которая, благодаря малому сопротивлению, распространяется на всю кору, почему слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютным, неодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состояние».¹

Слово в сигнальной деятельности головного мозга заменяет непосредственный раздражитель. Это положение можно проиллюстрировать известным в литературе примером. Если ломтик лимона был бы положен непосредственно в ротовую полость, то здесь бы проявилось действие безусловного рефлекса. Если человеку показывают лимон, то в анализе ощущения участвует первая сигнальная система. Слово же «лимон» как условный раздражитель, адресуемый ко второй сигнальной

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951, стр. 207—208.

системе, возбуждает находящуюся в тесной связи с ней первую сигнальную систему и вызывает условную физиологическую реакцию — слюноотделение. Слово-раздражитель может оказывать аналогичное физиологическое действие и тогда, когда оно не произносится, как это бывает при самовнушении.

При анализе явлений внушения необходимо помнить, что первая сигнальная система находится в неразрывной связи, в неразрывном взаимодействии со второй сигнальной системой, лежащей в основе речи и мышления, что первой сигнальной системы в «чистом виде» у человека не существует. Слово отражает социально-исторический опыт человечества и индивидуальный опыт данного человека. Новые словесные раздражители благодаря установившимся в коре головного мозга функциональным связям могут оживлять следы старых речевых раздражителей. Работами А. Г. Иванова-Смоленского и его сотрудников доказано, что при словесном условном раздражителе могут возникать новые условные рефлексы — цепные рефлексы, все более отдаляющиеся от безусловных, основных раздражителей.

Диапазон значения слова велик: от простого, условного обозначения предмета до абстрактных представлений и понятий, составляющих человеческое мышление. Соответственно этому многообразен и широк диапазон словесного воздействия и внушения.

Методы воздействия внушением наяву и в гипнозе объединяются под названием суггестивной психотерапии. Выбор способа суггестивного воздействия на больного зависит от особенностей его высшей нервной деятельности.

Внушение и гипноз в психотерапии играют столь существенную роль, что стоит особо остановиться на этих состояниях и коротко изложить современное их понимание.

С гипнотическими явлениями И. П. Павлов встретился с самого начала своих исследований по изучению условных рефлексов и в дальнейшем во многих своих работах постоянно возвращался к освещению физиологического механизма гипноза, условий его возникновения и протекания. И. П. Павлов на основе точных экспериментальных данных, полученных им и его учениками, установил, что в основе гипноза, как и естест-

² П, И, Буль

венного сна, лежит процесс торможения. И. П. Павлов писал: «...что гипноз—это есть, конечно, тот же сон. По сущности своей он от сна не отличается, а отличается только по частным особенностям, тем, например, что это есть очень медленно наступающий сон, т. е. сон, который ограничивается сперва очень маленьким, узким районом, а потом, все расширяясь и расширяясь, доходит до того, наконец, что с больших полушарий доходит до подкорки, оставляя нетронутыми лишь центры дыхания, сердцебиения и т. д., хотя и их в известной мере ослабляет».¹

Гипноз И. П. Павлов рассматривал как частичный («парциальный»), сон. В зависимости от ряда условий гипнотическое торможение может охватить то одни, то другие районы полушарий, то на большем, то на меньшем протяжении. Гипнотическое торможение может быть различным по своей глубине и интенсивности. Изменения экстенсивности и интенсивности тормозного процесса определяют различные степени гипнотического сна. Практически различают три степени глубины последнего: поверхностный (I степень), средний (II степень) и глубокий (III степень).

Состояние поверхностного гипнотического сна характеризуется чувством приятного мышечного покоя, при котором не хочется двигаться, нет сил, нет желания открыть глаза. Однако в этой стадии гипнотического сна еще сохраняется возможность произвольных движений и после пробуждения больной помнит все, что с ним было во время лечебного сеанса.

Средняя степень глубины гипнотического сна характеризуется нарастанием сонливости, утратой возможности произвольных движений, а также явлениями частичной амнезии.

Наконец, в состоянии глубокого гипнотического сна больной уже ничего не слышит, кроме голоса врача, не реагирует на уколы булавкой и после пробуждения ничего не помнит о происходившем во время сеанса (полная амнезия).

Определение глубины гипноза и констатация этого

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951, стр. 413—414.

состояния не представляет особого труда и описана в соответствующих руководствах по технике гипноза.¹

Чем же отличается практически гипнотический сон от обычного, нормального? В состоянии обычного глубокого сна человек одинаково невосприимчив к каким бы то ни было звукам, исходящим из внешнего мира; его звуковой анализатор охвачен процессом торможения, разлитым по коре полушарий. Испытуемый, погруженный в глубокий гипнотический сон, также не отдает себе отчета в том, где он находится, не реагирует на внешние раздражения, не слышит голосов присутствующих на сеансе лиц, но при этом обнаруживает обостренную восприимчивость к голосу врача, ему одному отвечает во сне.

При гипнотическом сне не вся кора головного мозга охвачена процессом торможения. Та ограниченная область звукового анализатора в коре, которая связана с восприятием голоса врача и его внушений, продолжает функционировать, сохраняется так называемый «сторожевой очаг возбуждения». Наличие последнего определяет возможность возникновения особой связи между загипнотизированным и врачом — так называемого «рапорта». В явлениях изолированного рапорта в гипнозе нет ничего необычного. Сторожевой пункт нередко, при особых условиях, обнаруживается и в обычном сне. Например, солдаты на фронте после длительных боев спят и не слышат посторонних сильных звуков, но стоит раздаться словам команды, сказанным даже шепотом, и они немедленно просыпаются, так как в слуховом анализаторе коры головного мозга у них оставался изолированный «сторожевой очаг возбуждения», воспринимающий звуки, исходящие от командира.

Что произойдет, если загипнотизированного предоставить самому себе, не пробуждая его? Загипнотизированный проснется сам, проспав иногда несколько часов подряд.

Существует много способов вызывания гипноза, они описаны в соответствующей литературе, и овладение техникой гипноза не представляет особого труда для врача, решившего серьезно изучить теорию и практику гипноза.

¹ П. И. Буль. Техника врачебного гипноза. Медгиз, 1955, «р. 51-52.

Чаще всего для вызывания гипноза используют внушение в виде речевого воздействия. Действительно научные, объективные физиологические основы для объяснения механизма явлений внушения и самовнушения впервые были даны И. П. Павловым, который доказал, что «внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».¹

Внушаемость есть нормальное свойство человеческой психики.

Для вызывания гипноза с помощью внушения используют человеческое слово в виде определенным образом построенных фраз (формул внушения). И. П. Павлов писал, что ...«слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения».²

Перед сеансом внушения укладывают или усаживают больного в удобной для него позе, предварительно разъяснив ему физиологическую сущность гипноза. Затем врач затемняет свет, предлагает больному закрыть глаза и начинает произносить тихим голосом словесные формулы внушения.

Врач говорит больному, что мускулатура его тела начинает расслабляться и он постепенно погружается в состояние приятного покоя. Внушается, что больного начинает клонить ко сну, что дыхание его становится глубоким и ровным, как в обычном сне. Иногда врач произносит формулы внушения сонливости, сопровождая их счетом от единицы до двадцати. Далее врач проверяет, развилось ли у больного состояние гипнотического сна. После этого врач переходит к проведению лечебных внушений, содержание которых должно соответ-

i

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 429. .

г Там же, стр. 428—429.

ствовать жалобам больного и характеру его заболевания.

Для проведения гипнотерапии желательно организовать простейший «гипнотарий» — удаленный от внешнего шума кабинет, (рис. 1), стены которого окрашивают в сине-зеленые тона, окна завешивают шторами,



Рис. 1. Общий вид гипнотария при клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И.П.Павлова.

расставляют удобную для целей гипнотизации мебель. Кушетки или кровати должны быть расставлены так, чтобы к любой из них врач мог бы подойти. Окна нужно завесить шторами или закрыть темной бумагой. Внутри комнаты устанавливается настольная лампа с очень слабым светом, прикрытая плотным абажуром. Во время сеанса зажигается синий свет. На дверях гипнотария -зажигается во время сеанса фонарь с надписью: «Не входить! Идет сеанс гипнотерапии». На полу следует расстелить дорожку, заглушающую шум шагов. В таком гипнотарии можно будет в дальнейшем проводить коллективные сеансы. Очень важно, чтобы помещение гипнотария хорошо проветривалось, поэтому мы держим фрамугу открытой и во время сеанса, даже в ущерб тишине. В такой обстановке более удобно про-

водить психотерапевтическую работу, однако в условиях сельского врачебного участка или амбулатории врач может ограничиться и более простым оборудованием.

Для вызывания гипнотического сна психотерапевты часто не ограничиваются одними словесными внушениями признаков сонливости и прибегают к другим мето-



Рис. 2. Гипнотизация, проводимая с помощью электро-теплонагревателя.

дам, вызывающим корковое торможение: различным звуковым (метроном, гудение индуктора, звук падающих капель воды) или световым (фиксация взора на зеленых электролампочках) раздражителям. Особенно рекомендуем вентилятор, посылающий на обнаженную кожу лица и рук струю теплого или прохладного (летом) воздуха. Этот своеобразный воздушный массаж быстрее всего ведет к торможению кожного анализатора в коре полушарий головного мозга, на что указывал еще И. П. Павлов. Можно использовать также электро-теплонагреватель, которым проводят вдоль тела на некотором расстоянии в виде своеобразных «пассов», как это показано на рис. 2.

ВНУШЕНИЕ НАЯВУ

Внушаемость есть нормальное свойство человеческой психики, однако выраженное у отдельных людей в разной степени. Внушаемость бывает особенно выражена в детском возрасте, несколько слабее в среднем и начинает падать к старости. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушения (в отличие от убеждения) входят в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца», минуя сторожа — критику.

«Таким образом, внушать, — указывает В. М. Бехтерев,—значит более или менее непосредственно прививать к психической сфере другого лица идеи, чувства, эмоции и другие физиологические состояния, иначе говоря, воздействовать так, чтобы по возможности не было места критике и суждению, под внушением же следует понимать непосредственное прививание большей частью путем слова и жестов к психической сфере данного лица идеи, чувства, эмоции и других физиологических состояний, помимо его активного внимания, т. е. в обход его критикующей личности».¹

ТЕХНИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ВНУШАЕМОСТИ И ГИПНАБИЛЬНОСТИ

Прежде чем применить по медицинским показаниям суггестивную психотерапию, следует установить, как относится к этому виду лечения больной. В тех случаях, когда больной положительно относится к предложенному лечению, необходимо предварительно выяснить степень его внушаемости.

Для определения степени внушаемости рядом авторов (А. А. Токарский, А. П. Николаев, С. Н. Астахов, Б. Н. Бирман, В. Е. Рожнов, П. И. Буль и др.) рекомендованы следующие методики.

Первый прием. Врач заявляет больному о своем желании проверить некоторые стороны его нервной деятельности, предлагает ему встать к себе спиной, поставив ноги вместе и опустив руки вдоль тела. Пусть больной откинет голову назад и положит ее на подставленную руку врача (как показано на рис. 3). Больному

¹ В. М. Бехтерев. Внушение и его роль в общественной жизни, 1908, стр. 16,

предлагают закрыть глаза и расслабить мускулатуру тела и предупреждают, чтобы он не боялся, что его сейчас потянет назад, так как *его* своевременно подхватят при падении. Затем врач спокойно, но твердо и уверенно внушает больному: «Теперь, когда я отведу свою руку от вашего затылка, вы медленно упадете назад!»



Рис. 3. Прием первый для определения внушаемости.

Вас уже тянет назад! Вы уже падаете, падаете!»... При этих словах врач отводит свою руку и, в случае падения больного, подхватывает его.

Если больного начинает клонить назад, то можно говорить о повышенной его внушаемости. В противном случае можно будет сделать вывод о недостаточной внушаемости больного.

Второй прием. Поставив испытуемого к себе лицом, как показано на рис. 4 (ноги вместе, руки вдоль туловища), врач предлагает ему смотреть себе прямо в глаза. Затем врач вытягивает руки, сложенные ладонями внутрь так, чтобы достать ими до висков пациента, и слегка прикасается к коже в этой области. Не сводя пристального взгляда с переносья испытуемого, врач внушительно произносит следующую фразу: «Теперь, когда я удаляю свои руки... Вас потянет вперед за ними!» При этом врач отводит, руки и чуть отступа-

ет назад. В этот момент испытуемый начнет надавать в сторону врача, который должен его подхватить.

Третий прием. Предложив испытуемому соединить пальцы своих рук так, как это показано на рис. 5, врач покрывает их своими руками. Взгляд врача фиксирует переносицу больного, который должен смотреть в гла-



Рис. 4. Прием второй для определения внушаемости.

за врача. Продолжая массировать руки испытуемого, врач произносит формулу внушения: «Ваши руки деревенеют... руки сжимаются все больше... руки сжались крепко-накрепко... Вы уже не можете разнять ваших рук!.. Пробуйте, прилагайте усилия... Вы не можете разнять рук!» В результате испытуемый действительно не сможет разнять своих рук. Удача этого приема будет говорить за большую внушаемость испытуемого. Можно усилить прием, предложив испытуемому поднять сцепленные руки над головой.

Четвертый прием. Испытуемому дают в руки две или три совершенно пустые чистые пробирки и заявляют, что производится исследование его обоняния. Предлагают больному понюхать эти пробирки и сказать, в какой из них были керосин, нашатырный спирт и чистая вода. Если испытуемый начнет обнаруживать несуществующие запахи, то можно предположить у него

наличие хорошей внушаемости. Если же он твердо заявит вам, что никаких запахов не чувствует, то можно будет сделать вывод об отсутствии у больного повышенной внушаемости.

Пятый прием. Этот способ определения внушаемости был предложен нами в 1955 г. Для этого нужно иметь небольшой металлический груз на прочной нитке и вы-

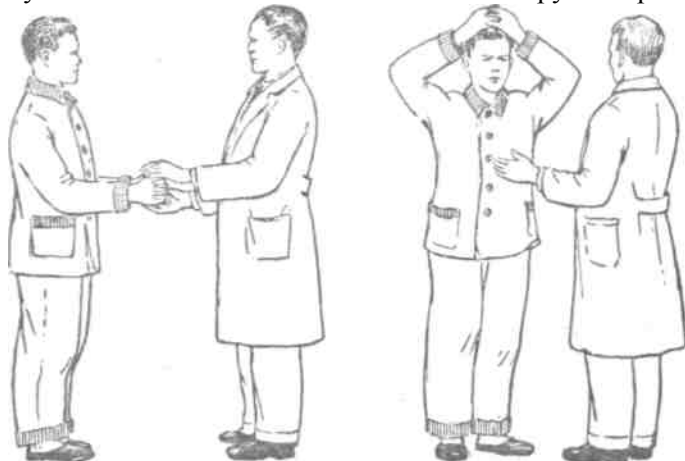


Рис. 5. Прием третий для определения внушаемости.

пиленный из дерева подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. В ходе неврологического обследования испытуемому предлагают взять пальцами вытянутой руки нитку с висящим на ее конце металлическим грузом.

Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определенной плоскости. При этом внушают больному, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом» и раскачиваться. Вскоре у лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет качаться в заданном направлении вследствие возникновения идео-моторных движений (рис. 6).

Шестой прием. В 1936 г. С. Н. Астахов предложил простой и интересный метод определения внушаемости. Во время обычного неврологического обследования, про- *

верив реакцию зрачков на свет и конвергенцию, врач говорит больному, сидящему с закрытыми глазами: «Не удивляйтесь, сейчас я надавлю вот здесь, и вам будет трудно открыть глаза». При этом врач слегка надавливает своими пальцами область надбровных дуг (*foramina supraorbitalia*). На предложение после этого открыть глаза часть больных либо совсем не может от-

Рис. 6. Прием пятый для определения внушаемости (грузик начинает следовать за деревянным „магнитом“).

крыть глаза, или делает это с видимым трудом, используя *musculus frontalis*. Это и служит показателем и: повышенной внушаемости и гипнабельности.

С. Н. Астахов» указывает на возможность значительно усилить диагностическое значение этого теста, если предварительно придавить в локтевой ямке п. *ulnaris*, предупредив больного о том, что у него должно сейчас возникнуть чувство «п-роходящего в мизинец тока» (ульнарный феномен, открытый в 1925—1926 гг. В. М. Бехтеревым). Техника вызывания ульнарного феномена чрезвычайно проста, и ею может овладеть каждый врач. В то же время вызываемый при раздражении п. *ulnaris* безусловный двигательный и чувствительный рефлекс бывает у всех людей достаточно хорошо выражен, что подтверждает правильность предупреждения, сделанного врачом. Таким образом, у обследуемого создается четкое представление о том, что «есть такие точки, прижимая которые, врач может вы-



звать новые, до этого неизвестные, ощущения». По данным С. Н. Астахова, эта методика является хорошей «подготовкой», с помощью которой удастся выявить положительный симптом внушаемости (симптом «сомкнутых век») не только у лиц со слабым типом нервной системы и превалированием первой сигнальной системы действительности, но и у представителей «среднего» и «мыслительного» типа.

После того как была установлена повышенная внушаемость больного, можно смело переходить к проведению гипнотерапии. В самом деле, если больному в бодрствующем состоянии удалось внушить представление о возникновении ранее не существовавших в действительности движений (падений назад — вперед), если можно было даже затормозить осуществление двигательного акта (опыт с невозможностью разнять соединенные пальцы кистей), то, конечно, возможно будет внушить этому больному представление о засыпании и погрузить его в состояние гипнотического сна.

Рассмотрим технику гипноза более подробно.

ТЕХНИКА ГИПНОТИЗИРОВАНИЯ

Существует много способов гипнотизации. В основном все они могут быть сведены в три группы. Первая группа включает методы преимущественного воздействия на зрительный анализатор, вторая — на слуховой, а третья—на кожный. При проведении всех этих методик обязательно следует применять и «ловесное внушение признаков сонливости, сна.

Вот что пишет по этому поводу И. П. Павлов:

«Теперь постоянно применяющийся способ — повторяющиеся слова (к • тому же произносимые в минорном однообразном тоне), описывающие физиологические акты сонного состояния. Эти слова суть, конечно, условные раздражители, у всех нас прочно связанные с сонным состоянием и потому его вызывающие».¹

Прежде чем начать сеанс гипнотерапии, рекомендуется подробно рассказать больному, конечно с учетом

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, г. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 425^426.

степени его умственного развития, о гипнозе как физиологическом состоянии, похожем на обычный сон. Следует подчеркнуть, что гипнотический сон не только совершенно безвреден, но, как и обычный сон, уже сам по себе полезен для организма. Следует в немногих словах примерно описать ощущения больного во время предстоящего сна и указать, что он будет слышать сквозь дремоту голос врача. Необходимо подчеркнуть, что с каждым последующим сеансом больной будет засыпать все более глубоким лечебным сном. Желательно, чтобы во время сеанса гипнотерапии было меньше посторонних, отвлекающих звуков и шумов. В кабинете должен быть полумрак, больной располагается удобно либо на кровати, либо на диване в полусидячем положении.

Методы воздействия на зрительный аппарат

Метод первый. Больной располагается в горизонтальном положении на кушетке. Врач садится у изголовья и держит перед его глазами примерно на расстоянии 10 см какой-либо блестящий предмет, например неврологический молоточек (еще лучше блестящий металлический шарик на палочке) (рис. 7). Больному предлагается пристально смотреть на этот предмет. Через 5—7 минут врач тихим, монотонным голосом начинает произносить формулы внушения: «Ваши веки тяжелеют... Ваши глаза устают... они слезятся... начинают мигать... Вам все труднее удерживать Ваши глаза открытыми... Веки тяжелеют все больше... Все темнее становится «округ вас... Веки тяжелые, тяжелые, словно наливаются свинцом'... Ваши веки слипаются... в голове легкий туман... он все нарастает, все усиливается... Вас охватывает сонливость... Веки смыкаются... Вы забываетесь, забываетесь приятной дремотой... Засыпаете... засыпаете... Спите!»

Обычно, если больной достаточно внушаем,- потребуется немногим больше времени для усыпления, чем потребовалось, чтобы прочитать этот текст. Если веки больного не сомкнутся к концу чтения этого текста, то следует начать формулу внушения сначала. Постепенно к концу внушения блестящий предмет опускают **так**, чтобы взор больного, следуя за фиксированной точ-

кой, поник бы невольно вниз. Это вызовет чувство тяжести в веках и будет подкреплять внушение об отяже-лении век. После того как больной закроет глаза, нужно еще некоторое время внушать ему чувство нарастающей сонливости.

Ниже будут даны указания о том, как определить наступление гипнотического сна.



Рис. 7. Гипнотизация с воздействием на зрительный анализатор (метод первый).

Метод второй. Положение больного такое же, как и при проведении первого метода. Врач же садится так, чтобы он мог смотреть на переносицу больного. Выждав 5—7 минут, врач начинает произносить уже известные формулы внушения. Если веки гипнотизируемого не сомкнутся сами к концу текста, нужно повторить его снова. Если и после этого больной не закроет глаз, врач либо молча сам закрывает верхние веки больного, либо приказывает ему: «Закройте ваши глаза!» и продолжает дальше внушать наступление признаков сонливости. Многие больные при применении этого способа быстро засыпают.

Метод третий. Положение больного и врача такое же, как и при проведении предыдущего метода. Врач держит перед глазами больного блестящий предмет и начинает его медленно вращать по часовой стрелке

(диаметр круга, описываемого предметом,— 10—15см). Постепенно этот круг уменьшают и опускают блестящий предмет все ниже, так, чтобы у больного опускались верхние веки. Такое напряжение зора и положение век будут подкреплять внушения врача. Через 5—10 минут нужно давать примерно следующую формулу внушения: «Смотрите пристально на блестящую точку... постепенно ваши глаза будут утомляться... веки будут тяжелеть... Вас будет охватывать приятная усталость... Вы начинаете испытывать приятное головокружение... Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг Вас... В голове возникает легкий туман... он все нарастает... все усиливается... Вас охватывает сонливость... веки тяжелые, словно налились свинцом... веки смыкаются... Вам все труднее различать предметы... Вы засыпаете, засыпаете... веки плотно смыкаются... Вы не в силах их поднять... Забывайтесь, забывайтесь... все глубже сонливость... Вы засыпаете... спите... спите глубже... спите!»

Рекомендуется давать внушения со значительными интервалами между отдельными фразами. Следует отметить, что эти методы не следует применять к лицам, профессия которых (ювелир, часовщик, оптик и др.) связана с постоянным напряжением зрения и тем самым тренирующая его против утомления.

Методы воздействия на слуховой аппарат

К способам Бездействия на слуховой анализатор относятся все те методы, при которых используются различные шумовые и звуковые раздражители. Хорошо известно успокаивающее, усыпляющее действие таких раздражителей, как шум колес поезда, ветра в трубе, морского прибора. Однообразное тиканье часов, шум падающей капли воды в сосуд, стук метронома, однообразное гудение индуктора—все это можно использовать для вызывания гипнотического состояния. Для этой цели в кабинете, где будет проводиться гипнотерапия, устанавливается прибор для получения одного из указанных выше звуков.

Раз начав пользоваться каким-либо источником звука, скажем метрономом, не следует переходить на дру-

гие звуковые раздражители для вызывания гипнотического сна, так как новые сигналы будут мешать иррадиации торможения, возникающего по законам услов'-норефлекторной деятельности. Метод первый. Уложив пациента в темной комнате, недалеко устанавливают метроном или индуктор и после начала его действия выжидают несколько минут дл*. того, чтобы больной привык, адаптировался к этому звуку. Потом предлагают больному закрыть глаза и, думая о сне, упорно слушать звук метронома (индуктора). Через 5—10 минут начинают произносить формулы словесного внушения. Речь должна быть монотонной, тихой, однообразной и в то же время слегка эмоционально окрашенной. Между отдельными частями фраз делаются паузы. В паузах продолжает работать метроном или другой источник звука. Мы обычно так редактируем формулы внушения при этом методе:

«Закройте глаза, упорно думайте о сне, отбросьте все посторонние мысли... Дышите спокойно, равномерно и глубоко... Ничто Вам не мешает... не тревожит, ни беспокоит... Никакие посторонние звуки Вы не воспринимаете, кроме работающего прибора... Вы все время слышите только мой голос... мои слова... мои внушения... Дыхание становится все ровнее, все глубже, как в обычном сне... с каждым моим счетом, с каждым ударом метронома Вас будет охватывать приятная дремота, сонливость... Все Ваше тело приятно тяжелеет... расслабляется, точно наливается свинцом... раз... приятное тепло разливается по всему Вашему телу... два... три... в голове появляется легкий туман... он все нарастает... все усиливается... четыре... пять... сонливость, дремота все усиливаются... шесть... все тише... все темнее становится вокруг Вас... мой голос действует на Вас успокаивающим, усыпляющим образом... семь... Вы засыпаете... засыпаете все глубже... сердце работает ритмично, спокойно... восемь... девять... непреодолимая сонливость охватывает Вас... десять... забываетесь... забываетесь все глубже... еще глубже... приятным, глубоким, спокойным лечебным сном... одиннадцать... никакие звуки Вам' не мешают... Вы все время слышите только мой голос, только удары метронома... и с каждым звуком моего голоса, с каждым ударом метронома засыпаете все глубже, все глубже... двенадцать... спите

крепко, еще крепче... тринадцать... спите... спите крепче...» и т. д.

Метод второй. Положение больного и врача такое же, как и при проведении предыдущего метода. Сеанс гипнотерапии начинается, как было указано выше, но проводится с некоторыми изменениями. Досчитав, скажем, до десяти, врач вдруг заявляет: «А теперь, *по* счету «три», Вы очнетесь, откроете глаза... но затем я снова погружу Вас в новое, еще более глубокое гипнотическое состояние... я считаю раз... два... три... очнитесь! Откройте глаза!». После этого больной расскажет о своих ощущениях и заявит, предположим, что ему мешало глужбе заснуть неудобное положение тела, но что он боялся пошевелиться, или он укажет на то, что хотя еще слышал посторонние звуки, но уже не мог открыть глаз или испытывал невероятную тяжесть во всем теле. При попытке повторного погружения такого больного в гипнотический сон следует учесть все положительные и отрицательные моменты, выявившиеся из приведенного выше опроса, и постараться отрицательные устранить, а положительные усилить. «Теперь Вы закроете глаза и будете мною погружены в более глубокий сон! — заявляет врач больному, — потом я еще раз Вас разбужу и снова усыплю совсем крепко». Этот фракционный метод имеет ряд преимуществ, и мы советуем им пользоваться.

Метод третий. Предлагают больному, которого желают погрузить в состояние гипнотического сна, закрыв глаза, слушать шум падающих капель воды. Через 5—10 минут предлагают ему открыть глаза, а в дальнейшем закрывать и тут же открывать их после каждой произнесенной цифры. Врач начинает считать, изредка прерываясь для внушения признаков утомления и сонливости. Когда утомленный больной закроет глаза и будет только поводить бровями, воображая, что он все еще открывает и закрывает глаза, врач переходит на внушения, более определенно утверждающие, что он засыпает. «Ваши веки отяжелели... Вам все труднее открывать глаза... Вы засыпаете... Вы уже не можете открыть глаза... спите... спите!»

Все описанные выше методы усыпления используют слабые, однообразные и длительно действующие раздражители. И. П. Павлов указывает, что чем чаще при-

меняется один и тот же раздражитель, тем быстрее он ведет к торможению. «Как у животных, так и у людей большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее приводят к цели, чем они чаще применяются», — пишет И. П. Павлов.¹

Существует ряд методов, использующих сильные, внезапные (шоковые) раздражители. Внезапная вспышка яркого света в темной комнате, сильный звонкий удар в гонг, внезапный окрик—все эти сильные раздражители также могут быстро привести к возникновению глубокого гипнотического сна. Механизм подобного гипноза также раскрыт И. П. Павловым. К истощению нервной клетки с последующим развитием охранительного торможения могут привести как слабые, но длительно действующие раздражители, так и сверхсильные, действующие коротко, но мощно. При помощи следующих двух однотипных способов, так называемого «шокового метода» (методы четвертый и пятый), часто удается быстро и безотказно вызвать у больных состояние гипнотического сна. Однако эти методы следует применять только к взрослым, физически здоровым людям, не страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Эти методы противопоказаны также и для беременных женщин.

Метод четвертый. Ставят больного к себе спиной, рядом с кушеткой или кроватью, как показано на рис. 3. Теперь, как в опыте падения назад, начинают внушать испытуемому, что его тянет назад, что он падает, и в момент, когда больной упадет, врач должен внезапно громко и внушительно крикнуть: «Спите!» Как правило, человек с повышенной внушаемостью упадет на руки к врачу уже спящим. Больного укладывают на рядом стоящую кровать и продолжают гипнотерапию. Если же при этом методе больной не впал в состояние гипнотического сна, то тут же нужно положить его на кушетку и продолжать внушение по одной из описанных ранее методик.

Метод пятый. Мы предложили и с успехом применяли следующий метод гипнотизации. Врач ставит больного к себе лицом (модификация старинного способа) и

"И П Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 426,

предлагает ему фиксировать свой взгляд. Затем громко и тоном, не внушающим сомнений, заявляет больному: «Вы сейчас уснете! Ваша голова закидывается назад! Забывайтесь; забывайтесь! Спите!» Последние слова следует произнести с силой и решительно.

Если больной не уснет, то его укладывают на кушетку и продолжают проведение сеанса по первому методу.

Применение *Этих* двух методов способствует мгновенному возникновению гипнотического сна у ряда больных.

Методы воздействия на кожный анализатор

М. К. Петровой и Б. Н. Бирманом в лаборатории И. П. Павлова доказано, что воздействие слабых раздражителей на кожу собак быстрее всего ведет к возникновению торможения в коре головного мозга, а также к наступлению гипнотического сна. Обычно в лабораториях И. П. Павлова собаки гипнотизировались различными раздражениями кожи, поглаживаниями, покалыванием кожи животных тупыми иголочками, применением различных касалок и т. д. Эти экспериментальные данные были использованы при изучении условий возникновения гипнотического сна у человека. Вот что пишет по этому поводу И. П. Павлов:

«Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний классический способ гипнотизирования — это так называемые пассы, т. е. слабые, однообразно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах».¹

Метод первый. Больного укладывают на теплую (не кожаную) кушетку или кровать. Шея, верхняя часть груди и руки больного должны быть обнажены, к ногам может быть положена грелка. Врач становится или садится у постели больного так, чтобы было удобно в течение 15—20 минут без особого напряжения проводить теплыми руками (их следует вымыть, обсушить и согреть в присутствии больного) сверху вниз вдоль тела от головы к ногам, слегка прикасаясь к коже лица, шеи, груди, рук (рис. 8). Эти движения повторяют, де-

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 425.

3*

35

лая этот своеобразный «массаж» медленно, с одинаковой скоростью. Вскоре становится очевидным, что даже при полном молчании врача (больному ясно, что его усыпляют) больной начнет проявлять признаки сонливости, его глаза закроются и он уснет. Тогда, после предварительной проверки глубины гипнотического сна, переходят к проведению лечебного внушения.



Рис. 8. Гипнотизация с воздействием на кожный анализатор („пассы" с легким прикосновением к кожной поверхности. Метод первый).

Метод второй. Положение врача и больного такое же, как и при проведении предыдущей методики. Врач производит те же движения рук, но к этому «массажу» присоединяет словесное внушение признаков сонливости. Формула внушения в этом случае может быть такой. «Закройте глаза, думайте о сне, дышите спокойно, равномерно, глубоко... и теперь с каждым звуком моего голоса... с каждым Вашим дыханием... Вас будет охватывать приятная усталость... все Ваше тело расслабляется... тяжелеет... приятная сонливость... охватывает Вас... Мой голос действует на Вас успокаивающим, усыпляющим образом... Дремота, сонливость йсе нарастают, все усиливаются. Засыпайте... засыпайте

глубже... все Ваше тело приятно сковано... отяжелело, приятная сонная истома овладела Вами...! нет сил двигаться, нет сил открыть глаза... хочется спать... спите глубже... еще глубже... спите!» Этот метод действует обычно лучше предыдущего, однако для больных, которые с трудом засыпают, когда над ними говорят, целесообразнее применять первый способ.



Рис. 9. Гипнотизация с воздействием на кожный анализатор („пассы" без прикосновения к кожной поверхности. Метод третий).

Метод третий. Предлагаемый способ — самый старинный из всех существующих. Положение врача и больного примерно такое же, как и при проведении предыдущих методов, но руки врача не прикасаются к коже больного, а находятся в отрыве от нее, на очень небольшом (2—5 см) расстоянии (рис. 9). Важно такие «пассы» делать теплыми руками и ни в коем случае не прикасаться случайно к коже испытуемого. «Пассы» представляют собой очень слабые температурные раздражители, улавливаемые, однако, нашими рецепторами. Возможно, что здесь имеет место еще слабый массаж воздушными колебаниями, возникающими при движении рук врача. Если поднести руку к чувствительному термометру, то он отметит теплоизлучение. Несомненно, что этот момент играет решающую роль в гипногенном влиянии «пассов».

Метод четвертый. Осуществляется так же, как и третий, только с применением словесного внушения признаков сонливости,

* *

Нами были рассмотрены способы проведения внушения в бодрствующем состоянии и различные методы вызывания гипнотического сна. Что же касается решения вопроса о том, какой метод следует предпочесть, то нужно сказать, что все методы хороши, когда они правильно применяются. В дальнейшем у начинающего гипнотерапевта появится свой личный опыт и он сам придет к определенным выводам. И. П. Павлов на основании опытов над животными считает, что быстрее всего торможение в коре больших полушарий развивается под влиянием слабых температурных и тактильных раздражений кожи (кожный анализатор), на втором месте у животных стоит метод раздражений зрительного аппарата и на последнем — слухового. Однако у человека эти соотношения могут меняться в связи с наличием второй сигнальной системы и громадной силы слова и внушения. При этом нельзя не учитывать значения хорошо изученного, в частности В. М. Бехтеревым, свойства человеческой личности — самовнушения. Бывает так, что то или иное случайное движение врача, тот или иной оборот фразы, которым сам он не придает никакого значения, тот или иной прием оказывает на больного совершенно неожиданно сильное, гипногенное действие. Больной потом при разговоре рассказывает: «Вы знаете, доктор, когда Вы коснулись моего лба рукой, словно пелена на мои глаза опустилась, я сразу провалился в сон». Несомненно, что в данном случае самовнушение помогло гипнотизации.

Рядом авторов предложены способы использования электрических ламп и приборов для усиления действия кожных раздражителей. Так, А. Г. Иванов-Смоленский, А. П. Николаев рекомендуют производить так называемые «световые пассы» с помощью синей электрической лампочки на свободном шнуре. Мы пользуемся электро-теповентилятором, давая зимой равномерную струю теплого воздуха, а летом прохладного на лицо, шею и грудь больного. Однако применение этих приборов не

является обязательным, без них можно обойтись без особого ущерба для дела.

В заключение этой главы поделимся нашим опытом коллективных лечебных сеансов, к которым мы вынуждены прибегать, так как число больных, нуждающихся в психотерапии, все время нарастает. Мы, как правило, начинаем всегда с индивидуальных бесед и сеансов, а затем, получив согласие больного, включаем его в группу лиц, страдающих аналогичными заболеваниями и предъявляющих схожие жалобы. Таких больных мы лечим в дальнейшем коллективно. Нужно сказать, что метод коллективной гипнотерапии нашел себе применение в России по инициативе В. М. Бехтерева, лечившего таким образом алкоголиков, а также больных, страдающих невротами. Применение этого метода позволяет охватить большое число больных и провести с ними длительный курс лечения. Нам кажется, что лечебное значение этого метода заключается еще и в том, что он не позволяет больному замкнуться в болезненном одиночестве и думать, что его заболевание «особенное». Во время коллективных сеансов мы обычно даем высказаться какому-либо больному, желающему поделиться положительными результатами своего лечения. Иногда мы специально приглашаем на такие сеансы больного, уже излеченного гипнотерапией от аналогичного заболевания. Мы ведем длительное наблюдение за больными, поддерживаем с ними систематическую переписку и иногда зачитываем (до начала сеанса гипнотерапии) группе больных полученное письмо с хорошими вестями. Метод коллективного сеанса дает возможности проводить длительные беседы с больными, что очень важно. Мы считаем, что те преимущества, которые дает коллективный сеанс, с лихвой покрывают немногие его недостатки, большинство которых можно предвидеть и устранить при индивидуальных беседах с больными. Кроме того, во время коллективных сеансов больные как бы «заражаются» друг от друга сонливостью, ибо начинают действовать подмеченные В. М. Бехтеревым законы взаимного внушения и подражания. Поэтому во время коллективных сеансов больные лучше и крепче спят. На коллективных сеансах можно продемонстрировать состояние гипнотического сна новым больным, на которых это действует

благоприятно, так как они воочию видят безвредность этого метода. Ведь многие больные испытывают иногда некоторый страх перед первым сеансом, что мешает гипнотизации. Некоторые больные прямо спрашивают врача, сможет ли он потом их разбудить и т. п. На коллективный сеанс следует приглашать, как подсказывает наш опыт, не более 10—15 человек. Перед началом сеанса больные регистрируются у медицинской сестры, затем в проветренном помещении удобно рассаживаются в креслах или укладываются на кушетках или кроватях. Помещение затемняется, включается метроном или индуктор и через 5—10 минут врач начинает давать формулы внушения тихим, но достаточно слышимым для всех больных голосом, делая паузы между отдельными частями фраз. Вообще паузы не только не вредят гипнотизации, а, наоборот, способствуют усилению торможения. Формулы внушения во время коллективных сеансов ничем не отличаются от тех, которые мы применяем при индивидуальных, разумеется, все обращения произносятся во множественном числе. Коллективный сеанс длится у нас 40—55 минут, в отличие от индивидуального, который продолжается 20—30 минут, из них на лечебные внушения уходит 10—15 минут. Мы стремимся проводить сеансы в одно и то же время, предлагаем больным занимать одни и те же места, устраиваться поудобнее, кто как привык. Включаем одни и те же звуковые или иные раздражители, памятуя слова И. П. Павлова: «Как у животных, так и у людей большинство гипнотизирующих приемов ^тем скорее и вернее приводит к цели, чем они чаще применяются». ¹ Мы стараемся каждый раз не перестраивать формулы внушений и даем их однообразно.

Как уже указывалось, коллективные сеансы имеют ряд преимуществ перед индивидуальными, тем более, что отдельные теневые стороны коллективного гипноза можно легко устранить, применив следующий прием. После того как больные, погруженные в гипнотический сон во время коллективного сеанса, получили общие укрепляющие и успокаивающие внушения, врач тут же, обходя спящих больных, делает каждому из них нуж-

¹ И. П. Павлов в. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 426.

ное добавочное индивидуальное внушение. Далее следует коллективный вывод из гипнотического сна. Такой метод сочетает в себе все основные преимущества коллективного и индивидуального сеансов, давая возможность дифференцированно обслужить большое количество больных. Некоторые психотерапевты считают даже



Рис. 10. Общий вид сеанса гипнотерапии, проводимого с помощью магнитофона „Днепр-3“.

более выгодным начинать гипнотерапию с коллективных сеансов (С. Г. Файмберг).

В клинике госпитальной терапии (дир. действ, чл. АМН СССР проф. М. В. Черноруцкий) 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова для лечения гипнотическим сном больных с выраженными кортико-висцеральными нарушениями (бронхиальная астма, язвенная болезнь, гипертоническая болезнь) была организована по инициативе проф. П. К. Булатова специальная палата, где погруженные в гипнотический сон больные продолжали спать еще 2—3 часа после сеанса. Такой физиологический сон оказался весьма по-

лезным. В результате больные без снотворного спят в сутки 12—15 часов и не испытывают потом сонливости, обычно наблюдающейся при лечении медикаментозным сном.

Далее по инициативе П. К. Булатова, мы стали применять для гипнотизации звукозаписывающий прибор— магнитофон «Днепр-3» (рис. 10). Оказалось, что записанный на пленку магнитофона голос врача может действовать так же усыпляюще, как и его живое слово. Более того, больные указывали, что на них лучше действует речь врача, усиленная «особым аппаратом» (для большего эффекта действия внушения врач находился в гипнотарии до первых признаков развивающегося гипнотического сна и приходил к концу сеанса). Интересно отметить, что в 1936 г. С. Г. Файнберг и А. М. Свя-дош уже делали попытку записать голос врача на патефонную пластинку и ставили опыты проведения гипнотизации детей с ее помощью. Однако только изобретение магнитофона делает эту работу реальной.

ТЕХНИКА ПЕРЕВОДА ОБЫЧНОГО СНА В ГИПНОТИЧЕСКИЙ

В работе психотерапевта нередко встречаются больные, заболевание которых могло бы быть успешно из- ■ лечено с помощью гипнотерапии. Однако оказывается, что некоторых из таких больных не удастся погрузить в состояние гипнотического сна с помощью обычных приемов гипнотизации. В таких случаях мы рекомендуем с согласия больных переводить с лечебной целью их обычный сон в гипнотический. Довольно легко это удастся осуществить у детей и у лиц, имеющих склонность разговаривать во сне.

Возможность перевода ночного сна в гипнотический известна -давно из народной медицины. Применяемые для этой цели приемы описаны Л. Л. Васильевым.

Подойдя к спящему обычным сном человеку, врач садится у его изголовья и тихо сидит 2—3 минуты. Затем начинает проводить руками вдоль тела больного, не прикасаясь к его коже. Сначала тихим голосом, чтобы не разбудить больного, а потом все громче врач говорит больному: «Продолжайте спать! Вы не должны просыпаться... Вы слышите мой голос, но продолжаете спать! Спите глубже, еще глубже... Вы не должны про-

сыпаться... Спите крепче! Теперь вы хорошо слышите мой голос и продолжаете спать... Спите крепче! Теперь Вы можете отвечать на мои вопросы, не просыпаясь! Как ваше имя?.. Отвечайте, не просыпаясь, как вас зовут?..» Если спящий начинает, не просыпаясь, отвечать на вопросы, то цель достигнута — врачу удалось установить контакт (рапорт) с больным. Теперь можно уже смелее переходить к собеседованию со спящим. Нужно стремиться к тому, чтобы получать ответы на все задаваемые вопросы. Это будет свидетельствовать о наличии связи между врачом и пациентом. Затем можно переходить к даче соответствующих лечебных внушений. Заканчивая сеанс, больному внушают, что в следующий раз он особенно легко во время обычного сна, не просыпаясь, вступит в контакт с врачом. Приведем в качестве примера наблюдение, когда данная методика оказалась нам полезной.

На амбулаторный прием явилась женщина со своим сыном, юношей 11 лет, который страдает метеоризмом с произвольным отхождением газов. Со слов больного, последнее впервые с ним случилось три года назад в школе во время перемены. Этот эпизод произвел на больного тяжелое впечатление, тем более, что был замечен окружающими товарищами, которые стали подвергать его насмешкам. Невозможность удерживать газы в дальнейшем закрепились как патологический условный рефлекс стоило молодому человеку появиться в обществе, как у него начинало «урчать в животе» и появлялись позывы на дефекацию. Больной крайне тяжело переживал свой недуг, стал замкнутым застенчивым и вскоре прекратил занятия в школе. Однако все попытки медикаментозного лечения не дали положительных результатов. За последние несколько месяцев до обращения к нам у больного появились новые проявления болезни в виде приступов неукротимой икоты, длившейся по нескольку часов, слюнотечения и рвоты. При повторном тщательном обследовании больного симптомов органического поражения центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта не было обнаружено и был установлен функциональный (психогенный) характер описанных выше нарушений. Незадолго до начала гипнотерапии юноша, по словам матери, сделал суицидную попытку. Все изложенное выше делало применение психотерапии достаточно обоснованным. Однако на первых же сеансах выявилась весьма недостаточная гипнабельность и внушаемость больного. Все примененные методики гипнотизации не дали положительных результатов, а внушение в состоянии бодрствования также не оказалось достаточно эффективным. Поэтому после седьмого неудачного сеанса гипнотерапии мы принуждены были сообщить матери больного о нецелесообразности продолжать этот вид лечения в обычных модификациях и решили попытаться перевести ночной сон в гипнотический. Это нам удалось осуществить, мы смогли внушить боль-

ному, что все болезненные явления у него исчезнут, что непроизвольного отхождения газов впредь не будет. Всего было проведено 5 таких сеансов гипнотерапии, которые принесли больному полное выздоровление.

Интересно отметить, что у юноши была полная амнезия в отношении проводившейся гипнотерапии. Только позже мать рассказала сыну о примененной терапии. Отдаленные результаты лечения прослеживаются уже в течение года — рецидива заболевания нет.

ЛЕЧЕБНЫЕ ВНУШЕНИЯ

После того как больной впал в состояние гипнотического сна той или иной глубины, можно переходить к лечебным внушениям. Словесное внушение могущественно. Вот как оценивает его И. П. Павлов: «Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение... во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает #акое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений.

Отсюда большая, почти неодолимая сила внушения как раздражителя во время гипноза и даже после него. Слово и потом, после гипноза, удерживает свое действие, оставаясь независимым от других раздражителей, неприкосновенное для них как в момент его первоначального приложения к .коре, не бывшее с ними в связи. Много-объемлемость слова делает понятным то, что внушением можно вызвать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и внутренний мир человека».¹

Как же рекомендуется практически строить формулы лечебных словесных внушений? В то время, когда бг.ль-ной спит гипнотическим сном, мы обычно еще несколько раз ему внушаем: «...спите! спите глубже... теперь вы находитесь в состоянии лечебного сна. Ваша нервная система подготовлена для восприятия внушений... С каждым последующим сеансом, с каждым .днем ваше самочувствие и состояние будут улучшаться...» Далее

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 429.

в зависимости от жалоб и состояния больного формула внушений индивидуализируется.

Пример первый. Предположим, что перед нами больной, страдающий язвой желудка. Он жалуется на боли в области желудка, на отрыжку, тошноту и рвоту, а также на общую нервность и бессонницу. В данном случае мы построили бы наши формулы внушения примерно так: «...С каждым днем ваша нервная система успокаивается, укрепляется... Исчезает раздражительность, тревога... У вас появляется хороший аппетит... Вы начинаете с удовольствием есть... исчезают боли в желудке... отрыжка, и тошнота исчезли... прекращаются рвоты... желудок начинает нормально работать... исчезла вялость кишечника и запоры... Вы начинаете хорошо и крепко спать... Вот и сейчас во время лечебного сна улучшаются все функции вашего организма... расслабляется мускулатура тела и внутренних органов... расширяются сосуды, питающие стенку желудка и слизистую оболочку... усиливается приток крови, питательных веществ и кислорода к месту изъязвления... идет усиленное заживление язвы... Ваше настроение улучшается... Вы становитесь бодрым, жизнерадостным... исчезла былая раздражительность... Вы выздоравливаете!..»

Обычно перед сеансом гипнотерапии мы в общедоступной форме разъясняем нашим больным механизм лечебного действия гипноза при язвенной болезни, подчеркивая при этом значение сна для процессов регенерации и заживления язвы. В. М. Бехтерев указывал, что и в гипнотическом сне следует не ограничиваться императивными внушениями, а надо использовать заторможенную кору для восприятия разъяснительных внушений и убеждений (представлений).

Некоторых скептически настроенных врачей может удивить наше утверждение, что словесным внушением можно прекратить органически обусловленную рвоту. Однако такие факты общеизвестны, достаточно вспомнить многочисленные случаи устранения неукротимой рвоты беременных». С помощью внушения в состоянии гипнотического сна иногда удавалось прекратить тяжелые рвоты у больных раковой болезнью, не снимавшиеся медикаментозными средствами. Нам представляется, что рвота, возникающая у больного язвенной болезнью под влиянием спазма гладкой мускулатуры

и обратной перистальтической волны, может быть устранена за счет расслабления этой мускулатуры под влиянием речевого воздействия в гипнозе. Наконец, общеизвестно, что вызвать рвоту внушением довольно легко, причем гладкая мускулатура желудка и нижнего отдела пищевода полностью мобилизуется через кору головного мозга; естественно предположить и возможность обратного действия слова.

Пример второй. Перед нами больной, страдающий бронхиальной астмой. Тяжелые приступы удушья следуют один за другим. Инъекции адреналина перестали помогать. Днем и ночью больной задыхается. Приступы возникают от запахов, от волнений, от простуды. Здесь мы строим наше внушение примерно так: «...Ваше дыхание постепенно становится спокойным, глубоким... дышать становится все легче... Все ваше тело расслабляется... приятный покой охватывает вас... дышится легче, глубже., (дыхание заметно выравнивается)... вот видите, как вам становится все легче, все свободнее дышать, теперь засыпайте глубже... Вы проснетесь с хорошим и свободным дыханием... С каждым днем приступы будут уменьшаться... Никакие запахи на вас действовать больше не будут... Никакие тревоги и волнения не будут отражаться на Вашем дыхании... Дыхание всегда и везде будет глубоким, ровным, свободным... Никакие изменения погоды на вас влиять больше не будут... и т. д.».

Таковы в общих чертах схемы лечебных внушений. Каждый врач может заранее, до сеанса, составить и более удачные формулы внушений.

ВЫВОД ИЗ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ДЕГИПНОТИЗАЦИЯ)

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений. Примерная формула для деги-пнотизации может быть таковой:

«...А теперь., когда я сосчитаю до пяти., Вы проснетесь... откроете глаза и чувствовать себя будете как-то особенно хорошо, бодро, спокойно... С каждым последующим сеансом лечебный сон будет все глубже и крепче... Придя к себе в палату (домой). Вы охотно поспите еще час или два обычным сном... и так я считаю раз...»

два..- с каждым счетом Вы будет просыпаться... Вы начинаете хорошо различать посторонние звуки... три... мышцы делаются упругими... голова свежее... четыре... Вы просыпаетесь... Веки совершенно свободно открываются... пять! Вы совершенно проснулись и чувствуете себя прекрасно!»

В случае, если больной почему-либо не просыпается, повторите еще раз в более решительных тонах это внушение. Если и на этот раз больной не проснется, оставьте его спать. Через некоторое время он проснется сам.

В таких случаях рекомендуется дать следующее внушение:

«Прекрасно! Продолжайте спать! Вскоре вы сами проснетесь, когда в этом будет потребность или ваше желание!»

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ГИПНОТИЧЕСКОГО СНА

Для восприятия лечебных внушений, как указывалось ранее, не требуется глубокого гипнотического сна. Внушение может быть реализовано даже в состоянии бодрствования, однако часто больные считают, что чем крепче они спят, тем лучше лечебный эффект. Несомненно, и многие врачи также стремятся добиваться глубоких степеней гипнотического сна. Мы не считаем самоцелью развитие глубокого гипноза, но в то же время не препятствуем углублению сна. Обычно глубина его усиливается от сеанса к сеансу самопроизвольно или под влиянием специального внушения. Часто во время первых сеансов больной не спит совершенно, а при последующих возникает глубокий сон. Поэтому начинающего психотерапевта не должно смущать то обстоятельство, что многие больные во время первых сеансов будут спать плохо. Со временем, когда придет опыт, будет удаваться гипнотизация большего количества лиц и достижение более глубоких степеней лечебного сна.

Как же определить практически, насколько глубоко спит больной? Обычно уже одно наблюдение за больным показывает, спит он или нет. Как правило, больной во время гипнотического сна остается совершенно неподвижным. Если больной ворочается и шевелится, можно с уверенностью сказать, что он не спит. Глубо-

кое, равномерное дыхание также указывает на развитие состояния сонного торможения. Загипнотизированный может храпеть во сне. Если подойти и предложить спящему попробовать открыть глаза, то окажется, что он не в состоянии это сделать и будет только шевелить бровями. Не следует давать такое указание в категорической форме, ибо тогда больной откроет глаза, выполняя ваше распоряжение и подчиняясь внушению. Вот, как рекомендуется спросить: «Продолжайте спать... сейчас Вы попробуете открыть глаза, но это Вам не удастся... пробуйте... вот видите, Вы не можете открыть глаза... продолжайте спать... Спи́те еще крепче!» Если больной не смог открыть глаза и проснуться, то можно считать, что он находится в состоянии гипнотического сна первой степени. После дегипнотизации, если только сон не углубится, больной заявит, что он не спал, все слышал, все понимал, чувствовал приятную тяжесть и покой во всем теле, но не мог только открыть глаза, хотя и старался это сделать. Для определения более глубокой степени гипнотического сна рекомендуется считать во время внушений, потом подойти к больному и провести по его лбу три раза рукой, в середине сеанса громко кашлянуть, а в конце его что-либо с шумом уронить на пол. Если после выхода из гипнотического сна больной на вопросы врача ответит, что слышал счет сначала до 5, а дальше с 13, чувствовал, как его погладили три раза по лбу, но не уловил шума падения предмета, то можно установить наличие у него частичной амнезии. Далее больной сам скажет, что временами засыпал, словно проваливался куда-то, а затем снова просыпался. Все это дает право считать, что больной находился в состоянии средней (второй) степени гипнотического сна. Больной, находящийся в глубоком гипнотическом сне, ничего не помнит (полная амнезия). Для определения глубины гипнотического сна мы обычно пользуемся еще таким приемом. «Продолжайте спать, — тихо говорим мы больному, — а теперь, оставаясь в гипнозе, Вы можете отвечать мне на вопросы, не просыпаясь... Отвечайте не просыпаясь... Как вы сейчас спите? Хорошо, крепко? Отвечайте!» Обычно спящий глубоким сном пошевелит губами и сделает попытку ответить или же вятно ответит: «Да... я сплю... хорошо... крепко...» или «нет, я еще слышу шум!» Обыч-

но загипнотизированный отвечает, а неспящий упорно молчит. Этот прием помогает отличить истинно спящего больного от притворяющегося.

Существует еще один интересный прием. Врач внушает больному, что при счете 5 он проснется и будет сам считать дальше до 10. «Я начинаю считать: раз — повторяйте за мной вслух?» Больной повторяет: «раз». «Два, три, четыре» — говорит врач. Больной повторяет за ним: «два, три, четыре». «Пять» — говорит врач. «Пять» — повторяет больной и просыпается, открывает глаза, но продолжает считать: «Шесть, семь» и т. д. до десяти, как ему было внушено. Если его спросить, с какой цифры он считает, то больной должен ответить: «С шести!» Почему с шести? Потому, что ему было приказано проснуться со счетом пять и амнезия кончилась только при счете пять. Все, что было до этой цифры включительно, забыто.

Следует учитывать, что для восприятия внушений достаточно даже того, чтобы больной просто спокойно лежал с закрытыми глазами и слушал слова врача: Такой метод внушения в бодрствующем состоянии тоже применяется и дает хорошие результаты.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

Несмотря на огромные успехи отечественной физиологии и широкую популяризацию идей И. П. Павлова, все же среди части больных и даже врачей изредка встречается мнение, что гипноз якобы метод не безразличный и подчас даже вредный. Эти представления совершенно не соответствуют действительности, они являются отголосками давно устаревших и отвергнутых наукой взглядов французского психиатра Шарко, считавшего гипноз патологическим состоянием. Исследования И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, К. И. Платонова и их многочисленных учеников, показали, что гипноз—физиологическое состояние, разновидность обычного сна. Была также установлена полная безвредность проводимой врачом гипнотерапии. Конечно, можно нанести вред гипнозом так же, как и слабительной солью, примененной тогда, когда назначение ее строго противопоказано. Нам сотни раз приходилось проводить ги-

⁴ П. И. Буль

пнотерапию больных детей, людей с пороками сердца, беременных женщин, т. е. лиц, здоровье которых мы оберегаем особенно тщательно, и ни разу мы не имели каких-либо осложнений под влиянием этого вида лечения. Итак, прямых противопоказаний для применения гипнотерапии мы не имеем. Тем не менее начинающему психотерапевту не следует лечить гипнозом больных с острым инфарктом миокарда, а также больны'х с острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза может наблюдаться ряд нежелательных осложнений в связи с волнением перед сеансом, страхом и другими непредвиденными обстоятельствами. Применяя гипнотерапию по отношению к больным, страдающим более легкими сердечно-сосудистыми заболеваниями, также необходимо оберегать их от волнения перед, сеансом и не применять сильных («шоковых») раздражителей.

Переходя к вопросу о том, при каких заболеваниях внутренних органов следует рекомендовать гипнотерапию, необходимо указать, что в последние годы наметилась правильная тенденция расширить круг показаний для такого рода лечения, о чем говорили В. М. Бехтерев и его ученики. Мы с ободряющим результатом лечим заболевания внутренних органов с выраженным кортико-висцераль-ным патогенезом (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь и бронхиальная астма). Мы являемся сторонниками комплексного лечения, которое, по нашему мнению, дает максимальный лечебный эффект. Если бы мы должны были решить, применять ли одну лекарственную терапию или в сочетании с психотерапией, то мы бы считали совершенно необходимым рекомендовать лечение ряда больных в первую очередь словом, внушением. Как часто больной выпивает литры лекарственных жидкостей, проглатывает сотни граммов сухих лекарственных препаратов, а в итоге излечивается при помощи психотерапии! Только правильное сочетание лекарственной терапии с совместным воздействием на главный регулирующий орган — кору больших полушарий — даст хороший лечебный результат.

Очень часто к врачу обращаются люди, у которых

нет еще вполне развившегося заболевания, а есть тот или иной мучительный симптом — головная боль, бессонница, затруднение дыхания или упорные хронические запоры. Такие люди страдают, но продолжают работать. При обследовании их никаких отклонений от нормы со стороны внутренних органов обнаружить не удастся. В таких случаях также очень показана гипнотерапия, дающая быстрый и стойкий результат.

Так, например, больной И-й Н. П. в течение двух лет страдал упорной рвотой, возникающей сразу же после еды. Все исследования желудочно-кишечного тракта, в том числе и рентгенологические, не давали никаких отклонений от нормы, хотя больной за время болезни потерял в весе более 12 кг. У больного появились признаки дистрофии и анемии (55% гемоглобина). Все средства лечения, рекомендованные опытными терапевтами, не давали эффекта, и больной, очень нервный и впечатлительный человек, обратился к нам. После первых 4 сеансов гипнотерапии состояние больного улучшилось, рвоты стали реже. После 12-го сеанса рвоты прекратились совершенно. Всего на курс лечения потребовалось 20 сеансов. За время лечения (40 дней) больной прибавил в весе 6 кг. Улучшились показатели крови. Катанез: через год состояние остается хорошим — рвот нет, прибавил в весе еще 7 кг, показатели крови остаются хорошими (гемоглобин — 65%). Наряду с хорошим соматическим состоянием улучшилось настроение. Больной вернулся к труду.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Как и всякая другая область медицины, работа гипнотерапевта имеет свои специфические особенности. В противоположность молодому хирургу, имеющему в сложных случаях возможность рассчитывать на помощь своего учителя, ассистирующего при операции, начинающие психотерапевты, работая в условиях, исключающих постороннее вмешательство во время сеанса, такой возможности не имеют. Часто, запутавшись в сложных процессах психической деятельности больного, мы все же должны «кончать операцию» сами. Однако стойкость, выдержка и хирургическая щепетильность в обращении со словом, как со стерильным инструментом, чуткость, такт в обращении с больным со стороны врача обеспечивают победу над болезнью, а в сложных или безнадежных случаях гарантируют от нанесения лишней психической травмы. Начинающему психотерапевту мы рекомендуем проводить сеансы гипноза в присутствии третьего лица (медсестра, няня, родственник); это из-

бавит от необходимости каждый раз писать протоколы даваемых внушений. Гипнотизируя больных женщин, следует избегать применения пассивов, так как они могут навеять лицам с повышенной сексуальной возбудимостью различные эротические представления. В настоящее время наукой установлено, что нельзя совершить преступление, безнравственные или противозаконные поступки в порядке реализации гипнотического внушения. В гипнозе можно внушить только то, на что удалось бы уговорить человека в обычном состоянии наяву. Есть больные, которые боятся гипнотерапии, так как думают, что под гипнозом они могут рассказать то, о чем хотели бы умолчать. Эти страхи неосновательны.

При беседе с больным нужно добиваться полного доверия. При сборе анамнестических данных необходимо выяснить все психические травмы и переживания, начиная с детских лет, и установить, в какой мере они, а также и другие причины могли способствовать срыву высшей нервной деятельности и формированию данного заболевания. Желательно установить типологические особенности высшей нервной деятельности больного.

Сейчас еще преждевременно делать выводы о том, при каком типе высшей нервной деятельности больной лучше поддается гипнотическому воздействию. Наши, пока немногочисленные наблюдения, показывают, как и следовало ожидать, что лица слабого типа высшей нервной деятельности хорошо гипнабильны, так как у них преобладающая черта — легкая тормозимость как в силу внутреннего торможения, постоянно слабого и легко иррадирующего, так в особенности и внешнего, возникающего под влиянием всяческих, даже незначительных, посторонних внешних раздражений. На втором месте по легкости возникновения тормозных процессов, на наш взгляд, нужно поставить лиц с проявлениями сильного неуравновешенного типа высшей нервной деятельности. Будучи уложены в темной, тихой -комнате, лишенные различных раздражителей, больные с такими чертами высшей нервной деятельности быстро начинают впадать в состояние сонного торможения.

Работа врача психотерапевта регламентируется инструкцией Наркомздрава РСФСР от 1926 г., согласно которой заниматься лечением гипнозом и внушением

может только врач. Лица, не имеющие медицинского образования, заниматься гипнотерапией не имеют права, равно как и выступать с демонстрацией явлений гипноза в виде публичных сеансов. Эти ограничительные мероприятия правомерны, так как гипноз в руках не врача может принести вред больному.

Как уже указывалось, лечение гипнотерапией не требует особого сложного оборудования и может проводиться в любой обстановке. Однако организация простого гипнотария будет облегчать работу врача и содействовать ее успеху (подробно об устройстве гипнотария см. выше. стр. 21).

Сама обстановка гипнотария действует (по принципу условных рефлексов) тормозным образом на больных; здесь должно быть уютно, тепло, чисто. Больные располагаются у нас на койках, лежат под одеялом удобно и спокойно. Уложив больного на койку, мы умышленно держим его 10—15 и даже 20 минут в покое, не приступая к сеансу. Это время используем на заполнение истории болезни и другую работу. Такое ожидание в обстановке, где отсутствуют раздражители, действует гипногенно. С каждым последующим сеансом тормозные процессы у наших больных усиливаются. «Гипнотизировать— значит приучать засыпать!» — сказал однажды И. П. Павлов. Это положение подтверждается самой жизнью.

ГИПНОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Среди заболеваний с выраженным кортико-висцеральным патогенезом бронхиальная астма занимает видное место.

В России изучение этиологии и патогенеза бронхиальной астмы началось с середины прошлого столетия (Г. Сокольский). В 1863 г. в своей диссертации А. Родосский представлял бронхиальную астму как заболевание целостного организма. Автор писал, что в основе страдания лежит невроз центральной нервной системы.

А. Родосский создал рефлекторную теорию возникновения бронхиальной астмы. В возникновении ее приступов автор придавал важное значение психическим переживаниям и отрицательным эмоциям. А. Родосский писал, что при существующем уже предрасположении моральные потрясения — гнев, испуг, оскорбленное самолюбие, неудовлетворенные страсти, усиленные напряжения — легко вызывают астматические припадки.

В дальнейшем эта же мысль нашла свое развитие в работах С. П. Боткина, Н. Ф. Голубова и других ученых.

Огромный материал по изучению деятельности нервной системы в норме и патологии, полученный русскими физиологами И. М. Сеченовым, И. П. Павловым, Н. Е. Введенским, А. А. Ухтомским и клиницистами С. П. Боткиным и Н. ф. Голубовым, позволил построить современную теорию бронхиальной астмы и указать

пути, по которым должно пойти лечение этого сложного заболевания.

Опираясь на работы своих идейных предшественников, используя свой большой клинический опыт, советские ученые М. Я. Арьев, П. К. Булатов, М. Б. Черно-руцкий, а также Л. Л. Васильев и Ю. П. Фролов и другие развили и обогатили наши представления о бронхиальной астме, создав кортико-висцеральную теорию этиологии и патогенеза этого заболевания.

В нашей работе мы представляем бронхиальную астму как кортико висцеральное заболевание. Мы обосновываем ее этиологию и патогенез на основании данных, полученных П. К- Булатовым, ' Л. Л. Васильевым и М. В. Черноруцким в госпитальной терапевтической клинике 1-го Л МИ им. акад. И. П. Павлова и формулируем их в следующих общих чертах.

Хронический или часто повторяющийся токсико-ин-фекионный процесс, локализованный в легких, приводит к повышению тонуса бронхиальной мускулатуры, бронхиальных желез и иннервирующих их элементов парасимпатической нервной системы. Вместе с тем ток-сико-инфекционный очаг может стать причиной длительного раздражения интерорецепторов, находящихся в слизистой бронхов.

Отсюда могут взять начало патологические интеро-рецептивные рефлексы, вызывающие спазм сенсibilизированной мускулатуры бронхов и усиленную секреторную деятельность бронхиальных желез, что и приводит к затруднению легочной вентиляции, к астматическому приступу. На почве таких безусловных интеро-рецептивных рефлексов могут легко образовываться, следуя законам высшей, нервной деятельности, различные экстерорецептивные условные рефлексы, которые в свою очередь начнут вызывать и поддерживать астматическое состояние. Они продолжают действовать даже тогда, когда первичный безусловный раздражитель, вызвавший токсико-инфекционный очаг в легких, уже перестал существовать.

Нервные центры, регулирующие функцию бронхов, их гладкую мускулатуру, а -также бронхиальные желе-

' В настоящее время Т. К. Булатов на основании своего большого клинического опыта рассматривает бронхиальную астму как висцеро кортикальное заболевание.

зы располагаются не только в продолговатом и промежуточном мозгу, но и в коре больших полушарий головного мозга.

Под влиянием длительно действующих патологических импульсов со стороны интерорецепторов бронхов в этих центрах может возникать состояние застойного возбуждения, иными словами, парабриотического возбуждения по Н. Е. Введенскому. Конstellляция таких длительно совозбужденных центров, находящихся на различных уровнях центральной нервной системы, представляет собой не что иное, как патологическую доминанту (А. А. Ухтомский), под влиянием которой может поддерживаться в мышечных и железистых элементах бронхов состояние патологической активности.

Такое представление об этиологии и патогенезе бронхиальной астмы дает нам возможность наметить пути нового, более эффективного ее лечения с применением гипноза, а также с новых позиций подойти к изучению механизма астматического приступа — ведущего синдрома заболевания.

В настоящее время для объяснения механизма астматического приступа предложено несколько гипотез, основанных главным образом на клинических наблюдениях. В представлении одних ученых, главным в механизме приступа является спазм гладкой мускулатуры бронхов, а по мнению других — отделение слизи в просвет бронхов, наступающее благодаря гиперсекреции бронхиальных желез; третьи объясняют приступ расширением сосудов и набуханием слизистой оболочки бронхов, а также ее отеком. По нашему представлению, развитие астматического приступа определяется сочетанием этих трех факторов, однако ведущим из них является спазм мускулатуры бронхов. Мы полагаем, что метод гипноза может в значительной степени облегчить изучение механизма астматического приступа. В отечественной литературе специальных исследований, посвященных этому вопросу, мы не встретили. Мы обнаружили лишь отдельные описания попыток отечественных и зарубежных ученых применить гипноз с лечебной целью при бронхиальной астме. Применение гипнотерапии при бронхиальной астме до сих пор носило эпизодический характер. Впервые гипнотерапия больных бронхиальной астмой была применена в 1888 г. О. Ветерштрандом

(Wetterstrand), который проследил отдаленные результаты лечения на протяжении 3 лет у 2 больных.

В 1925 г. В. М. Белоус, признававший большое значение переживаний и самовнушения в возникновении бронхиальной астмы, успешно применил гипноз при лечении 10 больных. У одного из них автор наблюдал после гипнотерапии ремиссию на протяжении 6 лет. К сожалению, отдаленных результатов лечения остальных больных В. М. Белоус не приводит. В 1926 г. Марксом (Marx) были приведены истории болезни 2 детей, страдавших бронхиальной астмой (мальчика 11 лет и девочки 12 лет), лечение гипнозом которых было эффективно. О длительности ремиссии, наблюдавшейся у этих больных, автор не сообщает.

В 1953 г. Ф. К. Меньшиков и А. Б. Маленкович сообщили результаты применения гипнотерапии у 8 больных бронхиальной астмой: у 4 больных приступы прекратились, у 2 больных эффекта от применения гипнотерапии авторы не получили, а лечение 2 других было прекращено из-за плохой гипнабельности больных. Хороший результат лечения у одной больной из 4 выздоровевших был прослежен 1 1/2 года, у другой больной ремиссия длилась 11 месяцев, а третья не имела приступов после лечения гипнозом в течение полугода. Авторы приходят к выводу о том, что гипнотерапия даже без сочетания ее с лекарственными средствами может быть достаточно эффективна. Ф. К. Меньшиков и А. Б. Маленкович наблюдали также ряд больных, у которых после безуспешной попытки лекарственного воздействия применение гипнотерапии дало быстрое и полное устранение астматического приступа.

В. Е. Рожнов (1954) сообщает об успешном лечении внушением в гипнозе одного больного, страдавшего бронхиальной астмой.

В 1953 г. мы сообщили о результатах лечения гипнозом 70 больных бронхиальной астмой, причем были прослежены отдаленные результаты в течение 2—3 лет. Из 70 больных хорошие результаты были достигнуты у 20 человек — приступов не было свыше года; у 15 ремиссия длилась от 9 месяцев до 1 года; у 15 других наступило значительное улучшение (больные начали работать), а у 10 хотя и наблюдались единичные, редкие приступы удушья, больные перестали нуждаться

в

инъекциях адреналина. Только у 10 больных эффекта от лечения получено не было.

В 1951 г. в Цюрихе состоялся первый международный конгресс по аллергии. Среди программных докладов на конгрессе были заслушаны сообщения о лечении бронхиальной астмы психотерапией. Весьма интересным было выступление Бернштейна (Bernstein) из Ливерпуля на тему «Влияние гипноза на аллергическую реакцию». Докладчик сообщил, что ему удалось внушением в гипнозе без применения медикаментозных средств, до этого не давших эффекта, прекратить тяжелые приступы бронхиальной астмы у 2 больных.

Ю. Л. Анип (1954) применял сочетание медикаментозной терапии, лечения сном и внушения у больных бронхиальной астмой и получил хорошие непосредственные результаты. К сожалению, отдаленных результатов лечения автор не приводит.

Подводя итоги приведенным сообщениям, нельзя не отметить крайне незначительное количество работ, посвященных гипнотерапии бронхиальной астмы.

Считая метод гипнотерапии при бронхиальной астме патогенетически обоснованным, а также учитывая фи-БИОЛОГИЧНОСТЬ и безвредность его, мы предприняли работу, данные которой ниже приводим.

Под нашим наблюдением с 1951 по 1955 г. было 100 больных бронхиальной астмой. 10 больных лечилось амбулаторно, 90 больных находилось на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Все эти больные прошли курс гипнотерапии, а затем на протяжении 3 лет нами были прослежены отдаленные результаты. Среди наших больных было 78 женщин и 22 мужчины. По возрасту и длительности заболевания больные распределялись следующим образом.

В возрасте от 10 до 20 лет..... 2 человека

, 21 года до 30 лет 14 человек

,31 » , 40 ,..... 21

. 41 , ,, 50..... 15

. 51 ,, , 60 ,..... 48

58

С длительностью заболевания до 1 года.....3 человека'

от 1 года до 10 лет . 53

С длительностью заболевания от 11 лет до 20 лет . 29 человек

С длительностью заболевания от 21 года до 30 лет . . 10 „

С длительностью заболевания от 31 года до 40 лет . 5

По тяжести заболевания, частоте приступов и наличию осложнений больные были разделены на три группы.

Больных, у которых приступы возникали по несколько раз в год, мы относили к легкой степени заболевания. Во время ремиссии эти больные были практически здоровы, у них не было осложнений со стороны легких и сердца.

Лиц, у которых астматические приступы возникали по несколько раз в месяц, мы относили к средней степени заболевания. У этой группы больных наблюдались начальные проявления хронической эмфиземы легких.

Больных, у которых приступы возникали по несколько раз в сутки и часто переходили в длительное астматическое состояние, мы относили к третьей — тяжелой степени заболевания. У больных этой группы, как правило, была выраженная эмфизема легких, а также наблюдались нарушения правого отдела сердца. У всех этих больных даже во время ремиссии можно было отметить явления сердечной и легочной недостаточности I—II степени.

Распределение больных по тяжести заболевания

Легкая степень заболевания..... 8 человек

Средняя „ „56 ,

Тяжелая „ „36

Из 100 больных, пользовавшихся гипнотерапией, у 90 больных началу заболевания бронхиальной астмой предшествовали инфекционные болезни органов дыхания — грипп, пневмония, хронический бронхит и т. п. Разрешающим фактором, вызвавшим первый приступ бронхиальной астмы, у 51 больного были острые инфекции органов дыхания или обострение хронической инфекции, наступавшие, как правило, под влиянием охлаждения. У 49 других больных разрешающим фактором были психические травмы, переживания, а также длительно действовавшие отрицательные эмоции.

В качестве иллюстрации приведем 2 истории болезни.

Больная X-на П. С, 1908 г. рождения. Поступила в госпитальную терапевтическую клинику 1-го ЛМИ им. акзд. И П. Павлова 13/X 1951 г. с диагнозом бронхиальная астма, хроническая эмфизема легких.

Заболела бронхиальной астмой в 1943 г. Первый приступ возник в момент чтения письма, в котором сообщалось о расстреле немецкими оккупантами ее сестры с мужем и ребенком. Приступы начали повторяться по 2—3 раза в ночь в строго определенное время. Больная просыпалась от удушья и принуждена была принимать сидячее положение. Учащению приступов предшествовали то новые психические травмы (сообщение о гибели мужа на фронте), то сложные жизненные ситуации (возвращение мужа, считавшегося погибшим).

Медикаментозное лечение было безуспешным, и с 1943 г. начата гипнотерапия, после 18 сеансов которой астматические приступы прекратились и ремиссия длилась 5 лет. С 1948 г. в связи с тяжелыми личными переживаниями больная вновь начала страдать приступами бронхиальной астмы. Вскоре последовала новая тяжелая психическая травма, после которой приступы стали возникать как днем, так и ночью по 5—9 раз в сутки. Адреналин вводился через каждые 2 часа, но вскоре перестал оказывать терапевтическое действие. В 1951 г. произведена подсадка ткани надпочечника по Румянцеву, не давшая эффекта. Перенесенные заболевания: в детстве корь, ветряная оспа, коклюш. Позднее дважды пневмония. Часто болела катаром верхних дыхательных путей, гриппом. Одна из сестер также страдает бронхиальной астмой.

Объективно: больная среднего роста, подкожножировой слой выражен слабо. Вес тела при поступлении — 47 кг. Видимые слизистые и кожа чистые, бледные, отмечается цианоз губ. Грудная клетка правильной формы. Жизненная емкость легких — 2200 см³. Пульс — /6 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глуховаты, шумов и акцента нет. Артериальное давление — 90/60 мм Hg. Видимых пульсаций нет. Число дыханий — 24 в минуту. Дыхание равномерное, затруднен выдох. При перкуссии над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушиваются сухие, множественные, свистящие хрипы. Язык чистый, живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка из-под края реберной дуги не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Больная эмоционально неустойчива, легко возбудима. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Глоточный и корнеальный рефлексы ослаблены. Выраженный тремор рук, век, языка. Больная повышено внушаема (приемы на внушаемость 2 и 3 — положительные).

Кровь, гемоглобин — 58%, эритроцитов — 3 700 000, лейкоцитов — 5000, эозинофилов — 5%, палочкоядерных — 2%, сегментоядерных — 60%, лимфоцитов — 31%, моноцитов — 2%, РОЭ — 25 мм в час. При исследовании мокроты и мочи патологических изменений не обнаружено. В кале найдены яйца аскарид. Рентгеновское

исследование: подвижность куполов диафрагмы резко ограничена. Оба купола диафрагмы стоят на уровне VIII ребра (счет сзади). Легочный и корневой рисунок без изменений. Резко повышена прозрачность легочных полей. Сердце и крупные сосуды в норме

Во время пребывания в стационаре проведено 20 инъекций хлористого кальция внутривенно. Введено пенициллина 9 000 000 ед. физиотерапия (кальцие»ый воротник по Щербаку) — 30 сеансов. Систематически получала эфедрин, теофедрин, бром. Для купирования приступов применялся адреналин 1 : 1000 по 1,0. Несмотря на такое лечение, астматические приступы продолжали возникать по несколько раз в сутки. С 20/X 1951 г. ввиду неэффективного,™ медикаментозного лечения направлена на гипнотерапию. Всего проведено 28 сеансов гипнотерапии. После 5-го сеанса отмечено полное исчезновение приступов. Выписана из клиники 29/XII 1951 г. в хорошем состоянии.

При катамнестическом обследовании через 2 года 3 месяца выяснилось, что приступов астмы больше не было; кроме того, улучшилось общее самочувствие, стала спокойнее, наладился и углубился ночной сон, стал лучше аппетит (больная прибавила в весе 7 кг) Артериальное давление поднялось до 130/80 Hg. Жизненная емкость легких увеличилась до 3100 см³. Подвижность легочных краев увеличилась до 4—5 см. Рентгенологически — исчезла повышенная прозрачность легочных полей.

Из приведенной истории болезни отчетливо видны как значение психогении в развитии заболевания, так и успех гипнотерапии, которая в отличие от медикаментозной терапии дважды оказала положительный эффект.

Позволим себе в качестве примера привести еще одну историю болезни, из которой также отчетливо виден кортико-висцеральный механизм возникновения приступов бронхиальной астмы. Больная Л-ва Е. В., 1907 г. рождения, поступила на лечение в госпитальную терапевтическую клинику 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 1/II 1952 г. с диагнозом бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая эмфизема легких. Заболела бронхиальной астмой в 1946 г. Незадолго до за&олевания больная пережила психическую травму (неудачно вышла замуж дочь, единственный сын в результате ранений на фронте ослеп на оба глаза и потерял руку). Первый астматический приступ развился и момент ссоры дочери с мужем. В дальнейшем эти приступы участились и возникали до 10—12 раз в сутки (между приступами держалось астматическое состояние) Приступы обострялись в связи с простудой и гриппом Позднее больная заметила, что приступы стали возникать тогда, когда в комнате находилась ее дочь, приготовлявшая пищу или перебиравшая засыпанные нафталином вещи Вскоре астматическое состояние стало возникать от одного запаха готовящейся пищи или нафталина, а затем и от других запахов (керосин, цветы и т. д.). В 1949 г. новое обострение болезни заставило

больную лечь в стационар. В 1952 г. после двух подсадок ткани надпочечника по Румянцеву началось обострение болезни. Больная была направлена в терапевтическую клинику 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, где тяжелое состояние продолжалось, число астматических приступов доходило до 13 в сутки, инъекции 'адреналина перестали их купировать.

Объективно: больная среднего роста, подкожножировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа бледного цвета, цианоз губ. Вес тела — 55 кг. Жизненная емкость легких — 2200 см³. Грудная клетка расширена, равномерно участвует в акте дыхания. Пульс — 70 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, шумов нет; артериальное давление — 120/70 мм Нг. Число дыханий — 21 в минуту, дыхание затрудненное, особенно выдох. При перкуссии над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. Границы легких в пределах нормы. Подвижность легочных краев — 1 см. При выслушивании — множественные сухие хрипы различного тона. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Вазомоторная лабильность, эмоциональная неустойчивость, резко повышенная внушаемость (приемы 4 и 5-й на внушаемость положительные). Клиническое исследование крови: гемоглобин — 70%, эритроциты — 4 117 000, лейкоциты — 7000. Лейкоцитарная формула: эозинофилы — 4%, палочкоядерные — 3%, сегментоядерные — 60,5%, лимфоциты — 28%, моноциты — 4,5%, РОЭ — 3 мм в час. В моче и мокроте патологических изменений не обнаружено. Рентгеноскопия: оба купола диафрагмы стоят на X ребре (счет сзади), подвижность их резко ограничена. Легочные поля эмфизематозны. Сердце увеличено за счет левого желудочка. Пульсация возбуждена.

Лечение: больная во время пребывания в клинике получала препараты эфедрина, теофедрина, брома. Дважды была сделана подсадка вещества надпочечника, после чего наблюдалось обострение заболевания. За время пребывания в клинике получила 8 000 000 ед. пенициллина. Ввиду непрекращающегося тяжелого астматического состояния направлена с 2/III 1952 г. для гипнотерапии. После второго сеанса астматические приступы прекратились. Для закрепления столь положительных результатов гипнотерапия продолжена. Следует отметить, что больная хорошо пшна-бильна (гипнотический сон второй степени глубины с явлениями частичной амнезии). С помощью гипнотерапии удалось не только прекратить возникновение астматических приступов, но и устранить отрицательное влияние на состояние больной перемен погоды и запахов. У больной улучшилось настроение, наладился сон и аппетит. Прибавила в весе 4 кг. Жизненная емкость легких повысилась до 3200 см³. Рентгенологически — исчезла повышенная прозрачность легочных полей. Увеличилась подвижность легочных краев до 4—5 см. Артериальное давление при выписке 135/85 мм Нг. Больная вернулась на работу. При катamnестическом обследовании выяснилось, что астматических приступов нет уже 2 года 3 месяца.

При анализе данной истории болезни выступают С2

психические травмы как разрешающий фактор, вызвавший первый приступ бронхиальной астмы. В дальнейшем присоединяется условнорефлекторный механизм возникновения повторных приступов. Отчетливо видно преимущество гипнотерапии перед обычными методами лечения. При анализе данных наших наблюдений выяснилось, что у 80 больных повторные приступы бронхиальной астмы возникали от разных причин и только у 20 от одной причины — обострения инфекции дыхательных путей.

Причины, вызвавшие возникновение повторных приступов бронхиальной астмы

Обострение хронических инфекций дыхательных путей..... 20

Психические травмы, переживания, длительные отрицательные эмоции.....; 40

Запахи, определенная обстановка..... 15

Физическая нагрузка 3

Вдыхание холодного воздуха и пыли 2

Скопление мокроты 5

Кашель, смех 5

Ночные приступы без видимой для больного причины 10

Следует отметить, что только 35 человек из 100 не болели пневмониями. У остальных 65 человек воспаление легких повторялось от 2 до 5 раз. Необходимо также подчеркнуть, что у 50% наших больных, направленных для гипнотерапии, нервный фактор был разрешающим моментом, вызвавшим первый приступ бронхиальной астмы.

Гипнотерапию мы считали уместным проводить только тем больным, лечение которых обычными медикаментозными или физиотерапевтическими средствами не давало эффекта. Как правило, гипнотерапии подвергались только те больные, у которых не удавалось купировать астматические приступы даже инъекциями адреналина. Среди наших больных встречались лица, у которых, кроме бронхиальной астмы, были сопутствующие заболевания. Так, у 5 человек была гипертоническая болезнь в неврогенной стадии, у 1 имелась язвенная болезнь (язва желудка), у 6 — хронический холецистит,

у 50 — выраженное функциональное расстройство нервной системы.

В зависимости от наличия или отсутствия у больных заболеваний бронхов и легких мы распределяли их на две группы. В первую группу вошло 40 больных, не имевших, кроме бронхита, других осложнений со стороны дыхательного аппарата, а во вторую группу — 60 человек с различными заболеваниями. У всех больных этой группы наблюдалась хроническая эмфизема легких, особенно резко выраженная у 40, у 18 больных отмечалась хроническая неспецифическая пневмония, а у 3 наблюдалась бронхоэктатическая болезнь.

Эти данные позволяют считать, что лечившиеся у нас больные страдали тяжелыми проявлениями бронхиальной астмы.

Проведенные нами наблюдения позволили выработать следующие показания для направления на гипнотерапию больных, страдающих бронхиальной астмой.

1. Отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых острые инфекционные очаги ликвидированы антибиотиками, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать).

2. Достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также его желание лечиться гипнозом.

3. Зависимость приступов бронхиальной астмы от психических травм, переживаний, длительно действующих отрицательных эмоций.

4. Наличие у больного условнорефлекторного механизма возникновения повторных приступов (зависимость их от определенных запахов, времени суток, определенной обстановки и т. п.).

5. Наличие у больного, страдающего бронхиальной астмой, проявлений функционального расстройства нервной системы.

Все больные обследовались в клинике до- начала гипнотерапии, во время ее проведения и после курса лечения.

Лечение больных бронхиальной астмой гипнозом проводилось в специально оборудованной палате — гипнотарии.

При проведении гипнотизации для воздействия на слуховой, кожный и зрительный анализаторы мы ис-

пользовали метроном, индуктор, теплоэлектровентилятор, зеленые лампочки, магнитофон. Для специальных исследований и наблюдений применялись аппарат типа Книпинга, осциллограф, спирометр, оксигеметр и тонометр.

Перед лечением мы знакомили больного с характером его заболевания, разъясняли сущность гипнотерапии, подчеркивая полную ее безвредность и в общих чертах рассказывали больному, что его ожидает при гипнотизации. Во время исследования больного выясняли степень его внушаемости и после этого переходили к процессу гипнотизирования. Индивидуальные сеансы гипнотерапии длились около 30 минут, проводились через день. Курс лечения состоял из 10—30 сеансов. У 30 больных вначале проводилась индивидуальная гипнотерапия, а затем, с согласия больных, было продолжено их лечение на коллективных сеансах. Гипнотизация проводилась путем словесного внушения признаков сонливости, подкрепляемого в зависимости от индивидуальных особенностей больного воздействием специальных раздражителей на зрительный, слуховой и кожный анализаторы. Глубина развившегося гипнотического состояния регистрировалась актограммами и специальными тестами (учитывались степень амнезии, наличие анестезии, насыщенность крови кислородом и т. п.).

Мы, как было указано выше, различали три степени глубины гипнотического сна. По этому показателю наши больные бронхиальной астмой распределялись следующим образом: первая степень гипнотического сна наблюдалась у 15 больных, вторая — у 48, третья — у 27; гипноз не развивался у 10 больных.

Лечебные внушения в основном строились на основании жалоб больного и данных о течении его заболевания. При этом мы стремились поднять в больном уверенность в его силах, повысить бодрость, улучшить его настроение. При бессоннице мы внушали больному, что сон его будет теперь таким же крепким и здоровым, как это было до болезни. Влияние запахов, перемен погоды на возникновение приступов и ритм дыхания больного мы устраняли специальными внушениями. Мы особо внушали больному, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию.

⁶ П. И. Буль

Во время лечебного сеанса и перед его окончанием мы обращали внимание больного на то, как свободно и легко он стал дышать (обычно дыхание во время гипнотического сна нормализовалось), а также внушали ему, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом интенсивность астматических приступов будет слабеть, что будут они возникать все реже и реже, пока не исчезнут совершенно. Во время гипнотического сна наших больных мы исследовали их пульс и измеряли артериальное давление. В то время как у здоровых людей наблюдается при этом падение артериального давления на 10—15 мм Hg, у больных бронхиальной астмой оно имело тенденцию к подъему до ■ возрастной нормы (в среднем на 15—20 мм Hg). Пульс у наших больных, как и у здоровых людей, становился во время гипнотического сна ритмичнее и реже (на 5—10 ударов в минуту). При погружении в гипноз характер спирограммы менялся незначительно. Дыхание становилось реже на 4—7 дыханий, дыхательные движения становились глубже. За счет глубины дыхания возрастал минутный объем на 100—200 см³ у одних больных, а у других почти не изменялся. При внушении отрицательных эмоций частота дыхания резко нарастала (с 16 дыханий в минуту до 25—29). Жизненная емкость легких в гипнозе обычно возрастала на 100—200 см³. При внушении отрицательных эмоций она падала на 300—400 см³, а при внушении положительных — возрастала в среднем на 400—600 см³ по сравнению с бодрственным состоянием. Степень насыщения крови кислородом, регистрируемая оксигемометром, при погружении в гипноз падала на 1—2% (аналогичные данные были получены при переходе от бодрствования в обычный сон). В процессе лечения больных бронхиальной астмой отмечались положительные сдвиги в деятельности их сердечно-сосудистой и дыхательной систем. К концу курса гипнотерапии улучшалась легочная вентиляция, нарастала жизненная емкость легких, увеличивалась подвижность легочных краев, у молодых субъектов уменьшалась эмфизема легких, что находило подтверждение в данных рентгеноскопии и рентгенографии. Артериальное давление, как правило, пониженное у больных бронхиальной астмой, к концу курса гипнотерапии несколько повышалось и в дальнейшем стойко удерживалось на цифрах,

приближавшихся к возрастной норме. Одновременно улучшались нормальный сон больных, их аппетит и настроение; увеличивался вес тела. После пробуждения и выхода из гипнотического состояния мы опрашивали больных об их самочувствии, проводили с ними психотерапевтическую беседу и затем направляли в палату.

Больных, нуждавшихся в дополнительном сне, мы непосредственно (без пробуждения) из гипнотического сна переводили в обычный. Тем самым общая продолжительность сна таких больных доводилась до 12—14 часов без применения снотворных средств.

Эффективность проведенного лечения определялась нами на основании клинических и лабораторно-инструментальных исследований больного до, во время и после лечения. Мы учитывали также число приступов, наблюдавшихся у больного до, во время и после лечения, их длительность и интенсивность.

Принималось во внимание и количество адреналина, вводимого больному для купирования приступов до лечения, во время и после курса гипнотерапии.

Окончательные выводы о результатах проведенного лечения мы делали на основании данных катамнестического обследования. При этом мы учитывали продолжительность ремиссии и характер жалоб больного. Особое внимание мы обращали на состояние и самочувствие больного во время лечения и после курса гипнотерапии, а также на личное впечатление больного о проведенном лечении. Мы учитывали также впечатление врача, ведущего наблюдение за больным в палате. Кроме того, мы пользовались сведениями, полученными от родственников больного об его состоянии дома после выписки из клиники. После окончания курса гипнотерапии все наши больные систематически на протяжении нескольких лет являлись в клинику для обследования. С иногородними больными поддерживалась постоянная переписка.

В качестве иллюстрации эффективности гипнотерапии бронхиальной астмы приводим краткие выписки из истории болезни некоторых наших больных.

Больной К-ов И. П., 1900 г. рождения. Поступил на стационарное лечение в госпитальную терапевтическую клинику 1-го ЛМИ ни. акад. И. П. Павлова 13/X 1951 г. с диагнозом бронхиальная

астма с частыми приступами, эмфизема легких, недостаточность сердца I—II степени по правожелудочковому типу. У больного под влиянием астматических приступов нарушен ночной сон, спит 2—3 часа в сутки, сидя. Болен 10 лет. Астматические приступы бывают ежедневно, а при обострении возникают до 10—15 раз в сутки. Инъекции адреналина последнее время приступы не купируют. Заболеванию предшествовал ряд психических травм. Больной получил известие о гибели сына на фронте. Вскоре произошел несчастный случай — сгорел дом и имущество. Утомление и работа на холоде вызывали обострение болезни, но главной причиной ухудшения состояния больного являются волнения, тяжелые психические переживания.

Объективные данные: больной среднего роста. Подкожножировой слой выражен слабо. Вес тела — 50 кг. Видимые слизистые и кожа чистые, бледны. Пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Видимых пульсаций нет. Границы сердца расширены вправо на 2 см. Выслушиваются глухие тоны. Шумов и акцентов нет. Артериальное давление — 100/70 мм Hg. Число дыханий — 25 в минуту, дыхание равномерное с затрудненным выдохом. Подвижность легочных краев —) см. При перкуссии — легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации — множественные, рассеянные сухие хрипы. Жизненная емкость легких — 2100 см³. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Невротических черт в поведении и реакциях нет. Внушаемость повышена (приемы 2 и 3-й на внушаемость положительные). Кровь- гемоглобин — 65%, эритроцитов — 4 500 000: цветовой показатель — 0,8; лейкоцитов — 6200; эозинофилов — 4%, палочкоядерных — 3%, сегментоядерных — 65%, лимфоцитов — 23%, моноцитов — 5%. РОЭ — 18 мм в час. Моча без патологических изменений. Рентгеноскопия: диафрагма ограниченно подвижна, легкие эмфизематозно расширены, очаговых изменений не обнаруживается; сердце удлиненной конфигурации, несколько увеличено за счет правого желудочка, пульсация напряженная; аорта и крупные сосуды в норме.

Мокрота слизисто-гнойная, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена не обнаруживаются.

Проведенное лечение: введено 10 000 000 ед. пенициллина, по 0,05 эфедрина 3 раза в день и по 1,0-1 : 1000 раствора адреналина 5—6 раз в день под кожу.

В связи с тем, что приступы не только не прекратились, а даже несколько участились, больному направлен для проведения гипнотерапии. После первых сеансов гипноза число приступов бронхиальной астмы резко уменьшилось, а после 9 сеансов они полностью прекратились. Всего было проведено 15 сеансов гипнотерапии (сон III степени глубины). Ремиссия прослежена на протяжении 3½ лет. Наряду с прекращением приступов нормализовались сон и аппетит, улучшилось настроение. Вес тела при выписке 56,2 кг. Жизненная емкость легких возросла до 3600 см³. Увеличилась подвижность легочных полей до 5 см и уменьшилась их прозрачность. Больной аккуратно является на диспансерное обследование. **Работает по специальности.**

После начала курса гипнотерапии 40 больным были отменены все другие виды лечения, кроме инъекций адреналина для купирования начинающихся приступов, пока они не прекратились под влиянием лечения гипнозом. Комплексная терапия с применением обычных средств и гипнотерапии проводилась 30 больным, а 30 другим (контрольная группа) проводилась только гипнотерапия, другие виды медикаментозного и физиотерапевтического лечения были им отменены. Наибольший эффект был отмечен в группе больных, у которых применялась смешанная, комплексная терапия (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная оценка результатов лечения комплексной терапией (медикаменты и гипноз) и гипнотерапией

Способ лечения количество больных	Общее	Результаты лечения		
		В ремиссии	улучшение	без эффекта
Медикаментозное и гипно-	30 30	20 15	6 5	4 10 ■

На основании этих данных мы являемся сторонниками комплексного лечения бронхиальной астмы.

И. П. Павлов рассматривал внушение как «типичнейший условный рефлекс человека» и считал возможной замену словесным сигналом любого безусловного раздражителя. Исходя из этого положения, мы у 10 больных, успешно леченных гипнотерапией, с их разрешения вызывали словесным внушением в гипнозе типичные для них приступы бронхиальной астмы. Такие приступы оказались вполне сходными с обычными приступами бронхиальной астмы. Чтобы убедиться, что внушенный приступ бронхиальной астмы не является лишь истерическим подобием обычного приступа, мы провели (совместно с П. К. Булатовым и Д. М. Злыдниковым) следующее специальное исследование.

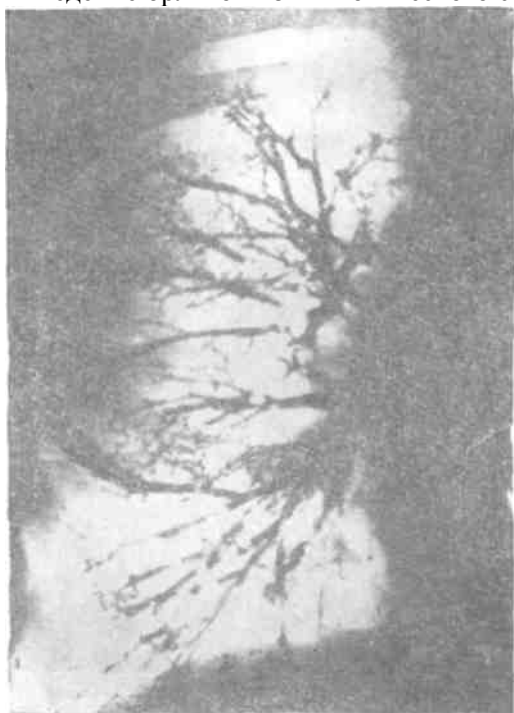
Больной в бодрствующем состоянии подготовлялся к бронхографии, затем погружался в гипнотический сон. В состоянии гипноза словесным внушением у больного вызывался приступ бронхиальной астмы. В этот момент под контролем рентгеновых лучей ему вводилось в бронхиальное дерево контрастное вещество — йодолипол.

Ввиду возникшего под влиянием внушения спазма гладкой мускулатуры бронхов контрастное вещество не проникало в более мелкие бронхи и бронхиолы.' На рентгенограмме получалась картина, аналогичная бронхографическому отображению приступа бронхиальной астмы. Затем приступ снимался Контрвнушением, и контрастное вещество ввиду того, что спазм мелких бронхов теперь был устранен, проникало, как показывала рентгеноскопическая или рентгенографическая картина, дальше, на периферию бронхиального дерева. При снятии приступа контрвнушением наблюдалась картина, вполне аналогичная той, которая бывает при купировании приступа адреналином. Рассмотрим более подробно один из вариантов этих наших исследований.

Больная В-на А. С, 1914 г. рождения, поступила на стационарное лечение в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 2/XI 1951 г. Диагноз: бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая эмфизема легких. Больна 7 лет. Страдает заболеванием в тяжелой форме, приступы возникают ежедневно при волнениях и усиливаются под влиянием простуд, чаще наблюдаются зимой. Заболеванию предшествовал ряд психических травм. Объективные данные: больная среднего роста, пониженного питания; кожа и видимые слизистые бледны. Границы сердца в норме, тоны глуховаты, шумов нет. Пульс — 76 в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 80/60 мм Но. Число дыханий — 18 в минуту. Границы легких в пределах нормы. Дыхание ослабленное, затруднен выдох. Перкуторно над легким — легочный звук с коробочным оттенком, выслушиваются отдельные сухие звучные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Невротических черт в поведении и реакциях нет. Больная хорошо внушаема (приемы 4 и 5-й на внушаемость положительные). Клиническое исследование крови: гемоглобина — 77%, эритроцитов — 4 650 000, цветовой показатель — 0,8, лейкоцитов — 7400. РОЭ — 24 мм в час. Моча без патологических изменений. Рентгеноскопия: выраженная эмфизема легких; свежих очаговых изменений в них нет но справа в нижней доле — обызвествленный очаг tbc; подвижность диафрагмы ограничена, вялая. Сердце и крупные сосуды в норме.

Бронхография произведена 17/XI 1951 г. при горизонтальном положении больной на правом боку. После анестезии носоглотки 6,0 мл 2% раствором кокаина в правое легкое введено 20,0 йодолипола (исследование начато в состоянии бодрствования). Сделаны 2 бронхограммы в состоянии бодрствования. В гипнозе больной внушено, что у нее по счету «три» разовьется типичный для нее приступ бронхиальной астмы. По счету «три» у больной действительно появилась одышка с отчетлива удлиненным выдохом. Дыхание становится хриплым Частота пульса увеличилась до 88 ударов в минуту. В легких стали прослушиваться множественные сухие

сильные хрипы различного тона. В таком состоянии были сделаны 4 бронхограммы в течение 3 минут. Затем приступ снят контрвнушением и сделаны еще 2 бронхограммы. Далее последовало выведение больной из гипнотического состояния и через минуту сделаны еще 3 бронхограммы.



Рис'11. Бронхограмм'а больной В-й А. С. Больная находится в состоянии глубокого гипнотического сна. Бронхограмма произведена до вступления астматического приступа. Контрастное вещество заполняет все бронхиальное дерево.

Таким образом, в течение всего исследования сделано 11 бронхограмм. При соответствующем изучении бронхограмм, сделанных во время бодрствования и гипнотического сна, существенных различий не выявлено. При сравнении же бронхограмм, сделанных до и во время вступившего приступа, определяются значительные изменения бронхов. На первой бронхограмме (рис 11), сделанной во время гипноза, но до вступления приступа, контрастное вещество запол-

нило все долевые бронхи и их ветви, вплоть до мельчайших брон-хоэ, бронхиол и альвеол. Введение контрастного вещества было закончено за 5 минут до производства бронхограммы. На бронхо



Рис. 12. Бронхограмма той же больной, сделанная через 5 минут после предыдущей бронхограммы, когда у больной развился внушенный астматический приступ. Определяется значительное сужение просвета бронхов (спазм) и исчезновение контрастного вещества с периферии бронхиального дерева (выжато в более крупные бронхи). Больная продолжает находиться в состоянии глубокого гипнотического сна.

грамме, сделанной через минуту после развития внушенного приступа и появления первых клинических симптомов астматического состояния (рис. 12), определяется значительное сужение просвета ряда сегментарных бронхов и полное исчезновение контрастного вещества из некоторых мелких бронхиальных ветвей. Таким обра-72

зом, благодаря сужению мелких сегментарных бронхов контрастное вещество выдавилось из них в более крупные бронхи и, в частности, в стволовой бронх. Интересно отметить, что все снимки, сделанные при внушенном астматическом приступе в различные фазы дыхания, имеют одну и ту же бронхографическую картину.

Следует отметить, что больная хорошо гипнабильна. Гипнотический сон III степени глубины. После выхода из гипноза — полная амнезия. Лечение различными медикаментозными средствами эффекта не дало. Хороший и быстрый эффект наступил после 2-го сеанса гипнотерапии. Ремиссия длится 3/г года. Улучшились аппетит (больная прибавила в весе на 7 кг), сон, настроение. Увеличилась подвижность легочных полей до 4,5 см. Исчезла эмфизема легких. Увеличилась жизненная емкость легких с 2100 до 3800 см³. Артериальное давление приблизилось к возрастной норме и стойко удерживается на цифрах 120/75 мм Нг. Больная начала работать по специальности. Внушенный астматический приступ длится обычно не более 3—5 минут и не оставляет после себя каких-либо нежелательных для больного последствий. Всего было проведено 10 таких исследований у 10 разных больных бронхиальной астмой.

Характерно, что вызванный внушением приступ может быть купирован введением больному под кожу 1 мг адреналина, как это показано на бронхограммах (рис. 13 и 14), приводимых ниже.

Интересно отметить, что внушенных приступов бронхиальной астмы нам ни разу не удалось получить у здоровых людей или лиц, страдавших другими заболеваниями (были проведены исследования у 5 здоровых людей и у 5, страдавших язвенной и гипертонической болезнью). Это нам кажется вполне закономерным, так как у лиц, никогда не страдавших бронхиальной астмой, отсутствуют соответствующие условно-рефлекторные механизмы.

Во время внушенных астматических приступов нами проводилась у больных запись спирограмм, измерялась жизненная емкость легких, исследовался пульс, артериальное давление, определялось количество лейкоцитов в крови. Спирограммы, полученные во время внушенного приступа, не отличались от тех, которые бывают во время обычного приступа бронхиальной астмы. При внушенном приступе так же, как и при обычном, наблюдаются удлинение фазы выдоха, уменьшение жизненной емкости легких, учащение дыхания и значительный лейкоцитоз. Указанные данные, равно как и бронь

73

Ф

хографическое исследование, подтверждают тождество обычных астматических приступов и тех, которые возникают после соответствующего внушения в гипнозе.



Рис. 13. Бронхограмма больной Х-й Р. И. Больная находится в гипнотическом сне. Бронхограмма сделана после внушения астматического приступа через 3 минуты после возникновения клинических признаков приступа. Выявляется спазм мелких бронхов и бронхиол. Контрастное вещество задерживается в крупных бронхах.



Рис. 14. Бронхограмма той же больной, сделанная через 10 минут после введения больной купирующей приступ дозы адреналина. На бронхограмме выявляется выход контрастного вещества на периферию бронхиального дерева в расслабившиеся мелкие бронхи и бронхиолы. Нам удавалось вызвать приступы бронхиальной астмы внушением и в бодром состоянии больного. Так, например, дав очень внушаемому больному, страдающему

бронхиальной астмой, коробку с мелом и указав, что это нафталин, запах которого вызывал у больного приступы астмы, мы легко получили астматическое состояние, перешедшее в дальнейшем в обычный приступ. В другом случае пробирка с водой, данная больной с внушением, что это керосин, также вызвала в бодром состоянии астматический приступ. Общеизвестен пример, когда вид бумажного цветка (розы) вызывал у больной, не переносившей этого запаха, приступ бронхиальной астмы.

Таким образом, путем словесных воздействий можно получить у больного бронхиальной астмой такую же реакцию со стороны коры полушарий головного мозга, подкорки и вегетативных центров, какие возникают и от других причин, обычно вызывающих астматическое состояние. Приступ бронхиальной астмы может возникнуть или как безусловный рефлекс в ответ на внешние и внутренние патогенные раздражения, или как условный рефлекс первой и второй сигнальной системы. Вызванный гипнотическим внушением приступ можно снять контрвнушением, действующим в этом случае в качестве условного словесного тормоза.

Эти исследования явились еще одним доказательством кортико-висцерального механизма астматического приступа.

Механизм физиологического действия гипнотерапии при бронхиальной астме мы представляем себе в следующем виде.

Под влиянием внушения гипнотического сна в коре головного мозга возникает процесс торможения, который иррадирует по коре, захватывая все новые и новые районы ее, и при достаточной глубине торможения гасит встречающиеся на его пути очаги возбуждения. Как только гипнотическое торможение погасит патологическую доминанту бронхиальной астмы (очаги «застойного возбуждения» по И. П. Павлову) приступ купируется: прекратится поток центробежных импульсов от коры больших полушарий к легким, к гладкой мускулатуре бронхов, вследствие чего произойдет их расслабление.

Далее, во время гипноза, как показано работами А. И. Картамышева, А. Г. Хованской и нашими наблюдениями, развивается спазм капилляров. А. И. Картамы-

шев прямо говорит об «адреналиноподобном» действии гипноза. Следовательно, гиперемия слизистой бронхов должна уменьшаться, что должно ослабить интенсивность приступа бронхиальной астмы. Таким образом, одно лишь погружение больного в гипнотическое состояние, надо полагать, устраняет главные факторы в механизме астматического приступа — спазм бронхов и расширение сосудов слизистой бронхов. Это улучшает условия легочной вентиляции и ведет к нормализации дыхательной функции.

Наконец, основываясь на учении о доминанте, можно говорить о «конкурирующей» доминанте, возникающей в коре полушарий головного мозга под влиянием лечебного внушения и затормаживающей патологическую доминанту.

Учитывая приведенные нами данные, применение гипноза при лечении больных бронхиальной астмой, следует считать физиологически обоснованным.

В результате лечения гипнотическим внушением больных бронхиальной астмой нами получены следующие результаты (табл. 2).

1. Из 100 больных стойкая и длительная ремиссия, продолжающаяся до настоящего времени, получена у 42 человек (у 9 человек приступов нет в течение 2—3 лет, у 6 ремиссия продолжается свыше 1/г лет; ремиссия от 1/г до 1 года наблюдается у 27 человек).

2. У 28 больных удалось добиться улучшения: у 15 приступы бронхиальной астмы бывают редко и эти больные вернулись к работе, у 13 других больных наблюдаются астматические состояния, единичные приступы; эти больные хотя и отмечают улучшение своего состояния, но не работают.

Таблица 2 Распределение больных в зависимости от эффекта лечения

Количество больных „

Ремиссия прослежена

от 2 до 3 лет | от 1 года 1 года | до 1/г лет |

27

от 2 до 3 лет

Улучшение, |^улучше^{ние}, работают | не работают

15

13

Без эффек-

30

и | и

3. У 30 больных лечебного эффекта применения гипнотерапии не было выявлено. Необходимо отметить, что в этой группе больных у 20 человек не было получено

глубокого гипнотического состояния, а у 10 других оно не развилось совсем.

При анализе данных об эффективности гипнотерапии в зависимости от тяжести заболевания удалось установить, что при тяжелом течении заболевания у четверти таких больных не был получен эффект от данного лечения. В группе со средней тяжестью заболевания число больных, не получивших облегчения, составляет около трети, а число успешно леченных составляет около половины всех больных этой группы (табл. 3). При легкой степени заболевания был, естественно, получен наилучший результат от гипнотерапии.

Таблица 3

Эффект гипнотерапии в зависимости от тяжести заболевания

Тяжесть заболевания (степень)	Общее количес тво больных	Результаты лечения		
		ремисс ия	улучшение]	без эффекта
Легкая	85636	2416	51211	1
Средняя				20
Тяжелая				9
Всего . .	100	42	28	30

При анализе эффективности гипнотерапии в наших исследованиях отчетливо выступает зависимость положительных лечебных результатов от глубины гипнотического состояния. Чем выше была гипнабельность

Таблица 4

Эффективность гипнотерапии в зависимости от степени •

глубины гипноза

Глубина гипноза	Общее количес тво больных	Результаты лечения		
		ремисс ия	улучше ние	без эффект а
I степень глубины	15482710	1725	226	1352
II степень, гипноз не развился				10
Всего . .	100	42	28	30

наших больных, тем были лучше, при прочих равных условиях, терапевтические результаты. Подавляющее количество больных, не получивших эффекта от применения гипнотерапии, составляют лица, у которых не было достигнуто достаточно глубокого гипнотического состояния, или те, у кого гипноз не развился совсем (табл. 4).

Выводы

1. Гипнотерапия является физиологически и патогенетически обоснованным методом лечения больных бронхиальной астмой.

Гипнотерапия показана особенно тем больным бронхиальной астмой, у которых обычная медикаментозная терапия не является эффективной. Результаты, полученные при лечении больных бронхиальной астмой гипнозом, зависят от нескольких причин:

- а) от тяжести заболевания;
- б) от правильного отбора больных;
- в) от степени внушаемости и гипнабельности больного.

2. Гипноз может быть применен как для лечения больных бронхиальной астмой, так и для изучения функционального состояния бронхиального дерева у больных во время приступа.

Изменения бронхов, возникающие в момент внушенного астматического приступа, аналогичны тем, которые наблюдаются у больных при обычном приступе бронхиальной астмы.

3. У здорового человека, погруженного в гипноз, возникают изменения в дыхательной, сердечно-сосудистой, кроветворной и других системах организма. У больного бронхиальной астмой под влиянием гипноза наступают положительные сдвиги во всех системах организма (улучшается дыхательная функция, возрастает жизненная емкость легких, повышается до возрастной нормы артериальное давление и т. п.).

4. Словесным внушением можно вызвать приступ бронхиальной астмы через обонятельный, зрительный и слуховой анализаторы. Возможность вызвать путем внушения (через вторую сигнальную систему) приступы бронхиальной астмы подтверждает кортико-висцеральный механизм его возникновения.

5. По нашим данным, воспроизвести приступ бронхиальной астмы путем внушения возможно лишь у больных бронхиальной астмой. У здоровых или больных другими заболеваниями вызвать внушением приступ бронхиальной астмы нельзя.

6. У наблюдавшихся нами больных приступ бронхиальной астмы, раз возникнув под влиянием токсико-инфекционных или других причин (при действии определенного запаха, эмоций, обстановки), в дальнейшем возникал условнорефлекторно при повторении подобной ситуации, даже если основная причина, вызвавшая заболевание, была устранена.

7. Применявшееся нами лечение больных бронхиальной астмой гипнозом оправдало себя. (Из 100 больных у 42 получен хороший эффект, приступов нет от полугода до 3 лет; у 28 больных получено улучшение, приступы стали реже и слабее; только у 30 больных, леченных гипнозом, эффекта не отмечалось).

8. Доминантная теория бронхиальной астмы, сформулированная в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. И. П. Павлова П. К- Булатовым, позволяет нам объяснить механизм благоприятного действия гипнотерапии при бронхиальной астме.

Гипнотическое торможение устраняет патологическую доминанту, возникающую в коре головного мозга, и тем самым размыкает патологическую рефлекторную дугу в ее главном звене.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников и их сотрудники считают, что гипертоническая болезнь относится к группе тех заболеваний, в основе которых лежит кортико-вис-церальная патология.

В патогенезе гипертонической болезни одни ученые придают решающее значение эндокринно-гуморальному, другие неврогенному фактору. Однако представители этих теорий о происхождении гипертонической болезни не отрицают несомненного значения психогенных влияний в ее возникновении. Действие психического фактора на вегетативные и вазо-вегетативные центры подкорки, а также на эндокринную систему хорошо известно. Иллюстрацией этому может служить описанная «аф-

фективная глюкозурия» — усиленное под влиянием эмоции выделение надпочечниками адреналина и действие его на гликоген печени и мышц. При достаточно сильном аффекте (испуг, гнев, боль) выделившийся адреналин ведет не только к гипергликемии и глюкозурии, но и другим физиологическим сдвигам, например в сердечно-сосудистой системе. Несомненно, что симпатикотропное действие сильных эмоций не ограничивается влиянием только на надпочечники, а усиливает секрецию и других эндокринных желез (щитовидной, гипофиза). Функциональное единство вегетативной нервной системы и эндокринных желез общепризнано, что дало право говорить об единой «эндокринно-вегетативной системе». На эту-то систему и воздействует психический фактор в виде различных аффектов, отрицательных эмоций и т. д.

Из всех непроизвольно функционирующих систем организма сердце и сосуды наиболее доступны воздействию психических переживаний. Всем хорошо известна роль душевных волнений, переживаний и психических травм в возникновении острых инфарктов миокарда и мозговых инсультов. «Если от стыда лицо краснеет, от испуга бледнеет, от гнева у одних бледнеет, у других досиная краснеет и т. п., — пишет Е. К. Крас-нушкин, — то внутренние органы (сердце, печень, почки, селезенка, железы внутренней секреции и особенно мозг) от стыда, страха, гнева и -других аффектов также оказываются то наполненными кровью, то обескровленными». ¹ Эти данные дают основание полагать, что ведущее место в механизме возникновения сердечно-сосудистых расстройств и в первую очередь гипертонической болезни принадлежит психике, коре больших полушарий. Возможность кратковременного повышения артериального давления при нервно-психических переживаниях известна каждому врачу.

Наблюдения, произведенные как в период первой империалистической войны, так и во время Великой Отечественной войны, показали, что артериальное давление у людей может повышаться непосредственно после участия в боевых операциях, артобстрелов и бомбежек.

¹ Е. К- К р а с н у ш к и н. Роль психического фактора при гипертонической болезни. Сб. трудов, посвященных XXX леч.-сан. управления Кремля. Медгиз, 1950, стр. 23.

В 1951 —1952 гг. на Амуре во время большого наводнения в связи с разливом реки Н. И. Гребенюк, З. П. Козлова и А. В. Чернышева провели массовое измерение артериального давления у населения (в том числе и у школьников). При этом выявилось почти поголовное повышение артериального давления у жителей затопленного берега. Среди населения другого, более высокого и потому не затопленного берега повышение артериального давления было в процентном соотношении значительно менее выражено. После окончания бедствия ■/ большинства обследованных артериальное давление стало быстро снижаться, однако у части населения оно осталось стойко повышенным. Таким образом, и это наблюдение показало ведущее значение психогенных факторов в возникновении гипертонической болезни. О роли психической травмы в этиологии гипертонической болезни сообщают в своих исследованиях В. М. Со-ломянский и С. А. Бурмистров. Исследователи приводят интересный фактический материал о повышении артериального давления у некоторых жителей Ашхабада во время землетрясения. Данные, полученные авторами, еще раз убедительно подтверждают роль и значение психической травмы как одной из ведущих причин гипертонической болезни.

Изложенное показывает закономерность попыток применить гипноз для лечения гипертонической болезни. В литературе нам удалось найти ряд работ, посвященных этой теме. Так, З. А. Родионова и Р. С. Аронина в 1955 г. сообщили о своем опыте лечения гипнозом больных гипертонической болезнью. Исследователи применили гипнотерапию у 21 больного, страдавшего медленно прогрессирующей формой гипертонической болезни, проявлявшейся кардиальной, кардио-церебральной и церебральной симптоматикой. Длительность лечения колебалась от 5 до 20 сеансов. Артериальное давление в гипнотическом сне снижалось уже через 15—20 минут на 10—30 мм Hg. У 17 больных артериальное давление стойко снизилось: систолическое — на 20—30 мм, диастолическое — на 50—70 мм Hg; только у 4 больных снизить артериальное давление не удалось. На основании своих наблюдений авторы пришли к правильному выводу о том, что гипнотерапия является патогенетическим видом лечения гипертонической болезни.

б П. И. Буль

Особенно важным мы считаем указание исследователей на преимущество гипнотерапии перед другими методами лечения. Гипнотерапия давала положительный эффект даже у тех больных, лечение которых другими методами оказывалось безрезультатным.

А. М. Ветцнер проводил лечение гипнозом 15 больных гипертонической болезнью. Автор получил хороший эффект у 10 больных и только у 5 результаты лечения оказались незначительными. А. М. Ветцнер рекомендует многочасовой (12—14 часов) гипнотический сеанс; более длительный (в течение 20 часов) гипнотический сон, по мнению указанного автора, давал некоторые нежелательные явления в виде неприятных ощущений со стороны сердца.

М. М. Желта'ков, Л. Д. Исаева и Ю. К. Скрипкин, проводя гипнотерапию ряда кожных заболеваний, одновременно изучали влияние гипнотического сна на артериальное давление. На основании измерения артериального давления в динамике у 82 больных исследователи пришли к заключению о нормализующем действии гипноза на сердечно-сосудистую систему. Исследователи сделали вывод, что артериальное давление у больных снижалось при погружении в гипноз, тем больше и быстрее, чем скорее наступал гипнотический сон и чем он был глубже и длительнее.

Гипнотерапию при гипертонической болезни с успехом применяли М. Я. Ходза (1954) и И. М. Виш (1957). Исследователи получили стойкое и значительное снижение артериального давления. Эти данные совпадают с нашими, полученными при гипнотерапии 100 больных бронхиальной астмой и 60 больных гипертонической болезнью. У больных бронхиальной астмой, как известно, артериальное давление закономерно бывает пониженным. Нормализующее действие гипнотического сна быстро приводило к повышению артериального давления этих больных до возрастной нормы. У больных гипертонической болезнью нормализующее действие гипноза сказывалось в стойком снижении артериального давления до возрастной нормы.

В других исследованиях мы убедились в том, что в гипнотическом сне под влиянием различных внушенных эмоций меняется ритм сердечных сокращений, а артериальное давление у одних больных падает, у дру-

гих повышается. Нас интересовал вопрос, можно ли прямым внушением в гипнозе изменить ритм и частоту пульса, на что указывали еще старые авторы (О. Вет-терстранд). У 5 из 20 хорошо гипнабельных больных нам удалось получить более редкий пульс в ответ на прямое внушение: «Ваше сердце начинает биться медленнее!» ^ одного больного нам удалось добиться урежения пульса с 92 ударов в минуту до 70, а у другой — со 112 ударов в минуту до 72.

Нужно отметить, что все 5 больных, у которых удалось прямым внушением изменить частоту пульса, имели особую склонность фиксировать внимание на своей сердечно-сосудистой деятельности. Эти наблюдения показывают возможность влияния на сердечно-сосудистую деятельность как прямого внушения, так и самовнушения, что может привести к ухудшению состояния некоторых больных.

В совместной работе с В. М. Коваленко мы изучили влияние гипнотического сна на частоту пульса у больных гипертиреозами, при которых в большинстве случаев наблюдается тахикардия. Учитывая, что у здоровых людей частота пульса при погружении в гипноз падает на 7—10 ударов в минуту, мы рассчитывали, что и у больных с повышенной функцией щитовидной железы мы получим также урежение пульса. Однако у первых же 10 больных с явлениями гипертиреоза мы получили не более редкий пульс, а учащение его на 10—12 ударов в минуту. Видимо, возникшее в гипнозе торможение коры больших полушарий вызвало перевозбуждение подкорки и вегетативных центров, усиливающих ритм сокращений сердца. Однако в дальнейшем путем специального внушения нам удалось получить начальное число сердечных сокращений, а через несколько сеансов приблизить пульс к норме. Достигнуть этого было особенно важно у больных, подготавливаемых к струмэктомии. Так, В. М. Коваленко путем внушения в гипнозе удалось подготовить к операции 5 больных, которые до этого неоднократно снимались с операционного стола ввиду выраженной тахикардии (пульс доходил до 200—240 ударов в минуту). После гипнотерапии эти больные были прооперированы проф. Е. Я. Драчинской при пульсе, не превышавшем 100 ударов в минуту. Гипнотерапевтическая подготовка

больных к струмэктомии заняла всего 7—8 дней (было проведено от 5 до 6 сеансов гипноза), в то время как при других способах лечения аналогичные больные находились в хирургической клинике по 2—4 месяца, так как из-за тахикардии операция откладывалась.

Возвращаясь к вопросу о повышении артериального давления, следует сказать, что наличие его у очень многих людей долгое время не дает каких-либо субъективных ощущений. Известно, что некоторые больные, страдающие начальными формами гипертонической болезни, впервые узнают о повышении артериального давления при случайном его измерении. Иногда врачи делают ошибку, говоря эмоционально окрашенным тоном: «Да, у Вас повышенное артериальное давление!». Больной начинает наблюдать за собой, советоваться с окружающими, читать специальную литературу по этому вопросу, и вскоре у него возникает ряд болезненных ощущений. Как только у больного появляется чувство страха, симптомы начинают нарастать и усиливаться.

Гипнотерапию гипертонической болезни мы начали применять с 1952 г. и до 1956 г. провели ее у 60 больных. Из них 40 находились на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, а 20 больных проходили лечение амбу-латорно в кабинете гипнотерапии при клинике. Все больные, пройдя курс гипнотерапии, в дальнейшем систематически (по вызову) являлись на обследование для получения катamnестических данных. У большинства больных отдаленные результаты лечения прослежены в течение 2—3 лет. Среди наших больных было 20 мужчин и 40 женщин.

По возрасту и длительности заболевания больные распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 25 больных, от 31 года до 40 лет — 22 больных, от 41 года до 50 лет — 8 и от 51 года до 60 лет — 5 больных.

Продолжительность заболевания у 20 больных была меньше 1 года, у 25 — болезнь длилась от 1 года до 10 лет, у 8 — от 11 до 20 лет и у 7 — от 21 года до 30 лет.

У 30 из 60 больных наблюдались проявления функционального расстройства нервной системы, а у 18 — симптомы стенокардии. Из сопутствующих заболеваний

у 5 больных была язвенная болезнь, у 6 — бронхиальная астма и у 3 — хронический холецистит. У 35 наших больных началу заболевания гипертонической болезнью предшествовал ряд тяжелых психических травм с длительными отрицательными эмоциями и продолжительным нервным напряжением. Для 15 больных диагноз гипертонической болезни явился полной неожиданностью, так как никаких болезненных ощущений они не испытывали и жаловались лишь на раздражительность, быструю утомляемость, бессонницу.

Для гипнотерапии направлялись те больные в ней-рогенной и переходной стадиях гипертонической болезни, у которых обычная медикаментозная терапия не давала удовлетворительного результата.

Показаниями для направления на гипнотерапию служили:

- 1) зависимость возникновения гипертонической болезни от психических травм, тяжелых переживаний, отрицательных эмоций;
- 2) наличие проявлений сопутствующего функционального расстройства нервной системы;
- 3) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, выявлявшаяся в процессе нашего обследования, и его желание лечиться гипнозом.

Всем больным, подвергавшимся гипнотерапии, регулярно измерялось артериальное давление и велось наблюдение за его динамикой до, во время проведения и после окончания лечения. Наши больные проходили также полное клиническое обследование (исследовалось глазное дно, проводилась электрокардиография, рентгеноскопия и другие исследования).

Из 60 больных 40 страдали неврогенной стадией гипертонической болезни, а у 20 наблюдалась переходная.

Сеансы гипнотерапии длились 30—40 минут и проводились через день. Вначале проводились индивидуальные, а затем коллективные сеансы гипнотерапии. Курс лечения составлял 30—40 сеансов.

По степени глубины гипнотического сна наши больные распределялись следующим образом: I степень его наблюдалась у 15 больных, II — у 20 и III — у 15; гипнотический сон не развился у 10 больных.

Из 60 больных 30, кроме гипнотерапии, получали еще и обычное медикаментозное лечение, а у 30 других

проводилась только гипнотерапия (все другие назначения были отменены). При проведении гипнотерапии 15 больным накладывались обычные грелки на область почек; остальные 45 таких тепловых процедур не получали. ¹ После общих внушений хорошего самочувствия мы переходили к специальным внушениям, которые должны были снять у больных чувство тревоги и заставить их забыть о тяжелых личных переживаниях.

В процессе лечения гипнозом у больных гипертонической болезнью наступало отчетливое снижение артериального давления, как систолического, так и диастолического.

Уже одно погружение в гипнотическое состояние еще до дачи соответствующих лечебных внушений вызвало у 15 больных падение артериального давления: на 7—25 мм Hg — систолического и на 10—15 мм — диастолического. У 10 человек погружение в гипнотическое состояние не изменило артериального давления, а у 5 других оно в начале сеанса даже несколько поднималось (на 5—7 мм Hg) и только к концу сеанса падало (на 10—15 мм Hg). Артериальное давление вообще снижалось тем больше, чем был глубже и быстрее наступал гипнотический сон. Увеличивая длительность гипнотических сеансов можно было вызвать более выраженное падение артериального давления. Таким образом, одно лишь погружение в гипнотическое состояние действовало нормализующим образом на артериальное давление больного. Внушая больному чувство покоя и другие положительные эмоции, удавалось еще на 5—10 мм Hg понизить артериальное давление и приблизить его к возрастной норме. У всех наших больных исследовалось, кроме артериального давления, глазное дно, как до лечения, так и после курса гипнотерапии; больные подвергались также рентгенологическому обследованию, у них исследовались кровь и моча. Мы исследовали у больных состояние капилляров (производились микрофотограммы капилляров) и убедились в том, что во время сеанса гипноза у больных гипертонической болезнью возникает расширение капилляров. Интересно отметить, что при пониженном артериальном

¹ Грелки накладывались нами в связи с имеющимися в литературе указаниями на то, что прогревание почек способствует снижению артериального давления.

давлении (гипотония), которое часто наблюдается у больных бронхиальной астмой, в гипнозе, наоборот, наступал спазм капилляров и возникало повышение артериального давления. Эти наши наблюдения подтверждаются также исследованиями А. И. Картамышева.

Внушая в гипнотическом сне отрицательные эмоции, мы также получили у больных гипертонической болезнью спазм капилляров и повышение артериального давления. Внушение положительных эмоций либо не отражалось на состоянии капилляров и артериального давления, либо лишь незначительно снижало его. Внушение чувства страха вызывало резкий спазм капилляров и значительное повышение артериального давления. В начале лечения, после пробуждения, артериальное давление, как правило, начинало снова повышаться и только после 5—8 сеансов оставалось более стойко пониженным по сравнению с исходными цифрами.

После 5—10 сеансов отмечалось улучшение общего состояния наших больных — исчезали бессонница, головные боли, тяжесть в затылке, головокружение, тошнота. Настроение становилось жизнерадостным, устранилось чувство тревоги за состояние своего здоровья, исчезала слезливость.

Анализируя полученные лечебные результаты, нужно отметить, что лучших показателей эффективности мы добились у больных первой группы (комплексное лечение), у больных второй группы эффект был несколько слабее. (Сравнительные данные приведены в табл. 5),

Таблица 5

Сравнительная оценка результатов лечения комплексной терапией (медикаменты и гипноз) и гипнотерапии

Способ лечения	Количество больных	Результаты лечения		
		ремиссия	улучшение без эффекта	
Комплексная терапия	30 30	18 15	5 5	7 10
Гипнотерапия	30 30	18 15	5 5	7 10

Механизм терапевтического действия гипнотерапии у больных гипертонической болезнью остается нам еще недостаточно ясным. По-видимому, при иррадиации ги-

М

пнотического торможения достаточной интенсивности гасятся «очаги застойного возбуждения» в коре головного мозга и нормализуется ее деятельность. Фактором же, вызывающим расстройство высшей нервной деятельности у гипертоников, часто являются, как теперь установлено, многочисленные психические травмы и отрицательные эмоции. Неоднократно погружая больного в гипнотическое состояние, мы добиваемся выработки новых условных рефлексов и тормозим или гасим старые, прочно закрепившиеся условные патологические связи.

Следует подчеркнуть, что, достигнув с помощью гипнотерапии первоначального снижения артериального давления, нельзя прекращать курс лечения, так как выработанные новые условные связи еще непрочны и только длительным последующим лечением можно закрепить достигнутые положительные результаты. Практически следует после массированного курса в 25—30 сеансов гипнотерапии, проводимых через день, постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2—3 дня, затем дней через 5, затем через 7, а потом и 10 дней.

Следует подчеркнуть, что гипнотерапия дает эффект даже у тех больных, которым обычная медикаментозная терапия не помогает.

В результате применения большого количества сеансов гипнотерапии и воздействия внушением нами получены следующие результаты.

1. Из 60 больных стойкая и длительная ремиссия получена у 33 человек, из которых 20 вернулись к труду (у 15 человек ремиссия прослежена нами от I 'г ДО 2 лет; у 1J человек — от 1 года до 1½ лет и у 7—от У₂ до 1 года).

2. Значительного улучшения состояния удалось добиться у 10 человек. Больные этой группы избавились от тошноты и головокружений, у них также снизилось артериальное давление, приближаясь к возрастной норме, но не достигнув ее. Больные вернулись к трудовой деятельности.

3. Только у 17 из 60 больных не получено эффекта от применения гипнотерапии. Следует отметить, что больные этой группы оказались мало внушаемыми, кроме того, некоторые из них были недостаточно ди-88

сциплинированы (имели место пропуски сеансов гипнотерапии по вине больных).
 Зависимость эффективности гипнотерапии от количества проведенных сеансов выступает в наших исследованиях достаточно отчетливо (табл. 6).

Таблица 6

Эффективность гипнотерапии у больных гипертонической болезнью в зависимости от количества сеансов гипноза

Количество сеансов	Результаты лечения		
	ремиссия	улучшени е	без- эффекта
40 30 20 10	20 6 4 3	6 3 2	1 3 5 8
Итого. .	33	10'	17

При лечении больных гипертонической болезнью не столь важна была глубина гипнотического сна и продолжительность его, сколько общее количество сеансов гипнотерапии. Это обусловлено общей физиологической закономерностью о прочности образования условного рефлекса в зависимости от количества проведенных сочетаний.

Однако очень часто сеансы гипнотерапии проводить не рекомендуется, так как известно, что при слишком частом повторении условный рефлекс постепенно начинает угасать и в конце концов может совершенно исчезнуть. Установлено, что скорость торможения условного рефлекса зависит от частоты повторений и типа высшей нервной деятельности испытуемого. В свете этих наблюдений рекомендуется проведение лечебных гипнотических сеансов не чаще чем через день. Кроме того, и глубина гипнотического сна также подчинена условно-рефлекторному механизму, а потому начинает падать при слишком частом (несколько раз в день, ежедневно) его проведении. Однако общее количество не слишком часто повторяемых сеансов должно оставаться по возможности наибольшим.

Показателями эффективности гипнотерапии для нас служили:

- 1) степень падения артериального давления и стойкость наступившего эффекта;
- 2) регресс патологических изменений сосудов глазного дна;
- 3) длительность улучшения общего состояния больного.

Учитывались также отзывы самих больных о результатах проведенного лечения.

Следует отметить, что для достижения стойкого снижения артериального давления у больных гипертонической болезнью нам требовалось значительно большее количество сеансов гипнотерапии, чем при лечении других заболеваний.

Длительность лечения обеспечивалась тем, что больные и после выписки из стационара продолжали амбу-латорно еще некоторое время посещать кабинет гипнотерапии.

Катамнестическое наблюдение за больными, продолжалось и после выписки их из клиники в течение 1 года •— 2 лет.

В качестве иллюстрации приведем краткую выписку из истории болезни.

Больная Д-на З. Б., 58 лет, служащая. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь (переходная стадия): незрелая. Впервые повышение артериального давления (240/110) было обнаружено в 1925 г. Появились головокружения, пульсации в висках, тошнота, стала возникать головная боль в затылочной области К тому же периоду относится повышенная раздражительность, слезливость, сердцебиения и боли в области сердца. Больная неоднократно, но без положительного результата находилась на излечении в различных стационарах. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых психических травм. За последние 3 года головные боли приняли упорный характер, усилилась тошнота и боли в сердце, появилась рвота и чувство удушья. Состояние прогрессивно ухудшалось — сначала после развода с мужем, а потом в связи с гибелью второго мужа на фронте. Поступила 2/Ш 1954 г. на стационарное лечение в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им акад. И. П. Павлова. В клинике состояние не улучшалось, несмотря на активную медикаментозную терапию, и больная была направлена 25/111 1954 г. на гипнотерапию. Объективно: больная среднего роста, правильного сложения Подкожножировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа чистые, бледные. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, напряженный Перкуторно границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены. Умеренно выраженный функцио-

90

/

нальный систолический шум на верхушке сердца. Артериальное давление — 220/120 мм Нг. Дыхательная, пищеварительная, мочеполовая системы без особенностей. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Вазомоторная лабильность, эмоциональная неустойчивость. Внушаемость резко повышена (3 и 4-й приемы на внушаемость отчетливо положительны). Клиническое исследование крови: эритроцитов — 4 030 000; гемоглобин — 75%; цветовой показатель 0,9; лейкоцитов — 6800 (эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 77%, лимфоциты — 16%, моноциты — 2%). РОЭ — 7 мм в час. Анализ мочи: цвет — соломенно-желтый; удельный вес — 1010; белок — следы; реакция — кислая; лейкоциты — 3—5—8 в поле зрения; эритроцитов — нет; цилиндров гиалиновых — нет; эпителий цилиндрический — 0—1—3 в поле зрения, эпителий плоский — 1—3 в поле зрения; слизь в значительном количестве. Реакция Вассермана в крови отрицательная. ЭКГ — гипертрофия левого желудочка, умеренно выраженная. Рентгеноскопия органов грудной полости — умеренно выраженная эмфизема легочных полей, Le^{\wedge} точный и корневой рисунок без особенностей. Сердце умеренно гипертрофировано за счет левого желудочка. Сокращения сердца укороченной амплитуды. Аорта равномерно расширена, развернута, несколько уплотнена. Исследование глазного дна: выраженная ангиопатия сосудов сетчатки.

Проведено 20 сеансов гипнотерапии. После 5-го сеанса артериальное давление упало до 200/95, а после 15-го снизилось до 160/90 мм Нг и продолжало стойко удерживаться на этой цифре. Наряду со снижением артериального давления улучшилось общее самочувствие, исчезли головокружения, гошнота, рвота и головные боли. Появился аппетит, нормальный ночной сон. Улучшилось настроение, исчезла слезливость. Больная выписана в хорошем состоянии. Отдаленные результаты поослежены в течение 2 лет. Артериальное давление остается на цифрах 150/80 мм Нг. Больная начала работать. Состояние ее остается вполне удовлетворительным.

Выводы

1. Гипнотерапия при лечении больных гипертонической болезнью является физиологически обоснованным методом лечения и оправдывает себя.
2. Гипнотерапия дает достаточный эффект даже у тех больных, которым не помогает обычное медикаментозное лечение. (Из 60 больных стойкая ремиссия получена у 33 человек, а улучшение — у 10 человек; положительный эффект от применения гипнотерапии не был получен у 17 больных).
3. Погружение больных гипертонической болезнью в гипнотический сон приводит к снижению артериального давления. Внушение в гипнотическом сне отрицательных эмоций вызывает подъем артериального давле-

ния. Внушение положительных эмоций не изменяет артериального давления или вызывает лишь незначительное его снижение. Погружение в гипнотический сон больных этой группы давало обнаруживаемое при капилляроскопии расширение капилляров, в то время как у больных язвенной болезнью и бронхиальной астмой выявлялся спазм кожных капилляров и некоторое повышение артериального давления. 4. При лечении больных гипертонической болезнью следует проводить длительный (30—40 сеансов) курс лечения, избегая слишком частых сеансов.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Язвенная болезнь, описанная впервые примерно 125 лет назад, продолжает привлекать к себе, особенно в послевоенные годы, внимание клиницистов, и вопросам этиологии и патогенеза ее посвящено немало научных исследований. М. В. Черноруцкий и И. М. Рыбинский отмечают, что после первой и второй мировых войн увеличилось число случаев язвенной болезни по сравнению с довоенными годами. Если в мирное время язвенной болезнью страдали от 5 до 13% всех терапевтических больных, то во время второй мировой войны с ее ужасами и психическими травмами число таких больных увеличилось, например, в Англии уже до 20%. Увеличение числа больных шло как за счет обострения старых заболеваний, так и за счет появления новых. Многие клиницисты наряду с увеличением числа больных отмечают и резкое усиление проявлений заболевания — нарастание интенсивности болей, изжоги, отрыжки, повысилась кислотность желудочного сока, участились рвоты и длительные спазмы выходной части желудка. Отмечается удлинение обострений во времени и укорочение периода ремиссий. Во время военных лет участились осложнения в виде кровотечений, прободений, рубцовых сужений просвета желудка. Бросается также в глаза безуспешность лечения.

М. В. Черноруцкий, изучавший этиологию и патогенез язвенной болезни во время Великой Отечественной войны, указывает, что у $\frac{9}{10}$ больных отмечается влияние психической травматизации на развитие страдания. Данные Б. М. Прозоровского, В. И. Созонтова,

Н. Д. Стражеско и многих других исследователей свидетельствуют о той значительной, часто решающей, роли, которую играет психическая травма в этиологии язвенной болезни. По данным А. С. Айви, в период, когда немцы начали бомбить Лондон, среди его жителей резко возросло число перфораций и кровотечений у лиц, страдавших язвенной болезнью. Как только немцы перестали производить массированные воздушные налеты на Лондон и перенесли их на другие промышленные города Англии, в Лондоне резко снизилось число осложнений язвенной болезни, но зато значительно возросло в городах, подвергавшихся нападениям с воздуха. Эти факты показывают значение отрицательных эмоций в развитии и течении язвенной болезни.

И. П. Павлов и его ученики, а также В. М. Бехтерев с сотрудниками установили твердую зависимость возникновения и развития нарушения деятельности желудка, печени, кишечника и других органов от изменений функционального состояния коры головного мозга. В лабораториях К. М. Быкова были получены важные данные на собаках, указывающие, что при столкновении пищевого и оборонительного рефлексов у некоторых животных сначала возникают резкие функциональные расстройства секреторной деятельности желудка (особенно на малой кривизне его), а через 1—2 месяца появляются и органические повреждения стенок в виде хронических, долго не рубцующихся язв. Эти нарушения носят хронический характер, несмотря на то, что причина, вызвавшая заболевание, действовала короткое время. Только нормализация высшей нервной деятельности подопытных животных, приводит к восстановлению нарушенных функций желудка и других органов.

В нашей работе мы руководствуемся теорией этиологии и патогенеза язвенной болезни, созданной К. М. Быковым и И. Т. Курциным, и рассматриваем это заболевание как проявление кортико-висцеральной патологии. Согласно этой теории механизм возникновения и развития язвенной болезни рисуется в следующем виде.

Кора больших полушарий постоянно производит анализ и синтез раздражений, падающих на организм из внешней среды и возникающих внутри организма. При нормальных физиологических условиях деятельное

состояние коры головного мозга тормозит деятельность подкорковых центров. При перенапряжении корковой деятельности и истощении клеток больших полушарий происходит высвобождение подкорковых центров из-под тормозящего влияния коры, и вслед за этим наступает хаотическая деятельность подкорки. Повышенная возбудимость подкорковых центров может привести к развитию самых разнообразных болезненных явлений: длительному сокращению мускулатуры кровеносных сосудов внутренних органов, расстройству секреторной и двигательной функции желудочно-кишечного тракта, нарушению функций желез внутренней секреции, развитию болезненных процессов в тканях внутренних органов (К. М. Быков и И. Т. Курцин). К таким болезненным явлениям чаще всего ведет сильное эмоциональное возбуждение, превышающее пределы работоспособности клеток мозговой коры. Подобное же состояние вызывается также и слабыми внешними раздражениями, если в этот период нервные клетки коры головного мозга оказались почему-либо ослабленными предшествовавшими вредностями как экзогенного, так и эндогенного порядка. В возникновении указанных нарушений несомненна роль раздражений, провоцирующих постоянное напряжение тормозных процессов в коре головного мозга, как-то: сильных аффектов, длительно действующих отрицательных эмоций, таких как постоянный страх, большое горе, сильный испуг и т. д.

«Таким образом, в результате нарушения нормального течения процессов возбуждения и торможения в высшем регуляторном органе — коре больших полушарий головного мозга и возникновения в связи с этим нарушений в нормальных физиологических взаимоотношениях между корой мозга и подкорковыми центрами, в первую очередь центрами таламо-гипоталамической области, в организме наступает развитие явлений язвенной болезни».¹

Длительно действующие центробежные импульсы, вызывающие сокращение мускулатуры кровеносных сосудов и стенки желудка, при пониженной сопротивляемости его слизистой оболочки к переваривающему дей-

¹ И. Т. Курцин. Язвенная болезнь в свете учения И. П. Паз-лова. Стенограмма лекции, Л., 1953, стр. 24.

ствию гиперацидного желудочного сока, приводят в конце концов к возникновению язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Последующее развитие язвенной болезни зависит как от непрекращающегося действия указанных факторов, так и от возникновения потока центростремительных патологических импульсов от интерорецепторов пораженного органа. Таким образом, возникает вновь созданная патологическая связь коры головного мозга с больным органом, в принципе подобная механизму образования и укрепления условного рефлекса.

Создается «порочный круг» возникновения и подкрепления возникающего «патологического рефлекса». Поскольку язвенная болезнь не является заболеванием только одного желудка, а представляет собой заболевание всего организма, постольку закономерны сдвиги в рефлекторных реакциях и нарушения водного, жирового, углеводного, ферментативного, гормонального и общего обмена веществ, наблюдаемых при этой болезни. По мнению И. Т. Курцина, преобладание симптомов болезни со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки, по-видимому, связано с предшествовавшей травматизацией этих органов у данного человека.

В настоящее время кортико-висцеральная теория этиологии и патогенеза язвенной болезни поддерживается видными клиницистами: М. В. Черноруцким, Н. Д. Стражеско, В. М. Коган-Ясным, А. Л. Мясниковым, Б. К. Кушелевским и др.

В основе терапии больных, у которых обнаружена язвенная болезнь, должно лежать создание обстановки, способствующей усилению охранительного торможения в коре головного мозга и создающей нормальные взаимоотношения между кореш головного мозга и внутренними органами. Кортико-висцеральная теория язвенной болезни подтверждена практикой многих клиницистов в нашей стране, применявших «сонную терапию» и добившихся большого процента выздоровлений при таком лечении (Ф. А. Андреев, М. В. Черноруцкий, А. А. Вишневский и др.).

Однако наряду с несомненными успехами лечения язвенной болезни с помощью медикаментозного сна не следует забывать о крайне нежелательных побочных явлениях интоксикации, возникающей даже тогда, когда

этот метод применяется с большим умением и осторожностью. Анализируя кортико-висцеральную теорию патогенеза язвенной болезни, мы пришли к выводу о целесообразности использовать гипноз для лечения данного страдания. В ряде случаев этот метод дал, по нашим наблюдениям, хороший лечебный эффект как в сочетании с обычной терапией, так и в «чистом виде».

Следует помнить, что само по себе гипнотическое состояние у ряда больных ведет к спазму периферических сосудов и викарному расширению сосудов внутренних органов, в том числе желудка. В работах А. И. Кар-тамышева у больных кожными заболеваниями это положение было подтверждено капилляроскопическими исследованиями. А. И. Картамышев прямо говорит об «адреналиноподобном» действии гипноза. Наши капилляроскопические исследования больных бронхиальной астмой и язвенной болезнью также показали сосудосуживающее действие гипноза на поверхностные сосуды. Если вспомнить, что одним из важных патогенетических факторов в этиологии язвенной болезни является спазм сосудов слизистой желудка, то станет понятным благотворное действие гипнотического сна при этом заболевании. Наконец, известно, что хирургические операции на коже под гипнозом весьма бескровны, что также иллюстрирует высказанное соображение. Гипнотический сон нормализует желудочную секрецию, повышает аппетит и действует болеутоляюще, что также дает основание рекомендовать эту методику при язвенной болезни.

Безвредность гипнотического состояния, которое по учению И. П. Павлова и В. М. Бехтерева является аналогом обычного сна, доказана. Одно это обстоятельство дает нам право усиленно рекомендовать гипнотерапию для лечения некоторых язвенных больных. М. К. Петрова в опытах по применению наркотического и сонного гипнотического торможения при экспериментальных неврозах у собак показала, что гипнотический сон дает более глубокие и положительные сдвиги, чем сон наркотический.

М. К. Петрова пишет, что этот метод является самым эффективным терапевтическим мероприятием из всех примененных ею на больных животных в течение многих лет, при этом она отмечает, что чем глубже был сон,

тем скорее наступало восстановление нарушенного равновесия и исчезали кожные дистрофии. Гипнотерапия больных язвенной болезнью проводилась Н. С. Молчановым (1952), который лечил больных язвенной болезнью как медикаментозным, так и гипнотическим сном. Гипнотический сон был применен у 26 больных язвенной болезнью, и значительное улучшение было получено у 22 больных, у 3 больных улучшение было выражено меньше и только у 1 больного лечение этим методом результатов не дало. Сопоставляя результаты лечения различными методами (прерывистый лекарственный сон, длительный лекарственный сон, удлинённый физиологический сон, гипнотический сон и гипнотический сон в комбинации со снотворными), Н. С. Молчанов пришел к заключению о преимуществе гипнотического сна в сочетании с малыми дозами снотворных. Отдаленных результатов лечения гипнотическим сном автор не представил. Эти исследования Н. С. Молчанова представляют большой интерес, так как в них приводятся сравнительные данные об эффективности различных методов лечения.

С большим успехом применял гипнотерапию при язвенной болезни С. Н. Синельников. Под наблюдением автора находилось 65 больных язвенной болезнью в стадии обострения. Проводилась в течение 20 дней коллективная гипнотерапия без применения снотворных средств. Продолжительность гипнотического сна-отдыха составляла 15—17 часов в сутки. Полученные С. Н. Синельниковым результаты следует признать весьма благоприятными. По данным исследователя, интенсивность болей, повышенная кислотность желудочного содержимого, рвоты и другие диспептические явления быстро уменьшились. У 56 человек из 65 рентгенологически до лечения была установлена «ниша». После проведенного лечения гипнозом симптом «ниши» исчез у 35 человек. Лечение проводилось при расширенной диете. За время лечения больные значительно прибавили в весе (в среднем на 3—4 кг). Эти данные С. Н. Синельникова представляют большой интерес и показывают значительную эффективность гипнотерапии при язвенной болезни,

В 1933 г. К- И. Платонов и Н. М. Безчинская провели специальное рентгенологическое исследование для

Т П, И. Буль

выявления влияния на функцию желудка различных эмоций (радости, тоски, ужаса, энтузиазма), внушенных в гипнозе. Исследованию подвергались 10 клинически здоровых людей. Авторы указывают, что желудок реагирует на внушаемые состояния в общем однотипно. При погружении в гипнотический сон наблюдалось резкое снижение тонуса желудочной мускулатуры, низкое расположение его и минимальная перистальтика. Внушение чувства радости вызывало повышение тонуса мускулатуры, резкий подъем желудка, энергичную эвакуацию содержимого. На внушение чувства страха желудок реагировал бурно: подтягивался вверх, перистальтика в одних случаях резко усиливалась, в других — прекращалась. Внушение чувства сытости давало расширение желудка, замедление перистальтики. Чувство голода, наоборот, вызывало резкую перистальтику, тонус желудка повышался, наблюдался подъем желудка вверх. К. И. Платонов изучал также изменение состава желудочного сока в гипнотическом сне под влиянием внушенных положительных и отрицательных эмоций. Внушенные положительные эмоции нормализуют состав желудочного сока, отрицательные — ухудшают вплоть до полного исчезновения свободной соляной кислоты из желудочного содержимого. Эти исследования хотя и не имеют непосредственного отношения к язвенной болезни, но дают представление о влиянии гипнотического сна и внушенных эмоций на функцию желудка.

А. И. Белкин (1956) привел интересные данные о влиянии внушенных в гипнозе эмоций на больного с искусственным пищеводом — петлей тонкой кишки, выведенной в подкожную клетчатку. Это давало возможность регистрировать малейшие перистальтические движения этой кишки. Исследователь показал, что при сочетании конкретного внушения со слабым безусловным раздражителем возникают интенсивные перистальтические сокращения петли тонкой кишки. А. И. Белкин подтвердил данные И. П. Павлова о том, что положительные эмоции повышают тонус желудка, а отрицательные — снижают.

Ю. М. Левин в исследовании, проведенном совместно с С. С. Юдиным во время операции построения искусственного пищевода, имел возможность проверить, пре-

кратит ли сделанная ваготомия секреторную реакцию на гипнотическое внушение приема пищи и условнорефлекторное воздействие. Полученные данные показали, что вызванное внушением повышение секреции желудочного сока можно было наблюдать как до перерезки, так и после перерезки блуждающих нервов. По мнению Ю. М. Левина, данное наблюдение позволяет предположить, что влияние второй сигнальной системы может осуществляться и при выключении вагуса; этим можно объяснить механизм влияния словесного внушения при некоторых желудочных заболеваниях.

В 1954 г. нами совместно с И. Н. Преображенской также были предприняты рентгенологические исследования для изучения влияния второй сигнальной системы на форму и положение желудка под влиянием внушения в гипнозе ощущений сытости и голода, рвоты и отрицательных эмоций. Наши исследования были предприняты для доказательства возможности влиять на желудок и его функцию путем внушения в гипнотическом сне. Это необходимо было доказать для обоснования возможности применить гипнотерапию при язвенной болезни. Объектами нашего исследования явились 10 больных в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на излечении в госпитальной терапевтической клинике 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Все исследуемые не предъявляли жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта и лечились в клинике по поводу других заболеваний (чаще всего органов дыхания). Основным методом, применявшимся для их лечения, было внушение в гипнозе.

Больные (8 женщин и 2 мужчин) распределялись по возрастам следующим образом: от 21 года до 30 лет — 4 человека; от 31 года до 40 лет — 2 человека; от 41 года до 50 лет — 3 человека; от 51 года до 60 лет — 1 человек.

Методика исследования заключалась в рентгенологическом исследовании желудка больных, погруженных в глубокий гипнотический сон в положении стоя. До погружения в сон желудок исследовался лишь в единичных случаях, так как чаще всего контрастное вещество принималось исследуемым, уже находившимся в состоянии гипноза. При этом больным внушались последовательно, каждые 5 минут, чувство голода, сытости,

тошноты, т. е. те состояния, которые, как нам казалось, в первую очередь должны были вызвать реакцию со стороны органов пищеварения и, в частности, повлиять на форму и положение желудка.

Внушение каждого из этих состояний сопровождалось указанием на необходимость периодической задержки дыхания (для исключения влияния диафрагмы на положение желудка) и рентгенографией, а также рентгеноскопией.

В некоторых случаях больные исследовались дважды. Повторное исследование производилось для контроля: в этих случаях больные находились в состоянии гипноза, снимки делались также через равные промежутки времени, но без указанных выше предварительных внушений.

Сравнение данных, полученных в результате первого и второго исследований, давало возможность выявить разницу в форме желудка одного и того же обследуемого при одинаковой степени эвакуации контрастного вещества (т. е. при прочих равных условиях), но то в спокойном состоянии, то при внушении определенных ощущений.

Полученные рентгенограммы подвергались обычному рентгенологическому анализу и измерениям.

Для суждения о скелетотопии желудка и изменении его положения измерялось расстояние от верхнего края V (при более высоком положении желудка — IV или III) поясничного позвонка до нижнего полюса желудка. Измерялось также расстояние между боковыми контурами желудка в поперечном направлении.

Описывая результаты наших наблюдений, мы остановимся на одном примере.

Исследуемая В., 30 лет, поступила на лечение в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 9/X 1953 г. с диагнозом бронхиальная астма; бронхоэктатическая болезнь; хроническая эмфизема легких; хронический бронхит. Больна с 1943 г. Заболеванию предшествовало длительное переохлаждение во фронтовых условиях, а также ряд тяжелых психических переживаний, связанных с эмоцией страха. Заболевание протекало тяжело, приступы удушья наблюдались по нескольку раз в день. Обострения наступали в связи с похолоданием (зимой). Последнее обострение больная связывает со смертью отца. Объективные данные: больная среднего роста, правильного сложения. Кожа и видимые слизистые розового цвета, несколько цианотичны. Подкожножировой слой выражен избыточно. Пульс —: 78 ударов

в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не расширены. Тоны сердца чистые, слегка приглушены. Шумов и акцента нет. Артериальное давление — 110/60 мм Нг. Число дыханий 27 в минуту, затрудненное, особенно выдох. Границы легких несколько расширены. Перкуторно над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность легочных краев — 2 см. При выслушивании в легких много сухих, свистящих хрипов. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицателен. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Нервная система: симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено: дермографизм красный, стойкий, разлитой, дрожание вытянутых рук, век, языка; эмоциональная неустойчивость; резко повышенная внушаемость (пробы 2 и 3-я на внушаемость положительные)'.
Кровь: эритроцитов — 3 780 000; гемоглобин — 67%, цветовой показатель — 0,9; лейкоцитов — 5600 (эозинофилов — 1%, палочкоядерных — 2%, сегментоядерных — 61%, лимфоцитов — 32%, моноцитов — 4%), РОЭ — 18 мм в час. Анализы мокроты и мочи без особенностей. Рентгеноскопия органов грудной полости: оба купола диафрагмы стоят на X ребре, подвижность их резко ограничена. Повышена прозрачность легочных полей. Обызвествленный очаг в правом легочном поле. Сердце несколько увеличено за счет левого желудочка. Аорта в норме. Гипнотерапия бронхиальной астмы весьма эффективна. Ремиссия после первого курса в 1951 г. длилась 2 года. При поступлении в клинику больная сама настаивала на повторном применении гипнотерапии. Ввиду хорошей гип-набильности больная приглашена участвовать в исследовании желудка, на что охотно согласилась. Как в бодром состоянии, так и в глубоком гипнотическом сне желудок данной исследуемой, как это видно на рентгенограмме, имеет форму крючка; расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка равно 7 см; расстояние между боковыми контурами желудка — 8,8 см (рис. 15).

На рентгенограмме, сделанной при внушении исследуемой чувства голода, видно, что расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка уменьшается до 6 см; основание газового пузыря несколько увеличивается, расстояние между боковыми контурами желудка не меняется (рис. 16).

При внушении чувства сытости положение желудка снова меняется: расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка равно 8,5 см, расстояние же между боковыми контурами желудка уменьшается до 7,5 см (рис. 17).

Наконец, в момент вкушения чувства тошноты в верхних отделах желудка увеличивается количество контрастного вещества, расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка вновь увеличивается до 8,3 см, расстояние между боковыми контурами органа — 8 см; газовый пузырь — с широким основанием (рис. 18).

Таким образом, как показывает эта серия снимков, форма и положение желудка меняются при внушении исследуемой различных

101

ощущений. При чувстве голода увеличивается основание газового пузыря, нижний полюс желудка поднимается на 1 см по сравнению с его положением в спокойном состоянии. Этот же полюс



Рис. 15. Рентгенограмма желудка больной В-й А. А., находящейся в глубоком гипнотическом состоянии. Никаких внушений больной не сделано. На рентгенограмме при тугом заполнении хорошо виден желудок в форме нормотонического крючка.

значительно опускается при внушении чувства сытости (на 1,5 см по сравнению с положением при ощущении внушенного голода и на 0,5 см по сравнению с состоянием спокойного сна). При ощущении чувства тошноты снова расширяется основание газового пузыря, нижний полюс желудка немного поднимается (на 0,2 см). Размер

102

i

между боковыми контурами желудка уменьшается более значительно при внушении чувства сытости (на 1,3 см} и менее — **при** ощущении тошноты (на 0,8 см},



Рис. 16. Рентгенограмма желудка той же больной, сделанная через 3 минуты после внушения ей, что она очень голодна. Больная продолжает оставаться в гипнозе. На рентгенограмме отчетливо видно подтягивание желудка вверх (расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка уменьшилось).

Данные, полученные при рентгеноскопии, также показали перемещение желудка при внушении различных ощущений изменение формы его газового пузыря и антиперистальтическую волну в момент внушения чувства тошноты.

Необходимо отметить, что внушение того или иного ощущения всегда сопровождалось и общей реакцией: при чувстве голода повышалось слюноотделение, уча-



Рис. 17. Рентгенограмма желудка той же больной после внушения, что она сытно поела. Больная продолжает оставаться в гипнозе. На рентгенограмме видно, как опустился нижний полюс желудка и изменилась его форма.

щались глотательные движения, а при внушении сытости эти явления исчезали; внушение же чувства тошноты нередко вызывало позывы к рвоте.

Анализируя полученные нами данные, можно отметить, что во всех проведенных нами исследованиях при внушении ощущения голода, сытости и тошноты форма

и положение желудка заметно изменялись. При внушении чувства голода желудок поднимался вверх (на 0,3—• 2,3 см); иногда к тому же намечались рентгенологи-



Рис. 18. Рентгенограмма желудка той же больной, находящейся в гипнозе, после внушения ей, что она съела недоброкачественную пищу и у нее развивается акт рвоты. На рентгенограмме видно закрытие сфинктера и скопление контрастного вещества в верхнем отделе желудка, начало волны обратной перистальтики.

чески заметный sphincter antri, расслабленный пилори-ческий сфинктер и расширение основания газового пузыря в области свода. Это объясняется сокращением

мускулатуры желудка, что характерно и для естественно возникшего чувства голода.

При внушении ощущения сытости желудок опускался и растягивался, а газовый пузырь в области свода приобретал форму груши.

Получалось впечатление, что орган переполнен, хотя это чувство переполнения было лишь внушенным, а не вызванным действительным его переполнением.

Пилорический сфинктер чаще бывал сокращен.

Наконец, внушение чувства тошноты сопровождалось также явлениями, типичными и для естественно возникшего чувства тошноты; желудок снова поднимался вверх (иногда на 2—3 см), наблюдалась волна антиперистальтики, перемещавшая контрастное вещество в верхние его отделы (рис. 18). На таблице 7 представлены изменения, полученные в аналогичных исследованиях у 9 других наших больных.

Таблица 7

Рентгенографические изменения желудка под влиянием внушений в гипнозе

больные	Расстояние от верхнего края V поясничного позвонка до нижнего полюса желудка (в см)				Расстояние между боковыми контурами желудка (в см)				
	до внушения	в гипнозе при внушении			до внушения	в гипнозе при внушении			
		чувство голода	чувство сытости	чувство тошнот		чувство голода	чувство сытости	чувство тошнот	
Д-в Н. П. . .	5,5	5,2	5,8	5,2	7,3	7,3	7,5		
В-ва А. А.	7	6	8,5	8,3	8,8	8,8	7,5		
. Д-в К. С.	58	4,9	5,5	2,5	7,5	9	7,0	7,5	7,3
. . Ф-ва Н.	8,5	6,5	7,8	7	7,4	8,5	8,5		8
И. . . В-на	7	5,8	7,8	5	11,0	7	5,8		6,5
Е. И. . . С-ва К. С. . .	8,3	6	8,7	6,8	11,2	9	10,5		6,5
К-ва С. Н. . .	8,2	5,9	7,7	5,7	8,8	10	8,8		8,4
. Г-к Н. А. . .	8,4	6,3	5,8	6,9	7,0	8,3	6,8		9,8
. С-ва А. И.	5,6	5,4		5,3		6,8			7,5
.									6,6 *

Необходимо подчеркнуть, что в реакции желудка на однотипные внушения у всех исследованных лиц можно отметить не только эти общие черты, но и некоторые различия, показывающие индивидуальные особенности исследуемых. Так, например, у одних лиц наблюдалось

более резкое изменение в положении желудка, у других эта реакция оказалась несколько вялой; у некоторых исследованных при внушении чувства сытости после предшествовавшего голода желудок настолько растягивался, что становился не только больше того, каким он был за 5 минут до внушения (т. е. в момент ощущения чувства голода), но и превышал размеры, характерные для состояния спокойного сна; у других больных размеры желудка при тех же условиях превышали лишь размеры его при ощущении голода, но не достигали величины органа в спокойном состоянии и т. д.

Влияния возрастных особенностей на реакции желудка при словесном внушении отметить не удалось.

Изменение положения желудка в наших исследованиях является результатом действия внушения, а не простым следствием эвакуации его содержимого.

Чтобы доказать это и исключить элемент случайности, исследования производились дважды у одного и того же испытуемого. Повторные исследования с рентгенографией через равные промежутки времени являлись контрольными. Первое исследование проводилось у больного, находящегося в гипнотическом сне после соответствующих внушений. Второе исследование проводилось у того же больного в гипнозе, но при полном покое, без всяких внушений, через те же интервалы времени. Анализ и сравнение рентгенограмм, полученных при этих исследованиях, со всей очевидностью показывают, что изменения формы и положения желудка возникали только после специальных внушений (см. рис. 15, 16, 17 и 18). Так, например, при внушении чувства голода и тошноты желудок исследуемой В. проявил живую реакцию, которая отсутствовала в состоянии спокойного гипнотического сна.

Полученные нами данные подтвердили то основное положение, что слово как физиологический фактор является сильным раздражителем, который может, действуя через кору головного мозга, изменить форму и положение желудка.

Применение гипнотерапии у больных язвенной болезнью мы совместно с П. К. Булатовым начали с 1952 г. Всего за истекший период под нашим наблюдением было 50 больных язвенной болезнью. Из них 40 находились на стационарном лечении в клинике госпш-

Ю7

тальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, а 10 — лечились амбулаторно в психотерапевтическом кабинете при клинике. В этой работе большую помощь оказала нам врач психотерапевт Л. А. Четверикова. Проведение части длительных сеансов гипнотерапии больных язвенной болезнью она взяла на себя.

Отдаленные результаты лечения прослежены нами в течение 3 лет. Среди больных, проходивших курс гипнотерапии, было 8 женщин и 42 мужчины. По возрасту и длительности заболевания наши больные распределялись следующим образом: больных в возрасте от 21 года до 30 лет было 10 человек, от 31 года до 40 лет — 12 человек, от 41 до 50 лет — 15 чел. от 51 года до 60 лет — 13 человек; больных с длительностью заболевания до 1 года было 15 человек, от 1 года до 10 лет—25 человек, ст 11 до 20 лет — 5 человек, от 21 года до 30 лет — 5 человек.

Большинство наших больных страдало также и функциональным расстройством нервной системы. У 10 больных была обнаружена в невротической стадии гипертоническая болезнь, у 5 — хронический холецистит, у 1—бронхиальная астма. У 15 больных наблюдались явления вегетативной дистонии в виде повышения потливости, акроцианоза, стойкого красного дермографизма. Началу заболевания у 43 наших больных предшествовали психические травмы (длительно действовавшие отрицательные эмоции, сложные жизненные ситуации), а у 7 — пищевые интоксикации. У 20 больных до рентгенологического выявления язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наблюдались хронические катары и диспептические явления (изжоги, отрыжки).

На гипнотерапию преимущественно направлялись те больные, у которых обычная медикаментозная терапия была недостаточно эффективна.

В процессе лечения были выработаны показания для направления на гипнотерапию, к числу которых мы относим:

- 1) отсутствие осложнений язвенной болезни Рубцовыми деформациями, обширными спаечными процессами;
- 2) достаточную внушаемость больного и отсутствие предубеждения против гипноза;
- 3) указания в анамнезе на зависимость возникнове-

ния и течения язвенной болезни от различных психических переживаний и отрицательных эмоций;

4) наличие у больного условнорефлекторного механизма в возникновении приступа болей, рвоты и обострений в течении болезни (определенный вид пищи, времени суток, ночные приступы болей, влияние обстановки).

Все больные обследовались в клинике до гипнотерапии, а также во время и после ее проведения. Сеансы гипнотерапии при язвенной болезни были максимально длительными — от 40 минут до 2—3 часов. Часть больных пользовалась лечением в специальной палате, где проводился пролонгированный сон по несколько часов в сутки (общая продолжительность гипнотического сна вместе с ночным достигала 12—16 часов в сутки).

Курс лечения состоял из 20—30 сеансов. Как правило, вначале проводились индивидуальные сеансы гипноза, а затем больные при их согласии переводились на коллективные сеансы. При лечении больных язвенной болезнью мы охотно применяли магнитофон «Днепр-3» с записью голоса врача, проводившего сеанс гипнотерапии. Незаметно для больных врач, вначале проводивший усыпление гипнотизируемых своим голосом, в дальнейшем подключал магнитофон (рис. 19). Вследствие более длительных сеансов гипноза-отдыха, рекомендованного еще К. И. Платоновым, нам удавалось развить более глубокие гипнотические состояния у больных язвенной болезнью по сравнению с другими категориями больных, леченных нами.

По степени глубины гипноза язвенные больные распределялись следующим образом: гипнотический сон I степени развился у 14 больных, II степени — у 12, III степени — у 15; гипноз не развился у 9 больных.

После общих внушений бодрости, хорошего настроения, глубокого сна мы переходили к специальным внушениям, формула которых была примерно такой:

«С каждым днем у вас будет повышаться и нарастать хороший, здоровый аппетит... пища будет казаться вам особенно вкусной, Вы будете хорошо есть, переваривать и усваивать пищу. Желудок будет работать хорошо и регулярно. Исчезнет вялость кишечника... С каждым последующим сеансом будут исчезать болевые ощущения... проходит тошнота... совершенно исче-

зает рвота... Исчезли беспокоившие вас отрыжки и изжоги... Вы поправляетесь, Вы выздоравливаете... С каждым днем, с каждым последующим сеансом устраняются болезненные урчания, вздутия, живот становится мягким, безболезненным... улучшается Ваш ночной сон!»

Эта примерная формула внушений может изменять-ся с целью изжить те или иные индивидуальные болезненные симптомы, отмечающиеся у больных.

В процессе гипнотерапии язвенных больных первые симптомы улучшения начинались с нормализации сна, повышения аппетита, слабели в своей интенсивности боли в эпигастральной области. Исчезала тошнота, отрыжка, изжога, реже становились рвоты. Улучшалось общее настроение и самочувствие, появлялись признаки жизнерадостности.

Показателями эффективности лечения больных язвенной болезнью для нас служили:

- 1) данные клинических и лабораторных исследований больного до, во время и после лечения. Особое внимание при этом уделялось данным рентгеноскопии и рентгенографии желудка;
- 2) частота, длительность и интенсивность приступов рвоты и болей, как наиболее выраженных проявлений болезни;
- 3) исчезновение при рентгеновском исследовании симптома «ниши», отмечавшегося до лечения. Нарастание веса тела больного;
- 4) длительность ремиссии, наступившей у больного после гипнотерапии.

Мы учитывали как субъективные ощущения больного, так и сообщения его родственников после выписки больного домой.

После окончания курса гипнотерапии больные по нашей просьбе охотно являлись на обследование. Со многими больными контакт не порывался в течение многих лет, а с некоторыми из них поддерживалась переписка.

Для иллюстрации приводим краткие выписки из истории болезни.

Больной К-й И. П., 45 лет. Находился на амбулаторном лечении со 2/X 1952 г. Клинический диагноз: язвенная болезнь, неврастения. Впервые диспептические явления возникли в 1944 г. Появились изжога, отрыжка, К, этому периоду относится ряд неприят-

ностей как по службе, так и в семейной жизни. В 1945 г. появились рвоты и боли в области желудка. Боли после приема пищи успокаивались. Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где после соответствующих исследований (рентгеноскопия желудка, анализ желудочного содержимого) был поставлен диагноз язвенная болезнь (язва на малой кривизне желудка). Отмечает, что заболеванию предшествовала упорная бессонница, не поддававшаяся снотворным, хронические запоры, общее недомогание. Имели место частые ссоры с женой (ссоры происходили за обедом, так как в другое время редко бывал дома — много работал). Диета и другие виды лечения эффекта не давали. Дважды лежал в стационарах. Болезненные явления нарастали, но от операции, которая была предложена в связи с предполагавшимся желудочным кровотечением [реакция Грегерсена положительная (-)|—|—B), рвоты с примесью крови], отказался. В дальнейшем состояние улучшилось и больной был выписан из больницы в удовлетворительном состоянии. Оставались частые рвоты, отрыжка, запоры, временами боли в эпигастральной области. Явился на амбулаторное лечение к психотерапевту в связи с упорной бессонницей и рвотами. Объективно: язык покрыт белым налетом. Живот правильной формы, несколько вздут, при пальпации — урчание и болезненность в эпигастральной области. При глубокой пальпации — легкая ригидность прямых мышц живота. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастер-нацкого отрицательный. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Эмоциональная неустойчивость. Резко повышенная внушаемость (пробы 2 и 3-я на внушаемость положительны). Со стороны других органов патологии не выявляется. Вес тела 65,3 кг. Артериальное давление — 120/80 мм Hg. Клинический анализ крови: гемоглобина — 70%, эритроцитов — 3 700 000, лейкоцитов — 6700 (эозинофилов — 3%, палочко-ядерных — 3%, сегментоядерных — 69%, лимфоцитов — 25%). Реакция Грегерсена отрицательная. Рентгеноскопия (13/V 1952 г.): контрастная масса широко проходит по пищеводу; контуры желудочного пузыря нормальные, тесно прилегают к куполу диафрагмы: складки слизистой в пределах нормы. Желудок атоничен. Перистальтика вялая; на малой кривизне желудка остается стойкое скопление контраста («ниша»); желудок смещаем, пальпация его болезненна; через 30 минут в желудке осталось немного контрастного вещества, изменения по ходу кишечника не определяются.

Анализ желудочного содержимого до лечения: натошак общее количество желудочного сока ,— 50,0; общая кислотность — 42, свободная соляная кислота — 8. Через 55 минут после пробного завтрака: количество желудочного сока — 20,0; общая кислотность — 108, свободная соляная кислота — 94. Слизь (H—|—|—), крови и желчи в содержимом нет. Микроскопия: измененные лейкоциты не густо покрывают все поле зрения, клетки плоского эпителия 0—1 в поле зрения.

После 5-го сеанса гипнотерапии стал хорошо спать, бессонница исчезла совершенно. После 7-го сеанса прекратились рвоты, улучшился аппетит, исчезли запоры. За месяц лечения прибавил в весе 3,5 кг, прекратились боли в желудке. Отрыжка беспокоит меньше. При рентгеноскопии желудка «ниша» не выявлена. Анализ желудочного содержимого после лечения: натошак общее количество —

6,0; общая кислотность — 15, свободной соляной кислоты — ю. Через 55 минут после пробного завтрака количество желудочного сока—10,0. Общая кислотность снизилась до 30. Свободная соляная кислота — до Ю. Слизь (++)• Крови и желчи нет. Микроскопия: единичные лейкоциты в поле зрения. Клетки слущенного плоского эпителия— I—2 в поле зрения.

Курс лечения — 20 сеансов гипнотерапии. Наблюдение за больным продолжается уже в течение 3 лет и 2 месяцев. Состояние остается хорошим. Рецидива нет.

Больной К-н Д. М., 25 лет, Клинический диагноз: язвенная болезнь; невроз типа истерии. Доставлен в клинику госпитальной терапии 1-го ЛДП им акад Павлова 2/Ш 1955 г. сантранспортом. Больным себя считает с 1943 г., когда впервые появились боли в эпигастральной области, изжога, тошнота. Заболеванию предшествовал ряд психических травм (смерть отца и матери). В 1954 г. был демобилизован из армии по поводу язвенной болезни. 13/1 1955 г. появились рвота, резкие боли в эпигастральной области, изжога. Боли были настолько интенсивными, что больной, стараясь «заглушить» их, порезал себе ножом кожу живота.

В 1954 г. лежал в госпитале, где при рентгеноскопии была обнаружена «ниша» и впервые был поставлен диагноз язвенной болезни (язва двенадцатиперстной кишки).

Объективно: язык влажный, слегка обложен белым налетом, губы сухие. Живот втянут, болезнен при пальпации в эпигастральной области. СИМПТОМОВЕ раздражения брюшины нет. На коже живота 5 глубоких царапин — порезов ножом Печень и селезенка не прощупываются. Вес тела 53 кг. Артериальное давление — 120/80. Больной возбужден, вспыльчив, обидчив, легко переходит от слез к смеху. Повышенная внушаемость (приемы 3 и 4-й на внушаемость положительные). Глоточный рефлекс крайне вялый, симптом Ром-берга резко положителен, по истерическому типу. Сухожильные рефлексy высокие, равномерные. Дермографизм красный, стойкий, разлитой, анестезия эпигастральной области по истерическому типу, резкий тремор рук, век, языка. В остальном симптомов органического поражения центральной нервной системы и других изменений со стороны внутренних органов, кроме отмеченных выше, не обнаружено. Анализы и исследования. Клинический анализ крови от 1/11 1954 г.: гемоглобина—68%, лейкоцитов — 6100 (эозинофилов — 3%, палочкоядерных— 8%, сегментоядерных—55%, лимфоцитов — 32%, моноцитов — 2%). РОЭ — 10 мм в час. Реакция Грегерсена дважды отрицательная. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: складки слизистой утолщены больше в антральной части; желудок несколько гипертоничен; луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы и очертаний. После ее опорожнения остается небольшое стойкое пятно («ниша») контрастного вещества в области рецессуса; нисходящая часть двенадцатиперстной кишки периодически спазмирована. При рентгеноскопии кишечника изменений не найдено. Анализ желудочного содержимого, мочи и микроты без особенностей.

После 7-го сеанса гипнотерапии боли в эпигастральной области исчезли, прекратились рвота и отрыжка. После 9-го сеанса нала дился сон, больной стал спать по 12—14 часов в сутки без сновторных. При рентгеноскопии желудка — небольшое стойкое пятно

(«ниша») в области реиссуса. Всего на курс лечения — **30 сеансов** гипнотерапии. При повторной рентгеноскопии после 25-го сеанса «ниши» выявить не удалось. Исчезли запоры, улучшился аппетит (прибавил в весе за время лечения 3,1 кг). Появилось бодрое, жизнерадостное настроение. Больной выписан. Отдаленные результаты прослежены в течение 2 лет. Рецидива заболевания **нет**.

После окончания курса гипнотерапии все наши больные систематически являлись на обследование и им проводилась повторная рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта.

После начала гипнотерапии 20 больным были отменены все виды медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Другие 20 больных велись на смешанной (комплексной) терапии, включавшей применение обычных медикаментозных средств и гипнотерапии, а 10, кроме гипнотерапии, получали при приступах болей инъекции промедола, атропина и некоторые физиотерапевтические процедуры. Все больные получали соответствующий диетический стол. При сравнительной оценке эффективности лечения наилучший результат был получен у больных, получавших комплексную терапию (табл. 8).

Таблица 8

Сравнительная оценка результатов комплексной терапии и только гипнотерапии

Вид лечения	Количество больных	Результаты лечения		
		ремиссия	улучшение	без эффекта
Комплексная терапия (медикаменты и гипноз)	20 и 20	13 10	4 5	3 5

Механизм терапевтического действия гипнотерапии при язвенной болезни мы представляем себе в следующем виде.

Как уже указывалось, гипнотический сон является аналогом обычного нормального сна. По учению И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, К. И. Платонова, обычный нормальный сон и гипноз — качественно родственные состояния. Под влиянием внушения гипнотического сна процесс торможения, раз возникнув, начинает иррадиировать по коре головного мозга и захваты-

вает при достаточной интенсивности тормозного процесса «очаги застойного возбуждения». Известно, что болевое раздражение, откуда бы оно ни исходило, превращается в болевое ощущение только в коре полушарий головного мозга. Можно себе представить, что при торможении коркового анализатора ощущение боли исчезнет. Это положение подтверждается практикой. Всем психотерапевтам хорошо известно, что в глубоком гипнозе исчезает болевая чувствительность, что дает возможность проводить в ряде случаев без наркоза даже достаточно сложные хирургические вмешательства. Вот почему в гипнозе удается снять приступ боли у язвенного больного. В гипнотическом сне речевым воздействием удается устранить явления спазма, волну антиперистальтики (устранить акт рвоты). При длительном пребывании больного в гипнотическом сне удается понизить соответствующими внушениями секрецию желудочного сока (устранение изжоги). Наконец, нам представляется особенно важным то, что в длительном гипнозе-отдыхе при достижении глубокой степени сна наступает спазм кожных сосудов; это ведет к викарному расширению глубоких сосудов, питающих стенку желудка. Таким образом, питание и кровоснабжение участка слизистой желудка, пораженного язвой, улучшается, что *способствует* процессу активного рубцевания, заживления язвы. Внушение хорошего аппетита, сна, бодрости и хорошего самочувствия в свою очередь благоприятно сказывается на течении болезни, повышая сопротивляемость организма, усиливая его восстановительные регенеративные процессы.

Таким образом, применение гипнотерапии при лечении больных язвенной болезнью мы считаем патогенетически и физиологически обоснованным. Лечение язвенной болезни длительным и глубоким гипнотическим сном имеет несомненные преимущества перед сном медикаментозным, вызывающим, как известно, у ряда больных явления выраженной интоксикации.

В результате применения длительного и глубокого гипнотического сна и прямого внушения нами получены следующие результаты:

1) из 50 больных стойкая и длительная ремиссия получена у 32 человек, из них у 10 она длится свыше 2 лет, у 15 — свыше 1/г лет. Ремиссия от полугода до

года наблюдается у 7 человек. У всех больных этой группы ремиссия продолжается;

2) значительного улучшения (прекратились боли, исчезли рвоты, устранились запоры) удалось добиться у 9 больных, которые вернулись к работе;

3) у 9 больных применение гипнотерапии эффекта не дало. Следует отметить, что у этих больных не удалось получить гипнотического сна из-за плохой внушаемости и гипнабельности.

При анализе эффективности гипнотерапии больных язвенной болезнью выступает отчетливая зависимость лечебных результатов от глубины гипнотического сна. Чем глубже развивалось гипнотическое состояние у наших больных, тем выше был лечебный эффект. Все больные, у которых применение гипнотерапии оказалось безрезультатным, относятся к лицам с плохой гипнабельностью (табл. 9).

Таблица 9

Эффективность гипнотерапии в зависимости от глубины гипнотического сна

Глубина гипнотического сна	Результаты лечения		Всего больных
	ремиссия [улучшение]	без эффекта	
и	8	6 1	0 0 0 9
ш ,	11	2 0	14
Гипноз не развился	13 0		12
..			15
Итого. .	32	9	9
			50

Выводы

1. Гипнотерапия является физиологически и патогенетически обоснованным методом лечения больных язвенной болезнью. Этот метод показан особенно тем больным, обычная медикаментозная терапия которых оказалась недостаточно эффективной.
2. При лечении больных язвенной болезнью следует добиваться глубоких степеней гипнотического сна, сон должен быть длительным, не менее 10—12—14 часов в сутки, включая ночной сон.
3. Эффективность гипнотерапии находится в прямой

8*

зависимости от глубины гипнотического сна больных, получающих этот вид лечения.

4. Гипнотерапия язвенных больных оказалась достаточно эффективной (стойкая ремиссия получена у 32 из 50 больных, у 9 других наступило улучшение; только у 9 больных лечение гипнозом не дало положительных результатов).

5. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни позволяет объяснить механизм терапевтического действия гипнотерапии.

6. Словесным внушением в гипнозе у испытуемых удается повлиять через вторую сигнальную систему на форму и положение желудка. Внушение чувства голода вызывает сокращение желудка, перемещение его вверх, расслабление пилорического сфинктера, ускорение эвакуации содержимого. Внушение чувства сытости вызывает расслабление мускулатуры желудка, увеличение его размеров, опускание вниз, сокращение пилорического сфинктера, замедление эвакуации.

7. Словесным внушением в гипнозе можно вызвать тошноту и акт рвоты. Внушение чувства тошноты вызывает сокращение желудка, подъем его и волну антиперистальтики, поднимающей содержимое желудка в пищевод. Словесным внушением в гипнозе можно прекратить акт рвоты.

8. Внушением отрицательных эмоций в гипнозе удается вызвать спазматические явления мускулатуры желудка и длительный спазм пилорического сфинктера. Положительные внушения в гипнозе устраняют указанные явления.

9. В глубоком гипнотическом сне наблюдается спазм капилляров кожи (наши наблюдения полностью совпадают с данными А. И. Картамышева). При этом можно допустить, в соответствии с взглядами К. М. Быкова, возможность возникновения викарного расширения глубоких сосудов, питающих внутренние органы, в частности желудка, что благоприятно сказывается на трофике в районе локализации язвы.

СТЕНОКАРДИЯ

Из этиологических факторов, ведущих к заболеванию стенокардией, главным следует считать нервно-психическое перенапряжение, которое может быть следствием

как острых психических травм и тяжелых переживаний, так и длительно действующих отрицательных эмоций. Неврогенный механизм спазма коронарных сосудов при стенокардии в настоящее время не вызывает сомнений. Подтверждением этого может служить внезапное возникновение приступа и столь же быстрое прекращение его. Общеизвестно, что психическое и физическое перенапряжение ведет к приступам стенокардии. По нашему мнению, в этиологии стенокардии атеросклероз венечных артерий нужно поставить лишь на второе место.

Мы считаем возможным предположить, что иногда атеросклероз венечных артерий является следствием, а не причиной стенокардии. Известны многочисленные клинические наблюдения о возникновении стенокардии у очень молодых людей, которые вне всякого сомнения не страдали атеросклерозом. На секции таких больных, умерших от стенокардии, никаких атеросклеротических изменений не обнаруживалось. Кроме того, известны многочисленные факты, когда, несмотря на выраженный атеросклероз венечных артерий, никаких приступов стенокардии у больных не было. Наконец, описаны случаи, когда у много куривших молодых людей возникали приступы стенокардии («никотиновая жаба»), которые прекращались, как только больные оставляли курение табака. Учитывая сосудосуживающее действие никотина, можно объяснить появление стенокардических болей у этих людей спазмом венечных артерий. Итак, стенокардия может возникнуть и при отсутствии атеросклероза венечных артерий, с другой стороны, одного атеросклероза часто бывает недостаточно для того, чтобы вызвать данное заболевание. Наряду со спазмом коронарных артерий при приступе стенокардии возникает резкая боль и чувство «смертельного страха».

До работ К. М. Быкова, Б. И. Лаврентьева, Б. А. Долго-Сабурова и их сотрудников среди клиницистов держалось представление Ленандер-Вебера, отвергавшее всякую болевую чувствительность внутренних органов ввиду отсутствия у них специальных рецепторов. В настоящее время это представление отвергнуто, так как доказано наличие барорецепторов и хеморе-цепторов во внутренних органах, в том числе и в сердце. Таким образом, спазм венечных артерий может повести

к раздражению барорецепторов, а концентрация недо-окисленных продуктов в ишемизированном участке сердца — к раздражению хеморецепторов. Патологические импульсы из сердца от этих интерорецепторов достигают коры головного мозга и вызывают ощущение боли.

Доказательством того, что боль является функцией коры больших полушарий является возможность выработки условных рефлексов на чувство боли, а также и то, что боль может быть легко устранима внушением как наяву, так и особенно в гипнозе. И. П. Павлов писал: «В гипнозе мы словом-раздражителем вызываем анестезии, аналгезии...»¹

Нетрудно представить себе, что венечные артерии с их вазомоторными нервами, находящиеся в тесной взаимосвязи с корой, подкоркой, вегетативными центрами, а также окончанием этих нервов в мышечной оболочке сосудов, являются звеньями единой рефлекторной цепи.

Можно допустить, что при известных условиях возбуждение, возникающее в любом звене этой рефлекторной цепи, ведет к спазму венечных артерий, давая клинически приступ стенокардии.

Поражение венечных артерий атеросклеротическим процессом ведет, по мнению Н. И. Сперанского, и В. И. Островской, к раздражению окончаний вазомоторных нервов в стенке измененных сосудов и создает склонность к спазму артерий (классическая форма стенокардии).

По авторитетному мнению Г. Ф. Ланга, грудная жаба является результатом взаимодействия как ангионевротического, так и анатомического факторов в различных соотношениях. При резко проявляющемся ангионевротическом факторе приступы стенокардии могут возникать и при совершенно здоровых коронарных сосудах сердца. В других случаях при больших анатомических изменениях в стенках сосудов достаточно и слабо выраженных расстройств нервной регуляции кровообращения для того, чтобы вызвать приступ стенокардии.

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, изд. АМН СССР, I, III, кн. 2, 1951, стр. 211.

Мы являемся сторонниками кортико-висцеральной теории этиологии и патогенеза стенокардии, ибо роль коры больших полушарий головного мозга в возникновении приступов стенокардии, подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Так, А. Н. Губергрицем и Н. И. Сперанским были описаны приступы стенокардии, возникающей по условнорефлекторному механизму. Такого рода приступы неоднократно наблюдались и нами.

У больной С-ой Т. П. приступ стенокардии возникал строго в определенное время суток, в тот час, когда при ней скончалась от сердечно-сосудистого заболевания соседка по палате. У другого нашего больного В-а И. И. приступы стенокардии возникали при виде родной сестры, с которой у него перед помещением в стационар возник серьезный конфликт. В дальнейшем наступило примирение, но появление в палате сестры больного всегда сопровождалось возникновением приступа стенокардии, который удавалось купировать нитроглицерином либо уходом сестры.

Н. И. Сперанский и В. И. Островская провели интересное исследование, объективно отмечавшее роль и значение эмоционального фактора в возникновении приступа стенокардии. Авторы накладывали на больного электроды электрокардиографа, а затем собирали тщательный анамнез, фиксируя внимание обследуемого к условиям и причинам первого сильного припадка. При воспоминаниях о бывших ранее психических травмах у больного появлялись боли в области сердца; у 15 больных эти боли носили типичный характер сжимающей боли. У 8 больных были при этом объективно отмечены изменения электрокардиограммы. Так, у одного больного при воспоминаниях о служебных неприятностях возникали приступы стенокардии, сопровождавшиеся электрокардиографическими изменениями (выраженное смещение $S - T_2$ и $S - T_{Sn_4}$ ниже изоэлек-трической линии по сравнению с контрольной электрокардиограммой). Эти наблюдения Н. И. Сперанского и В. И. Островской нам кажутся особенно убедительными.

Основу клинической картины стенокардии составляет болевой синдром. Учение же И. П. Павлова и его последователей (К. М. Быкова и др.) показало ведущее значение коры головного мозга в восприятии боли. Клинические наблюдения подтверждают эти положения. Так, нам неоднократно удавалось вызвать внушением

ощущение боли в совершенно здоровом зубе у испытуемой, давшего согласие на постановку такого исследования. Нередко нам удавалось снимать и действительную зубную боль внушением как в гипнозе, так и при бодрственном состоянии больною.

О корковом происхождении стенокардии свидетельствует и «чувство смертельного страха», испытываемого больным во время приступа. Нам кажется, что известное значение в возникновении этого чувства страха имеет та невольная иатрогения, которую нередко вызывает врач, ставя устрашающий диагноз «грудной жабы». Нам кажется, что давно следует перестать пользоваться этим термином. Подобно тому как из употребления выходит термин «рак», следует избавиться и от термина «грудная жаба», который у нас, к сожалению, встречается еще и в научно-популярных брошюрах и запросто произносится в присутствии больных медперсоналом.

В литературе нам не удалось найти работ, непосредственно касающихся гипнотерапии больных, страдающих стенокардией. Поэтому мы считаем бесполезным передать наш, правда пока еще небольшой, опыт по применению гипноза к таким больным.

Лечение гипнозом стенокардии мы начали с 1953 г. Под нашим наблюдением находилось 30 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова.

Все наши больные прошли курс гипнотерапии, а затем в течение 1—2 лет являлись по вызову на обследование с целью выяснения отдаленных результатов лечения. Среди больных, прошедших курс гипнотерапии, было 12 женщин и 18 мужчин. По возрасту наши больные распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет—3 человека, от 31 года до 40 лет — 7 человек, от 41 года до 50 лет— 12 человек, от 51 года до 60 лет— 8 человек; по длительности заболевания: до 1 года — 5 человек, от 1 года до 10 лет— 10 человек, от 11 до 20 лет— 13 человек, от 21 года до 30 лет — 2 человека.

У 20 больных наблюдались явления функционального расстройства нервной системы. У 15 из 30 наших больных отмечалась гипертоническая болезнь (неврогенной и переходной стадии), у 5 — бронхиальная астма, у 4 — хронический холецистит. Большинство наших боль-

ных были эмоционально лабильны, страдали упорной бессонницей, запорами, 20 человек длительно курили, а 8 злоупотребляли алкоголем. У 25 больных заболеванием стенокардией предшествовал ряд тяжелых психических травм и переживаний, длительно действовавших отрицательных эмоций. Следует отметить, что большинство больных выполняли работу, требовавшую большого эмоционального напряжения, и вели сидячий образ жизни, пренебрегали спортом, мало ходили.

На гипнотерапию направлялись преимущественно те больные, у которых обычная медикаментозная терапия успеха не имела. В процессе лечения были выработаны показания для направления на гипнотерапию, к числу которых мы относили:

- 1) отсутствие при электрокардиологических и рентгенологических исследованиях значительных органических изменений в сердце и крупных сосудах;
- 2) зависимость начала заболевания стенокардией от ряда психических травм и отрицательных эмоций;
- 3) достаточная внушаемость больного, выявленная в процессе предварительного обследования, а также отсутствие предубеждения против гипнотерапии;
- 4) наличие условнорефлекторного механизма в возникновении повторных приступов стенокардии;
- 5) наличие сопутствующих проявлений функционального расстройства нервной системы.

Все больные обследовались в клинике до лечения, во время лечения и после окончания курса гипнотерапии. Сеансы гипнотерапии длились 40 минут и проводились через день. Курс лечения состоял из 10—20 сеансов. Как правило, первые 5 сеансов были индивидуальными, а последующие, с согласия больных, коллективными. При лечении больных стенокардией мы не стремились получать особенно глубокие степени гипнотического сна. Наши внушения проводились в легких степенях гипноза (I—II степень его глубины) и часто носили не столько императивный, сколько разъяснительный характер. Такую методику гипнотерапии мы стали применять потому, что многие больные стенокардией высказывали опасение, что их трудно будет потом разбудить. Следует отметить, что во избежание неприятных ощущений при дегипнотизации ее следует проводить очень медленно,

По степени глубины гипнотического сна наши больные распределились следующим образом: гипноз I степени— 12 человек, II степени—10 человек, III степени—5 человек, гипноз не развился у 3 человек.

После внушений, направленных на улучшение общего самочувствия и на углубление ночного сна, мы переходим к внушениям, направленным на улучшение работы сердца. Формула специальных внушений, применявшаяся нами при лечении больных стенокардией, была примерно следующей: «С каждым днем, с каждым последующим сеансом Вы будете замечать, что Ваше сердце работает все ритмичнее, все правильнее..-Исчезают боли и неприятные ощущения в области сердца!.. Исчезает страх за состояние Вашей сердечной деятельности, Вы перестаете фиксировать Ваше внимание на деятельности Вашего сердца... перестаете прислушиваться к его работе... Вы не будете больше считать свой пульс. Никакая физическая нагрузка, никакие волнения, тревоги, огорчения не будут действовать на работу Вашего сердца отрицательно. Сердце работает правильно и безболезненно как днем, так и ночью и будет так работать в любой обстановке... при любых условиях... Вы перестаете волноваться за состояние своей сердечной деятельности. Ваше сердце достаточно здоровое, крепкое, сильное!.. Вы совершенно избавляетесь от всяких болей, замираний и других неприятных ощущений со стороны сердца... Вы выздоравливаете! Вы поправляетесь!» и т. д.

Конечно, это примерная формула является лишь общей схемой для построения лечебных внушений, которые следует проводить с учетом индивидуальности больного и особенностей его болезненных ощущений. Нами отмечено, что лучшей формой психотерапевтического воздействия на больных стенокардией является не императивное внушение, а разъяснение и убеждение.

Вскоре после начала гипнотерапии в состоянии здоровья больных стенокардией начинали появляться положительные сдвиги. Раньше всего восстанавливался сон, затем исчезало чувство страха, боли становились менее интенсивными и возникали реже; исчезала иррадиация болей. Улучшалось общее настроение и самочувствие больного, он все реже прибегал к помощи нитроглицерина.

Эффективность гипнотерапии больных стенокардией мы определяли на основании данных клинических и лабораторных исследований до лечения, во время его проведения и после окончания.

Фиксировалась также частота приступов стенокардии, их длительность и интенсивность, быстрота купирования.

Учитывалась также длительность ремиссии после курса гипнотерапии.

Из субъективных данных принималось во внимание личное впечатление больного, его родственников и лечащего врача о результатах проведенного лечения. После курса гипнотерапии больные охотно являлись по нашему вызову на обследование, а также систематически писали нам. Для иллюстрации эффективности гипнотерапии при стенокардии приводим краткие выписки из истории болезни некоторых наших больных.

Больной Б-ик М. М., 42 лет, поступил на обследование и лечение в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 5/II 1956 г. с диагнозом атеросклероз коронарных артерий; стенокардия; функциональное расстройство нервной системы.

Заболел в 1954 г., когда впервые почувствовал сильные боли за грудиной и в области сердца, иррадиировавшие в левую руку и сопровождавшиеся чувством дурноты и «страхом смерти». Боли купировались валидолом и нитроглицерином. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых психических травм и переживаний В 1941 — 1943 гг. перенес контузию головного мозга с последующей отслойкой сетчатки (угроза полной потери зрения). В дальнейшем по выписке из госпиталя возникли нервные переживания в связи с неудачной семейной жизнью. Незадолго до первого приступа стенокардии возникли новые переживания — резко ухудшилось зрение (Visus на правый глаз — 0, visus 'на левый глаз — 0,01). Больной тяжело переживал свою инвалидность. При поступлении в клинику объективно больной среднего роста, поавильного сложения. Кожа и видимые слизистые бледные. Подкожножировой слой выражен слабо. Видимых пульсаций на шейных сосудах и в эпигастральной области нет Сердечный толчок в пятом межреберье по сосковой линии слева. Границы сердца в пределах нормы Гоны сердца умеренно приглушены, шумов и акцента нет. Пульс 72 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление — 130/80 Число дыханий 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно чистое, везикулярное дыхание. Органы брюшной полости и мочеполовой сферы без патологии. Со стороны нервной системы симптомов ор(анического пора-

жения не выявлено. Больной эмоционально неустойчив, повышено внушаем (пробы на внушаемость 3 и 4-я резко положительны).

Заключение окулиста: резкое снижение зрения Visus на левый глаз — 0,01, visus на правый глаз — 0. Среды передней камеры глаза прозрачны. Глазное дно: расширены и извиты венозные сосуды, артерии резко сужены; соски зрительных нервов с резкими контурами, бледно-розовые; очаговые изменения; отслойка сетчатки.

Анализы и исследования. Исследование крови, эритроцитов — 4500000; гемоглобина — 75%; цветовой показатель — 0,9; лейкоцитов — 5 450 (базофилов — 0,5%, эозинофилов — 1%, палочкоядерных — 1,5%, сегментоядерных — 73%, лимфоцитов — 20%, моноцитов — 4%) РОЭ — 11 мм в час. Рентгеноскопия органов грудной полости: диафрагма свободно подвижная; легочный и корневой рисунок без патологических изменений: слегка повышена прозрачность легочных полей; сердечно-сосудистая тень в норме. Электрокардиограмма синусовый ритм: число сердечных сокращений 68 в минуту; отклонение электрической оси сердца влево; вольтаж зубцов 7, ц «л низкий, положительный при вдохе. Заключение: гипертрофия левого желудочка, некоторая коронарная недостаточность в области питания левой коронарной артерии.

Лечение: перед направлением на гипнотерапию получал дибазол, люминал, папаверин 3 раза в день по 0,03 и 1 % бром. При приступах — валидол, нитроглицерин. Ввиду недостаточной эффективности медикаментозного лечения направлен на гипнотерапию Гипнотерапия — 15 сеансов на курс. После 5-го сеанса прекратились приступы болей за грудиной и чувство страха. После 9 сеансов исчезла бессонница. Появился аппетит. Повысилось настроение. Ремиссия прослежена в течение полугода. Рецидива не наступило.

Больной Г-ов Н. А., 42 лет, поступил в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 4/IV 1956 г. с диагнозом стенокардия; атеросклероз коронарных артерий; функциональное расстройство нервной системы Болен с января 1953 г., когда впервые стали возникать сжимающие боли за грудиной и в области сердца. Первый приступ болей сопровождался иррадиацией боли в левую лопатку и левую руку, при этом возникало чувство страха и тоскливого настроения. Лечился амбулаторно. Боли купировались приемами нитроглицерина. Началу заболевания предшествовал ряд тяжелых переживаний (по халатности больного произошла авария на производстве) и длительных отрицательных эмоций (постоянные нелады с женой и дочерью). С 1954 г. больной неоднократно лечился в различных стационарах, выписывался с улучшением, но светлые промежутки держались всего 2—3 месяца, после чего снова начинались загрудинные боли. Вначале нитроглицерин помогал хорошо, приступы купировались, но вскоре нитроглицерин перестал оказывать купирующее действие. 3/IV 1956 г. после новой сильной психической травмы развился еще более выраженный приступ стенокардии, и больной был доставлен сантранс-портом в клинику госпитальной терапии. Объективно: больной правильного сложения, кожа и видимые слизистые нормального цвета. Подкожножировой слой выражен избыточно. Пульсаций каротид и в эпигастральной области нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Пульс — 88 в минуту, удовлетворительного напол-

нения и напряжения. Границы сердца немного расширены влево. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. Артериальное давление— 110/70 мм Hg. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно—везикулярное дыхание. Со стороны других органов патологических изменений не обнаружено. Больной контактен, эмоционально неустойчив. Данных за органическое поражение центральной нервной системы нет. Больной хорошо внушаем (пробы 4 и 5-я на внушаемость положительные). Анализ крови: эритроцитов — 4 060 000, гемоглобина — 75%; цветовой показатель — 0,9; лейкоцитов — 6700, (эозинофилов — 2%, палочкоядерных — 2%, сегментоядерных— 77%, лимфоцитов — 16%, моноцитов — 3%). РОЭ — 10 мм в час. Рентгеноскопия органов грудной полости: диафрагма свободно подвижна; левый купол диафрагмы стоит выше правого; легочный и корневой рисунок без изменений; сердце нормальной конфигурации, несколько увеличено за счет левого желудочка; аортальная тень в пределах нормы. Электрокардиограмма: некоторая коронарная недостаточность в области снабжения левой коронарной артерии.

Лечение: до направления на гипнотерапию больной получал папаверин с люминалом по 0,03 и диуретин 0,75 (по 1 порошку 3 раза в день), раствор 1% нитроглицерина (2—3 капли на язык) при приступах; валидол; раз в сутки инъекции *Ol. camphorae* 20% по 3,0; раствор 1 % брома по 1 столовой ложке 3 раза в день. Ввиду неэффективности медикаментозного лечения направлен на гипнотерапию. Гипнотерапия начата 28/IV 1956 г. После 7-го сеанса прекратились боли за грудиной, исчезло чувство страха. Прекратились иррадиации болей в левую лопатку и руку. После 9-го сеанса стал хорошо спать, появился хороший аппетит, улучшилось настроение. Курс гипнотерапии составил 18 сеансов. Больной был выписан из клиники в хорошем состоянии. Ремиссия прослежена в течение 1 1/2 лет.

Как уже указывалось, все наши больные проходили клиническое обследование и диагноз стенокардии подтверждался электрокардиографически, причем в процессе лечения ЭКГ снимались повторно, в динамике. У ряда больных при этом регистрировались заметные положительные сдвиги ЭКГ под влиянием гипнотерапии. Таким образом, электрокардиография помогала дифференцировать приступы стенокардии от явлений ангио-спазма.

С начала курса гипнотерапии у 15 наших больных была отменена вся медикаментозная терапия ввиду ее неэффективности, 15 других больных получали смешанную, комплексную терапию с применением медикаментозных средств и гипнотерапии. Анализ эффективности различных видов лечения показал известное преимущество комплексной терапии по сравнению с гипнотерапией, проводимой в «чистом виде».

Механизм терапевтического действия гипноза и внушения, применяемого в отношении больных стенокардией, рисуется нам в следующем виде: работами И. П. Павлова и его сотрудников доказано, что болевое раздражение только тогда реализуется в чувство боли, когда достигает соответствующего анализатора в коре больших полушарий головного мозга. Известны факты, когда чувство боли возникает в отсутствующей, ампутированной конечности («фантомные боли»). Наконец, рядом исследователей (П. П. Подъяпольский, В. Н. Финне, И. С. Сумбаев, В. А. Бахтиаров, П. И. Буль) экспериментально доказана возможность вызвать чувство боли с помощью словесного внушения в гипнозе. При этом внушенное чувство боли воспринимается как действительная боль и сопровождается вегетативными компонентами (появлением капель пота на коже, сердцебиением, побледнением или покраснением кожи, учащением дыхания, значительным лейкоцитозом, сужением или расширением сосудов, расширением зрачка и т. д.). Эти исследования показывают, что болевой раздражитель, нанесенный, скажем, на кожу, только тогда формируется в чувство боли, когда достигает коры полушарий головного мозга. Опытами на животных показана возможность вызывать чувство боли условнорефлекторным путем. Так, индифферентный раздражитель у собак становился источником боли, и, наоборот, болевой раздражитель становился пищевым сигналом (выделение слюны и желудочного сока). В свете исследований И. П. Павлова и его последователей становится понятной возможность устранения чувства боли внушением как наяву, так и особенно в гипнотическом состоянии.

Гипнотическое торможение, распространяясь на зоны чувствительности в коре больших полушарий, может угасить боль, вызывая аналгезию или даже полную анестезию. Такие эмоции, как страх, также формируются в коре полушарий и подкорке; вот почему можно рассчитывать устранить и их гипнотическим торможением.

Гипнотическое торможение может, распространяясь, захватить и подкорковые образования, изменяя состояние вазовегетативных центров с последующим расширением коронарных сосудов. Таким образом мо-

жет быть устранена возникшая под влиянием спазма сосудов ишемия миокарда и связанная с ней боль.

Исходя из вышеприведенных рассуждений, мы считаем метод гипнотерапии у больных стенокардией физиологически обоснованным.

Касаясь клинической характеристики наших больных стенокардией, мы должны отметить, что все они по тяжести заболевания были распределены на две группы. Первая группа состояла из 13 человек, у которых заболевание протекало в более легкой форме, чем у больных, отнесенных ко второй группе. Вторая группа состояла из 17 больных, страдавших стенокардией в тяжелой форме. Критерием тяжести состояния больных служила совокупность ряда показателей. Одним из показателей тяжести заболевания мы считали частоту приступов стенокардии, их длительность и интенсивность болевого синдрома. Состояние тех больных, у которых приступы болей за грудиной возникали не чаще раза в сутки и быстро купировались валидолом или нитроглицерином, мы считали легким. Приступы болей в области сердца, возникавшие у наших больных по нескольку раз в сутки и плохо купировавшиеся нитроглицерином, мы рассматривали как показатель тяжелого течения стенокардии. На основании наших, правда малочисленных, наблюдений нам не удалось отметить прямой связи между стенокардией и атеросклерозом венечных артерий у наших больных. Как уже указывалось выше, мы не усматриваем закономерного количественного соотношения между наличием и степенью коронарного атеросклероза и стенокардией. Однако ввиду частого сочетания стенокардии и коронарного атеросклероза мы считали возможным относить случаи стенокардии, осложненные атеросклерозом, ко второй группе заболеваний, протекающих более тяжело. Таким образом, все 17 человек второй группы сочетали заболевание стенокардией с более или менее выраженным атеросклерозом венечных артерий. У 13 больных первой группы болевой синдром не сопровождался тягостным чувством страха смерти или был выражен не сильно. У всех 17 больных второй группы чувство «смертельного страха» было выражено в сильной степени. У больных первой группы при электрокардиографическом исследовании отмечались отчетливые изменения ЭКГ во время при-

„ ступа и вскоре после него в виде смещения линии S—T ниже изоэлектрической линии в I и II отведениях. Нередко также отмечалось появление двухфазного или отрицательного зубца T (однако эти изменения носили временный характер и быстро исчезали). У больных второй группы изменения электрокардиограммы носили более стойкий характер — их можно было обнаружить после приступа еще в течение 10—15 минут. Подобные же изменения электрокардиограммы у больных стенокардией второй группы можно было получить, заставляя их выполнять ту или иную физическую нагрузку. У больных первой группы подобным путем изменений ЭКГ нельзя было получить. У всех больных второй группы имели место сопутствующие заболевания в виде гипертонической болезни (15 человек) или бронхиальной астмы (2 человека). У больных стенокардией в первой группе сопутствующего заболевания гипертонической болезнью не было. У всех больных первой группы были явления функционального расстройства нервной системы. Кроме того, среди больных первой группы 3 человека страдали бронхиальной астмой и 4 — хроническими холециститами.

В результате лечения больных стенокардией внушением и гипнозом нами получены следующие результаты.

1. Из 30 больных стойкая ремиссия получена у 20, у 13 больных она длится от полугода до года и у 7 — от 1 года до 2 лет.
2. У 5 больных получено улучшение, исчезли или стали слабее в своей интенсивности приступы болей. У некоторых больных боли остались, но полностью исчез «страх смерти», наладился сон.
3. У 5 больных эффекта от применения гипнотерапии выявлено не было. Следует отметить, что эти больные оказались мало внушаемыми.

При анализе результатов лечения внушением в состоянии легкого гипнотического сна следует отметить тот факт, что у лиц, страдавших тяжелой формой (вторая группа) стенокардии, наблюдалось наибольшее количество неудовлетворительных результатов. Так, из 13 больных первой группы только у 1 больного не наступило эффекта от лечения. Из 17 больных второй группы эффекта не было у 4 человек.

Выводы

1. Гипнотерапия является методом, физиологически обоснованным при лечении больных стенокардией. Внушение и гипноз показаны тем больным, для которых обычная медикаментозная терапия недостаточно эффективна.
2. При лечении внушением и гипнозом больных стенокардией нет необходимости добиваться глубоких степеней гипнотического торможения. Внушения следует строить не только в императивных тонах, но и в виде убеждения, разъяснения.
3. Лечение внушением и гипнозом больных стенокардией оправдывает себя. Комплексное лечение, сочетающее воздействие медикаментозными средствами и гипнотерапию, дает наилучший результат при этом страдании.

ХРОНИЧЕСКИЕ ХОЛЕЦИСТИТЫ

Еще С. П. Боткин указывал на факты возникновения «эмоциональной желтухи», наступавшей вслед за психическими травмами и сильными переживаниями.

С. П. Боткин считал возможным возникновение приступа желчнокаменной болезни после ряда нервных переживаний. Эти факты, описанные известным клиницистом, получают в настоящее время новое толкование в свете учения о взаимосвязях коры головного мозга и внутренних органов, в частности желчного пузыря и желчных ходов. Наши совместные с И. Н. Преображенской рентгеновские исследования лиц, находившихся в гипнотическом состоянии, показали изменения формы и положения желчного пузыря и его опорожнения под влиянием внушений приема жирной пищи; было также доказано возникновение длительного спазма желчного пузыря при внушении отрицательных эмоций.

Хронические холециститы не являются кортико-висцеральным заболеванием. Однако результаты наших исследований дают основание предполагать, что спазм желчного пузыря и возникающие в связи с ним болевые ощущения, а также длительный застой желчи, являются первичной, ведущей причиной заболевания, а присоединяющаяся инфекция — вторичным осложнением, вызывающим дальнейшее нарастание клиниче-

ских проявлений болезни. М. В. Черноруцкий образно назвал подобные заболевания «висцеро-кортикаль-ными». Несомненным является тот факт, что длительный спазм желчного пузыря, застой в нем желчи, а также всасывание жидких ее частей могут в конце концов способствовать образованию песка и небольших камней в желчных ходах и в желчном пузыре.

Такой образовавшийся камень, если он не закупоривает просвета желчного хода, не дает о себе знать долгое время. При новой психической травме и наступившем при этом спазме желчных протоков или желчного пузыря камень может быть прижат к стенкам хода и начнет раздражать соответствующие интерорецепторы, вызывая болевой синдром — приступ желчнокаменной болезни. В свою очередь возникающая центростремительная импульсация вызывает в коре головного мозга очаги «застойного возбуждения» и ответный поток центробежных импульсов к месту раздражения. Такая рабочая гипотеза помогает представить себе механизм приступа желчнокаменной болезни под влиянием психических переживаний.

Длительный спазм и застой в желчном пузыре может повести при наличии инфекции к воспалительному процессу в слизистой желчного пузыря с последующими органическими изменениями в нем.

В настоящее время разрабатывается учение о заболевании желчных путей и желчного пузыря, возникающих вследствие нарушения их иннервации. Вводится понятие о так называемых «дискинезиях». Под этим термином понимают нарушение двигательной функции системы желчных путей, в том числе сфинктера Одди в устье общего желчного протока и сфинктера Люткенса в шейке желчного пузыря, а также самой мышечной стенки пузыря, обеспечивающее одновременное открытие обоих указанных сфинктеров. При нарушении нервной регуляции вследствие патологических импульсов из функционально ослабленной коры и высших вегетативных центров, возникают дискинезии желчных путей. Многие хирурги при оперативных вмешательствах по поводу выраженной печеночной колики или острого приступа холецистита уже давно обращали внимание на своеобразное состояние желчного пузыря—его увеличение, переполнение концентрированной желчью при

отсутствии каких-либо признаков воспаления или органических препятствий для его опорожнения. Вот что пишет по этому поводу А. Л. Мясников: «К дискинезиям надо отнести многие из случаев, когда болезненные проявления со стороны желчных путей и пузыря возникают в связи с душевными потрясениями, гневом, испугом. Сюда же, видимо, относится скоропреходящая так называемая эмотивная желтуха (*icterus ex emotionae*), представляющая собой результат длительного спазма сфинктера Одди. Дискинезии желчных путей занимают исходное положение в патогенезе других форм поражения желчного пузыря, в значительной степени способствуя развитию как желчных камней, так и инфекции. Дискинезии желчных путей представляют как бы раннюю функциональную стадию желчнокаменной болезни и некоторых форм холецистита. Дискинезии желчных путей представляют собой частный случай общего невроза (в порядке кортико-висцеральных нарушений). Поэтому они часто сочетаются с другими невrogenными патологическими состояниями».¹

Нас интересовал вопрос, можно ли стимулировать выделение желчи и вызвать длительный спазм желчного пузыря путем речевого воздействия. Мы не нашли соответствующих литературных данных и поэтому считаем необходимым поделиться своим опытом, полученным при исследовании 20 больных.

В наших исследованиях, проведенных совместно с И. Н. Преображенской, нам не удалось прямым внушением повлиять на функцию желчного пузыря. Косвенное же внушение оказалось достаточно действенным.

Объектами нашего исследования явились 20 больных в возрасте от 15 до 60 лет, находившихся на излечении в госпитальной терапевтической клинике 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова по поводу заболеваний органов дыхания. Все эти больные не предъявляли жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта, печени и желчного пузыря. Основным методом, применявшимся для их лечения, был гипноз.

Методика исследования заключалась в рентгенологическом исследовании желчного пузыря у заранее под-

¹ А. Л. Мясников. Руководство по внутренним болезням. Болезни печени и желчных путей. Медгиз, 1956, стр. 273

готовленных больных. Больные в положении стоя погружались в глубокий гипнотический сон. Подготовка больных проводилась с применением билитраста (отечественного препарата фенолпропионовой кислоты). Накануне исследования в 20 часов исследуемый принимал 3 г билитраста, запивая его сладким чаем. На следующий день утром давался только сладкий чай. Затем делалась очистительная клизма и производилось рентгенологическое исследование через 14—15 часов после приема билитраста.

Исследуемым, погруженным в гипнотический сон, внушалось чувство сытости от насыщения жирной, вкусной пищей, т. е. проводились внушения, которые, как мы предполагали, должны были вызвать реакцию со стороны желчного пузыря (изменить его положение и форму).

Формула внушения была примерно такова:

«Вы видите перед собой на столе множество вкусных, питательных жирных блюд (яичницу с салом, колбасу, масло, ветчину с горчицей, свинину и др.). Вы начинаете есть, выбирая то, что вы любите... пища очень жирная, вкусная, хорошо приправлена... Вы насыщаетесь, вы чувствуете, как пища наполняет ваш желудок... Вы наелись досыта жирной, вкусной пищи... Вы чувствуете тяжесть в подложечной области. После еды вы будете хорошо отдыхать, спокойно переваривая вкусную съеденную вами пищу... и т. д.»

Рентгенологическое исследование (рентгеноскопия и рентгенография) производилось до погружения исследуемых в гипнотический сон и через 15—25 минут после начала внушения. У некоторых обследуемых рентгенография желчного пузыря производилась, кроме того, через 15—20 минут после погружения в гипнотический сон, но до начала внушения чувства сытости, а затем через 25 минут после конца внушения. Такое исследование позволяло сравнить форму желчного пузыря человека в бодрствующем состоянии, в состоянии гипнотического сна и при внушении чувства сытости. Иногда такое исследование повторялось для контроля: после такой же предварительной подготовки, как и при первом исследовании, производилось рентгенологическое обследование желчного пузыря. Затем испытуемый съел яичный желток, и (без применения

метода гип-

ноза) через 25 минут снова исследовался желчный пузырь.

Сопоставление данных, полученных в результате первого и второго исследования, давало возможность сравнить влияние на форму желчного пузыря словесного внушения, с одной стороны, и естественного раздражителя (яичного желтка), с другой.

Кроме того, иногда проводилось контрольное наблюдение другого рода. Оно заключалось в рентгеноскопии и рентгенографии желчного пузыря после обычной предварительной подготовки, но без внушения чувства сытости и без приема яичного желтка. Производилось

2 рентгенологических обследования с промежутком в 1 час.

Цель такого исследования заключалась в том, чтобы выяснить, не может ли возникать самопроизвольная, не вызванная нашим вмешательством эвакуация содержимого желчного пузыря.

Всякий раз рентгенографии желчного пузыря (для исключения дыхательных экскурсий диафрагмы и движений желчного пузыря) предшествовало внушение задержки дыхания (в момент вдоха).

Полученные рентгенограммы подвергались рентгенологическому анализу и измерениям.

При описании наших наблюдений мы остановимся на

3 примерах:

1. Исследуемая А-ва Н. Н., 35 лет.

а) При рентгеноскопии до погружения в сон желчный пузырь располагался справа от позвоночника, косо по отношению к средней линии живота, с наклоном вниз и вправо. Форма пузыря овальная, основная часть контрастной массы располагалась в области дна и тела пузыря.

На рентгенограмме желчный пузырь имеет такую же овальную форму. Расположен он на уровне IV—V поясничных позвонков; расстояние от нижнего полюса пузыря до соответствующего по уровню позвонка (т. е. до V поясничного) — 5 см. Наибольший поперечник пузыря равен 2,9 см.

б) После погружения в глубокий гипнотический сон желчный пузырь, по данным рентгеноскопии, расплзался также справа от позвоночного столба и так же наклонно по отношению к средней линии живота. Форма пузыря оставалась овальной, с расположением большей части контрастной массы в области его дна.

При изучении соответствующей рентгенограммы оказывается, что дно пузыря несколько опустилось, а расстояние от нижнего полюса его тени до соответствующего по горизонтальному уровню позвонка (iv) стало равным 5,2 см.

Наибольший поперечник пузыря по-прежнему равен 2,9 см (рис. 19).

в) В момент внушения чувства насыщения жирной пищей желчный пузырь исследуемой (как показала рентгеноскопия) рас-



Рис. 19. Рентгенограмма желчного пузыря больной А-й Н. И., находящейся в глубоком гипнотическом состоянии. Никаких внушений испытуемой не сделано. На рентгенограмме видна темь желчного пузыря. Форма пузыря овальная, большая часть контрастного вещества располагается в области его, дна.

полагался с несколько меньшим наклоном по отношению к средней линии По форме он становился более узким, вытянутым, происходило сокращение пузыря, и контрастное вещество более или менее равномерно располагалось на всем его протяжении. Был замечен переход желчи в про 1 ока,

1*4

На рентгенограмме уровень расположения пузыря — от L_{ni} до Z-v. Расстояние от нижнего его полюса до L_v — 4,8 см. Наибольший поперечник пузыря равен в этом случае 2,3 см (рис. 20).



Рис. 20. Рентгенограмма желчного пузыря той же больной через 20 минут после сделанного ей внушения, что она съела вкусную жирную пищу, которую переваривает. На рентгенограмме отчетливо видно уменьшение размеров пузыря, сокращение его и некоторый подъем кверху, а также уменьшение поперечного размера, свидетельствующее о эвакуации желчи и контрастного вещества в ответ на словесное внушение.

Следовательно, данные как рентгеноскопии, так и рентгенографии показывают, что при внушении исследуемому чувства сытости от насыщения жирной пищей

желчный пузырь сокращается. При сравнении рентгенограмм, полученных до погружения в гипнотический сон и во время внушения чувства сытости, выяснилось, что изменились как протяженность тени пузыря (вместо L_{iv} — L_v уровень расположения стал соответствовать $L_{ш}$ — $Z-v$). так и степень наклона его к средней линии. К позвоночному столбу приблизился нижний полюс тени пузыря и положение последнего стало более косым, чем в начале исследования. Форма желчного пузыря после внушения стала вытянутой; контрастное вещество, занимавшее ранее главным образом дно и тело его, заполнило отчасти и шейку, вследствие чего наибольший поперечник пузыря значительно уменьшился (вместо 2,9 см стал равен 2,3 см).

Что касается рентгенологических данных, полученных после погружения в гипнотический сон, но до начала внушения, то они характеризуются лишь некоторым изменением в расположении пузыря, нижний полюс которого сместился несколько вправо (вместо 5 см расстояние от него до края соответствующего по уровню позвонка стало равным 5,2 см) и вниз.

2. Исследуемая В-на А. С, 40 лет.

а) До погружения в гипнотический сон (при рентгеноскопии) желчный пузырь располагался справа от позвоночного столба, причем тень органа в своей левой части несколько наслаивалась на тень позвоночника. Длинная ось желчного пузыря лежала почти параллельно средней линии живота, и тень его имела форму округлого овала. Контрастная масса располагалась в области дна и тела пузыря.

На рентгенограмме желчный пузырь, имеющий такую же овальную форму, как и при рентгеноскопии, расположен на уровне IV—V поясничных позвонков. Расстояние от нижнего полюса пузыря до соответствующего по уровню позвонка составляет 2,3 см. Наибольший поперечник пузыря равен 3,2 см (рис. 21).

б) В момент внушения чувства сытости желчный пузырь исследуемого, как показали данные рентгеноскопии, располагался также справа от позвоночника, тень его несколько опустилась. Форма пузыря стала более вытянутой, контрастная масса распределилась равномерно на всем протяжении органа. Пузырь равномерно сократился, контрастная масса постепенно переходила в желчные протоки.

На рентгенограмме расположение пузыря оставалось прежним, только несколько опущенный нижний полюс его тени стал отстоять от края L_v не на 2,3 см, а на 3 см. Наибольший поперечник уменьшился и стал равным также 3 см. Пузырь приобрел форму вытянутого овала (рис. 22).

в) Исследование через несколько дней, проведенное для контро-

ля, дало вначале картину такую же, как при первом исследовании.

г) Картина, полученная при исследовании, проведенном **через 20 минут** после приема яичного желтка, соответствовала **картине**.



Рис. 21. Рентгенограмма желчного пузыря больной В-й А. С. Больная находится в глубоком гипнотическом сне. Никаких внушений не сделано. На рентгенограмме видна тень желчного пузыря, наслаивающаяся своей левой частью на тень позвоночника. Пузырь имеет форму круглого овала. Контрастная масса располагается в области дна и тела пузыря.

полученной в результате внушения чувства насыщения, с той **лишь** разницей, что при рентгеноскопии наблюдалась более заметная эвакуация контрастного вещества в желчные протоки.

Следовательно, внушение чувства насыщения жирной пищей и в этом случае повлияло как на функцию-и форму желчного пузыря, так, отчасти, и на его по-



Рис. 22. Рентгенограмма той же больной через 20 минут после внушения, что она наелась сытной, жирной пищи. На рентгенограмме пузырь в прежнем положении, но форма его значительно изменилась: он приобрел вытянутую конфигурацию, нижний полюс его несколько опустился. Поперечник пузыря также уменьшился. Контрастная масса в ответ на словесный раздражитель начала эвакуироваться в желчные протоки.

Форма желчного пузыря стала более вытянутой, а положение его нижнего полюса несколько более отклоненным — вниз и вправо. Сравнение этих данных

с результатами повторного (контрольного) исследования показывает в данном случае сходство влияния на форму пузыря словесного внушения и естественного раздражителя (яичного желтка).
3. Исследуемый Д-й Н. И., 28 лет.

а) До погружения в сон желчный пузырь располагается справа от позвоночника параллельно средней линии живота (данные рентгеноскопии). Пузырь имел форму овала, основная часть контрастного вещества располагалась в области дна и тела пузыря.

После погружения в гипнотический сон произведен снимок. На рентгенограмме желчный пузырь, имеющий овальную форму, расположен на уровне L_{IV} расстояние от нижнего его полюса до соответствующего по уровню (IV поясничного) позвонка равно 0,3 см. Наибольший поперечник пузыря равен 2,9 см (рис.23). Никаких внушений не сделано.

б) При рентгеноскопии, проведенной через 20 минут после приема яичного желтка больным, находящимся в гипнозе, оказалось, что желчный пузырь расположен справа от позвоночного столба, почти параллельно средней линии, с незначительным наклоном вниз и влево. Пузырь несколько сузился, стало заметным его постепенное сокращение, контрастное вещество перешло в область тела, шейки и протоков.

На рентгенограмме уровень расположения желчного пузыря — L_{IV} , расстояние от нижнего полюса — 0,1 см. Форма пузыря — суживающаяся кверху, с наибольшим расположением контрастного вещества в области тела. Наибольший поперечник равен 2,7 см (рис 24).

в) Исследование, проведенное повторно (для проверки факта отсутствия эвакуации содержимого желчного пузыря без внушения и без действия яичного желтка), показало вначале картину, сходную с первым исследованием.

г) Данные рентгеноскопии и рентгенографии, полученные при исследовании через час, были те же, что и при предыдущем исследовании.

Следовательно, в этом случае было выяснено, что форма желчного пузыря изменилась под действием стимулятора — яичного желтка. Форма желчного пузыря в том случае, когда яичный желток не был принят исследуемым, не изменилась.

Мы не останавливаемся подробно на описании других аналогичных наблюдений.

Необходимо отметить, что внушение чувства сытости сопровождалось и общей реакцией исследуемых: почти у всех наблюдались повышение слюноотделения, облизывание губ, учащенные глотательные движения и др.

Анализ полученных нами данных показывает, что внушение чувства насыщения жирной, вкусной пищей

оказывает влияние на положение и форму желчного пузыря. Если при погружении в гипнотический сон нижний полюс пузыря чаще всего отклоняется несколько влево и вниз (или иногда остается в прежнем, неиз-



Рис. 23. На рентгенограмме желчного пузыря больного Д-ва Н. И., находящегося в гипнотическом сне, видна овальная тень желчного пузыря со скоплением контрастного вещества в области дна и тела пузыря. Никаких внушений не сделано.

менном положении), то после внушения этот же полюс в большинстве случаев отклоняется вправо и лишь в единичных—влево (по сравнению с положением до погружения в сон).

Эта реакция может быть объяснена тем, что желчный пузырь, будучи подвижным органом, меняет свое положение при внушении в связи с началом эвакуации

содержимого, повышением тонуса и сокращением своих стенок — сокращением, которое является активным мы-



Рис. 24. Рентгенограмма желчного пузыря того же больного, сделанная через 20 минут после принятия желтков 2 яиц (натуральный раздражитель). Больной по-прежнему спит глубоким гипнотическим сном. Никаких вмешательств не сделано. На рентгенограмме видно некоторое сужение и сокращение желчного пузыря с выходом контрастного вещества в область тела, шейки и протоков. Форма пузыря из овальной стала суживающейся кверху. Рисунок дается для сравнения изменений, возникших в гипнозе под влиянием внушения (условный раздражитель) и действительной пищи (натуральный раздражитель).

Сокращение пузыря сопровождается уменьшением размеров пузыря. Это равномерное и постепенное уменьшение размеров органа было замечено у всех исследованных

лиц. Что же касается положения пузыря после погружения в сон, но до начала внушения, то оно чаще всего характеризуется некоторым смещением влево и вниз или остается неизменным. Некоторое опускание дна пузыря в этих случаях может быть объяснено понижением тонуса стенок пузыря и его расслаблением, которое также рассматривается как активный мышечный акт (Л. Д. Линденбратен).

Следовательно, изменение положения желчного пузыря является результатом его мышечной деятельности, развивающейся под влиянием гипноза и внушения: погружение в сон вызывает некоторое расслабление пузыря, внушение же чувства насыщения жирной пищей — его сокращение, эвакуацию содержимого. Этому соответствуют и изменения формы желчного пузыря. Так, пузырь, имевший до внушения форму округлого овала, после внушения приобретает более вытянутую форму, иногда саблевидную. Это объясняется переходом большей части контрастного вещества из области дна и тела пузыря в его шейку и отчасти в желчные протоки. Соответственно этому изменяется как расположение контрастной массы, так и наибольший поперечник пузыря, в большинстве случаев значительно уменьшающийся.

Сравнение результатов этих наблюдений с контрольными исследованиями выявляет однотипность реакции желчного пузыря на словесное внушение и на действие такого безусловного раздражителя, как яичный желток. Различия, которые выявляются между данными первого и повторного исследования у одного и того же лица, незначительны и выражаются лишь в разной степени эвакуации контрастной массы, а потому и в разной степени изменения положения и формы самого пузыря. О том, что это не является следствием самопроизвольной эвакуации контрастного вещества, свидетельствует исследование, проведенное без внушения и без приема желтка.

Все полученные нами данные, характеризующие изменения формы желчного пузыря у людей, не страдающих заболеваниями печени и желчных путей, имеют значение и для клиники — их нужно учитывать при исследовании больных с заболеваниями печени и желчного пузыря.

В реакциях желчного пузыря на внушение ощуше-

ния сытости влияния возраста и пола обследуемых заметить не удалось.

Необходимо отметить, что наши исследования характеризуют лишь первый период в циклической деятельности желчного пузыря. Это период опорожнения, когда в ответ на различные нервные раздражения пузырь сокращается и его содержимое поступает в кишечник.

Наши исследования показали, что таким активатором деятельности желчного пузыря может быть не только пищевой продукт, содержащий белки и жиры, но и словесное внушение.

В дальнейшем, внушая больному, что им съедены желтки, нам удавалось вызывать ответные реакции желчного пузыря, такие же, какие вызывает и натуральный раздражитель. Важно лишь, чтобы больной до этого неоднократно получал желтки. Для клиницистов представляет особый интерес факт возникновения длительного спазма желчного пузыря под влиянием сильной отрицательной эмоции. Так, у наших больных при внушении им тех или иных ранее пережитых отрицательных эмоций неоднократно возникал длительный спазм желчного пузыря, сопровождавшийся застоем желчи.

Эти исследования могут служить прямым доказательством влияния психических травм на возникновение спазма желчного пузыря и его сфинктеров с последующим застоем желчи, что создает благоприятные условия для развития инфекции в желчном пузыре. С другой стороны, длительный спазм желчного пузыря ведет к возникновению болевого приступа с соответствующими интерорецепторными импульсами в кору полушарий головного мозга и ближайшую подкорку с образованием там очагов «застойного возбуждения». В таком случае могут появиться ответные импульсы из коры головного мозга к гладкой мускулатуре желчного пузыря, что приведет к возникновению «порочного круга», к нарастанию болевого синдрома. Мы полагаем, таким образом, что в патогенезе холециститов немаловажную и притом прямую роль играют психические травмы и переживания. Менее важным мы считаем вопрос о том, к какой группе заболеваний «кортико-висцеральных» или «висцеро-кортикальных», по терминологии М. В. Черноруцкого, следует отнести само

заболевание хроническим холециститом. Для нас наиболее приемлемыми являются взгляды М. В. Черноуц-кого, относившего хронические холециститы к «висце-ро-кортикальным» заболеваниям.

Среди больных бронхиальной астмой и язвенной болезнью, которых мы лечили гипнозом, было несколько человек, страдавших одновременно и хроническим холециститом. Эти больные заявили нам, что приступы болей в эпигастральной области справа, тошнота, рвота и другие проявления хронического холецистита под влиянием гипнотерапии у них исчезли. Эти наблюдения были подкреплены описанными выше специальными исследованиями, проведенными нами совместно с И. С. Преображенской, показавшими влияние словесного внушения на форму и положение желчного пузыря. Исходя из этих данных и описанных выше рассуждений, мы решили применить внушение в гипнозе для лечения больных, страдающих хроническими холециститами. Мы начали применять гипнотерапию больных хроническими холециститами с 1953 г. и по настоящее время провели такое лечение 20 больных, находившихся в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Отдаленные результаты, прослеженные нами в течение 12—18 месяцев, дали весьма обнадеживающий результат. :

Из 20 больных у нас находилось на излечении 12 женщин и 8 мужчин. По длительности заболевания наши больные распределялись следующим образом: до 1 года — 5 человек, от 1 года до 10 лет — 7, от 11 до 20 лет — 5, от 21 года до 30 лет — 3 человека. Возраст больных: с 10 до 20 лет — 2 человека, от 21 года до 30 лет — 8, от 31 года до 40 лет — 5, от 41 года до 50 лет — 3 и от 51 года до 60 лет — 2 человека.

По тяжести заболевания (частота приступов и обострений) мы наших больных разделили на три группы. Лиц, у которых приступы болей и рвоты возникали по несколько раз в год и только после нарушений пищевого режима, мы относили к группе больных легкой степени заболевания. Лиц, у которых обострения возникали по несколько раз в месяц без нарушений пищевого режима, — к группе больных средней степени тяжести. Лиц, нуждавшихся в стационарном лечении, у которых приступы протекали ежедневно, — к группе

больных тяжелой степени заболевания. Среди наших больных у 10 отмечалось явления функционального расстройства нервной системы.

Из 20 наших больных хроническим холециститом 10 отметили первый приступ болей, тошноты и рвоты после психических травм и длительных отрицательных эмоций. У 5 больных заболевание возникло вслед за пищевой интоксикацией «подозрительными», по словам больных, продуктами. У 5 больных заболевание хроническим холециститом выявилось вслед за инфекционным поражением пищеварительного тракта (понос, дис-пептические явления, температурная реакция и т. д.). В качестве иллюстраций приводим выписку из истории болезни больной, у которой заболевание холециститом возникло после тяжелой психической травмы.

Больная Б-а А Г., 46 лет. Клинический диагноз: хронический холецистит. Больная поступила в клинику госпитальной терапии 5/Х 1954 г. с жалобами на сильные боли в эпигастральной области справа, тошноту, рвоту, отрыжку, чувство сухости и горечи во рту, плохой аппетит. Боли возникли внезапно ночью после происшедшей за несколько часов до этого ссоры с мужем и его заявлении о разрыве. В этот вечер муж покинул дом. Больная тяжело переживала разрыв, долго плакала, а ложась спать, почувствовала неприятную тошноту, долго не могла уснуть, наконец заобылась тяжелым сном. Через 1 1/2—2 часа внезапно проснулась от сильного приступа болей в правом подреберье и тошноты. Очень испугалась этих новых для нее ощущений, так как дома больше никого не было. Вскоре началась рвота, сначала пищей, потом желчью. На стоны больной пришла соседка, которая вызвала скорую помощь. Врач неотложной помощи сделала инъекцию какого-то лекарственного вещества и сказала, что у больной приступ холецистита. Посоветовала положить грелку, выписала лекарство и предложила на следующий день обратиться в поликлинику. В дальнейшем больная была госпитализирована и диагноз холецистита подтвердился. Объективно при поступлении: больная среднего роста, правильного сложения, кожа и видимые слизистые чистые, бледные; подкожножировой слой выражен избыточно; лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при ощупывании. Пульс — 64 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов и акцента нет. Артериальное давление — 120/70 мм Нг. Число дыханий — 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно — чистое, везикулярное дыхание. Подвижность легочных краев легких — 6 см. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут. Пальпация брюшной полости болезненна в эпигастральной области справа (в правом подреберье). Пальпируется край печени, выступающий из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Па-

!0 а. И. Буль

стернацкого с обеих сторон отрицательный. Почки не пальпируются. Другие внутренние органы без патологии. Больная контактна, эмоционально лабильна. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Дермографизм красный, разлитой, стойкий. Тремор рук, век, языка. Внушаемость резко повышена (пробы на внушаемость 3 и 4-я положительные). Анализ крови: эритроцитов — 4 200 000, гемоглобин — 70%, лейкоцитов — 9250, эозинофилов — 1%, палочкоядерных — 6%, сегментоядерных — 53%, лимфоцитов — 37%, моноцитов — 3%. РОЭ — 20 мм в час. Анализ мочи и кала — без особенностей. Анализ желудочного содержимого — незначительное снижение кислотности. Анализ дуоденального содержимого: порция «А» — золотисто-желтого цвета, слегка мутная; слизь в небольшом количестве, в слизи лейкоциты — 1—3—5 в поле зрения; клетки плоского эпителия в небольшом количестве. Порция «В» — оливковая, прозрачная; слизь в небольшом количестве, в слизи — единичные лейкоциты. Порция «С» — желтая, прозрачная, в слизи лейкоциты в значительном количестве, до 5—8' в поле зрения. Рентгеноскопия органов грудной полости: диафрагма удовлетворительно подвижна; легочные поля повышено прозрачны; легочный и корневой рисунок без особенностей; сердце в размерах не увеличено, аорта в норме. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта — без особенностей. Долгительно и упорно лечилась обычными методами, но без эффекта. 15 сеансов гипнотерапии оказали хорошее лечебное действие. Ремиссия длится год.

В процессе лечения были выработаны показания и противопоказания для направления на гипнотерапию больных хроническими холециститами.

Показаниями для гипнотерапии служили:

- 1) острое начало в связи с отчетливо выявленной психической травмой или тяжелыми переживаниями;
- 2) наличие выраженных проявлений функционального расстройства нервной системы;
- 3) отсутствие эффекта от применения обычной медикаментозной терапии;
- 4) условнорефлекторный механизм возникновения повторных приступов болей и рвоты;
- 5) отсутствие предубеждения больного против гипнотерапии.

Противопоказаниями для направления на гипнотерию служили:

- 1) возникновение холецистита после пищевой интоксикации;
- 2) наличие высокой температуры и диспептических нарушений;
- 3) наличие деформаций, спаек и **других органиче-**

ских изменений желчного пузыря, выявляемых при холецистографии;

4) произведенное оперативное вмешательство на пузыре (холецистотомия).

Все больные обследовались в клинике до начала гипнотерапии, а также во время и после ее применения.

Десять больных подвергались только гипнотерапии, а все другие медикаментозные и физиотерапевтические назначения, кроме экстренных при сильных болях, им были отменены.

Десять других больных пользовались смешанной, комплексной терапией, включавшей назначение обычных средств и гипнотерапии.

Лучшие результаты были получены при применении комплексной терапии.

Эффективность лечения зависела также в значительной степени от глубины гипнотического состояния, т. е. от степени внушаемости и гипнабельности больных, а также от длительности лечения.

По степени глубины гипнотического состояния наши больные распределялись следующим образом: больных с I степенью гипноза — 6, с II степенью гипноза—4, с III степенью гипноза — 7, гипноз не развился у 3. ■

Лечебные внушения проводились с учетом жалоб больных, развития и течения их заболевания.

Прежде всего мы обращали внимание на то, как и сколько больной спит, подчеркивая в наших внушениях значение нормального сна для улучшения состояния нервной системы. Мы внушали нашим больным, что они теперь не будут болезненно воспринимать различные обиды, огорчения. Специальными внушениями мы старались устранить тошноту, рвоту, отрыжку и другие диспептические явления.

Показателями эффективности гипнотерапии для нас служили данные о течении заболевания, в первую очередь длительность ремиссии, -а также результаты лабораторных исследований и рентгенографии, проводившейся до начала лечения, во время его проведения и после окончания.

Мы учитывали также и личное впечатление больного об эффективности гипнотерапии.

После окончания курса лечения больные на протя-

Ю*

жении 2 лет периодически являлись в клинику для специального обследования.

В качестве иллюстрации приводим краткие выписки из историй болезни наших больных.

Больная 3-на Н. С., 53 лет. Поступила в КЛИНИКУ госпитальной терапии 1-го ЛМИ им акад. И. П Павлова 5/11 1955 г. с жалобами на одышку, тупые сильные боли в эпигастральной области справа, связанные с приемом жирной пищи и волнениями

Клинический диагноз хронический холецистит; хронический гипоацидный гастрит; функциональное расстройство нервной системы. Больна 3 года. Заболеванию предшествовала психическая травма. Сначала приступы болей в животе возникали по несколько раз в месяц, только после волнений и нарушений диеты. Последний год боли стали ежедневными, беспокоят и ночью; появилась отрыжка, рвота, горький вкус во рту. В 1955 г. был впервые поставлен диагноз хронического холецистита и гипоацидного гастрита. Обследовалась в онкологическом отделении В связи с ухудшением состояния и усилением болевого синдрома больная поступила на лечение в клинику.

Объективно: больная среднего роста, подкожножировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа чистые, бледны. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов и акцентов нет. Пульс — 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 130/80 мм Hg. Число дыханий — 20 в минуту, равномерное. Границы легких в ппечелах нормы. Перкуторно — легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно — чистое, везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной конфигурации, мягкий, болезненный при пальпации в правом верхнем квадранте. Локализованная болезненность при пальпации справа от пупка. Небольшая ригидность прямых мышц живота справа при глубокой пальпации. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернака отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Больная контактна, эмоционально лабильна. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Дрожание вытянутых пальцев, рук, век, языка. Внушаемость повышена (пробы на внушаемость 2 и 3-я положительные). Клиническое исследование крови: эритроцитов — 4 000 000; гемоглобин — 69%; цветовой показатель — 0,86; лейкоцитов — 4000. Лейкоцитарная формула: эозинофилов — 2%, палочкоядерных — 3%, сегментоядерных — 73%, лейкоцитов — 19%. моноцитов — 3%. РОЭ 12 мм в час. Рентгеноскопия грудной клетки: диафрагма подвижна, легочный и корневой рисунок без изменений; сердце лежит медиально, слегка увеличено за счет левого предсердия и желудочка; в 1-м косом положении несколько выступает легочный конус. Анализ желчи: порция «А» — светло-желтого цвета, прозрачная, лейкоциты — до 10 в поле зрения, клетки плоского эпителия в небольшом количестве. Порция «В» — оливкового цвета, прозрачная, лейкоциты — 0—2—4—6 в поле зрения, в хлопьях слизи лейкоцитов до 25—30 в поле зрения, лямблии не обнаружены. Остальные анализы без патологических отклонений от нормы. Ввиду безуспешности обычного медикаментозного лечения на-

правлена на гипнотерапию. После 5-го сеанса гипнотерапии прекратились боли, исчезла рвота. После 8-го- сеанса исчезли тошнота и горечь во рту, наладился сон, улучшились аппетит и настроение. Всего курс лечения состоял из 20 сеансов гипнотерапии. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты прослежены в течение 1 года 3 месяцев. Состояние остается хорошим.

Больная К-ва А. Г., 40 лет. Поступила в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 10/Ш 1955 г.

Клинический диагноз: хронический холецистит, бронхиальная астма, функциональное расстройство нервной системы. Поступила в клинику с жалобами на сильный приступ болей в правом подреберье. Приступу предшествовала тяжелая психическая тоапма. Больной себя считает с 1946 г. Сначала после психической травмы расстроился сон, появились стойкие длительные (до 5 дней) запоры, не поддававшиеся обычным средствам лечения. К болевому синдрому вскоре присоединились рвота, горький вкус во рту, отрыжка. Боли, рвота усиливались после волнений и приема жирной пищи. В дальнейшем к основному заболеванию присоединилась бронхиальная астма. В связи с нарастанием болей поступила в клинику госпитальной терапии 1-го ЛМИ. Объективно: больная среднего роста, подкожножировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа бледны. Пульс — 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальное давление — 120/75 мм Нг. Число дыханий — 18 в минуту, равномерное. Грудная клетка правильной формы. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: чистое, везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезнен при пальпации в правом верхнем квадранте. При глубокой пальпации — урчание и ригидность мышц справа. Печень выступает при пальпации на 2 см из-под края реберш й дуги. Селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Сильная контактная, эмоционально неустойчива. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Дермо[графизм красный, стойкий, разлитой. Тремор рук, век, языка. Больная повышено внушаемая (пробы на внушаемость 3 и 4-я положительные). Анализ крови, гемоглобина — 69%, эритроцитов — 4 500 000.; цветовой показатель — 0,5; лейкоцитов — 6388 (эозинофилов — 5%, палочко-ядерных — 2%, сегментоядерных — 61%, лимфоцитов — 24%, моноцитов — 7%). РОЭ — 15 мм в час.

Рентгеноскопия: оба купола диафрагмы стоят на уровне VII1 ребра; судить о подвижности не удается; легочный и корневой рисунок не усилен. Сердце несколько увеличено за счет левого желудочка; аортальная тень в норме. Исследование желчи: порция «А» — желтая, слегка мутная, слизь . в значительном количестве, лейкоциты покрывают все поле зрения; порция «В» — желтая, слегка мутная, слизь в большом количестве, в слизи лейкоциты густо покрывают все поле зрения. Остальные анализы без существенных отклонений от нормы. Ввиду недостаточной эффективности медикаментозного лечения больная была направлена на гипнотерапию. Курс лечения составил 30 сеансов. Боли, рвота, отрыжка и чувство горечи во рту исчезли. Больная была выписана из клиники

6 удовлетворительном состоянии. Катамнез: результаты лечения прослежены в течение года. Ремиссия продолжается. Рецидива заболевания нет.

Механизм терапевтического действия гипнотерапии при заболевании хроническими холециститами мы представляем себе схематически в следующем виде. Под влиянием тяжелых переживаний возникают нарушения высшей нервной деятельности, а при очередной психической травме — ее «срыв», и патологические корковые импульсы определяют возникновение длительного спазма желчного пузыря с последующим застоем желчи. От интерорецепторов слизистой желчного пузыря и сократившейся гладкой мускулатуры его по центростремительным проводникам в кору полушарий головного мозга устремляется поток импульсов, которые, падая на функционально ослабленные корковые клетки, приводят их в состояние «застойного возбуждения». Возникающее при гипнотерапии торможение гасит эти «очаги застойного возбуждения», и постепенно нервные клетки коры головного мозга, находясь в состоянии охранительного торможения, восстанавливают свою работоспособность.

Во время сеанса гипнотерапии болевые раздражения, возникшие под влиянием спазма или присоединившегося воспалительного процесса не доходят до заторможенной коры полушарий, и следовательно, они не переходят в болевое ощущение. Поэтому применение гипнотерапии при хронических холециститах следует считать физиологически обоснованным. Гипнотерапия, проведенная 20 больным, страдавшим хроническим холециститом, дала следующие результаты.

1. У 10 больных получена стойкая ремиссия. Из них ремиссия у 4 человек держится уже 6 месяцев, у 3 — от полугода до года и у 3 других — от 1 года до Р/глет.
2. У 5 человек получено улучшение; исчезли рвоты, уменьшились боли и другие диспептические явления.
3. У 5 больных эффекта от применения гипнотерапии не получено.

Эффективность гипнотерапии у наших больных зависела от тяжести заболевания, глубины гипнотического состояния и длительности лечения. Пять больных, не получивших облегчения от гипнотерапии, были недостаточно гипнабильны и внушаемы.

Выводы

1. Гипнотерапия больных хроническим холециститом физиологически обоснована.
2. Лечение гипнозом больных хроническим холециститом оправдывает себя (из 20 больных только у 5 не получено лечебного эффекта, у остальных 15 больных наблюдались ремиссия или улучшение, т. е. благоприятные результаты).
3. Наибольший эффект гипнотерапия дает в сочетании с обычными методами лечения. Гипнотерапия показана особенно тем больным, которым медикаментозная терапия не дает достаточного эффекта.
4. Рабочая гипотеза" терапевтического действия гипнотерапии, принятая нами, позволяет представить сущность положительного влияния внушения при хронических холециститах. Гипнотическое торможение гасит «очаги застойного возбуждения» в коре полушарий головного мозга и тем самым размыкает патологическую рефлекторную дугу в ее главном звене.
5. Словесное воздействие в гипнотическом сне может вызвать изменение формы и положения желчного пузыря при косвенном внушении.
6. При словесном внушении в гипнотическом сне приема жирной пищи возникает желчеотделение, подобное тому, какое имеет место при воздействии натурального раздражителя.
7. При внушении отрицательной эмоции возникает длительный спазм желчного пузыря и задержка (застой) желчеотделения. Положительные эмоции заметного изменения формы и положения желчного пузыря не вызывают.

ИАТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В клинике внутренних заболеваний психотерапевт чаще, чем это принято думать, встречается с больными, страдание которых возникло на почве иатрогении. Каждый врач, независимо от своей специальности, должен помнить не только о положительном влиянии на больного врачевного слова, но и об отрицательном действии, которое может оказать неосторожное выражение врача в разговоре с больным. Часто также в присутствии больного врачи беседуют между собой о характере и тече-

нии заболевания, применяя отдельные латинские термины, думая, что специальная терминология не будет понятна больному. Однако больного латинские термины нередко устрашают. Больной ловит и впитывает в себя, как губка, каждое оброненное врачом слово и не только слово, но даже и жесты или многозначительные взгляды. Многие невротические больные склонны предполагать худшее в своем заболевании. Поэтому неосторожное слово падает, так сказать, на уже подготовленную почву, оказывая отрицательное влияние на дальнейшее течение болезни. В литературе описаны яркие примеры иатрогенных заболеваний. Приведем одно из наблюдений известного советского психотерапевта К. И. Платонова.

Больная М., 29 лет, учительница В течение 6 месяцев находится во власти навязчивого страха одиночества из-за боязни внезапно умереть от «расширения сердца». На уроки ходит медленно, с осторожностью, дома большую часть времени проводит в постели. Беспреданно считает свой пульс, плохо и тревожно спит. Повышенно раздражительна. Причиной этому послужило следующее. 6 месяцев назад больная поехала из Харькова в Кисловодск отдохнуть и «укрепить нервы». Врач при перкуссии нашел увеличенными границы сердца. На вопрос больной: «Что это значит?» — последовал ответ: «А это значит, что сердце раздулось, как пузырь!» Врач посоветовал больной беречь сердце, избегать волнений, поднимания тяжестей и т. д. С этого дня, как говорит больная, она потеряла покой. Мысль, что сердце может «лопнуть, как пузырь», не покидала ее. В Харьков больная вернулась полуинвалидом. Она потеряла прежнюю работоспособность, стала изводить себя и окружающих. Навязчивый страх настолько овладел ею, что уверения авторитетных терапевтов не достигали цели. И только психотерапевтическое воздействие в гипнотическом состоянии быстро освободило больную от ее навязчивого страха и вернуло ей полную прежнюю работоспособность.

В нашей работе мы также неоднократно сталкивались со случаями иатрогений, возникших под влиянием неосторожного слова врача. Приведем два наблюдения для иллюстрации.

Больная М., 54 лет, бухгалтер. Большую часть суток лежит в постели, лишь изредка, в самых необходимых случаях, поднимается. Так продолжается 5-й год. Всякое движение вызывает приступ болей в области сердца и сильные сердцебиения. В настоящее время, по заключению квалифицированных терапевтов (с учетом ЭКГ), деятельность сердца в удовлетворительном состоянии, границы в пределах нормы, шумов нет. Артериальное давление — 150/90. Пульс — 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, аритмичен.

Больная рассказывает, что 5 лет назад лежала в больнице во поводу брюшного тифа. Болезнь, по словам больной, протекала тяжело, временами больная теряла сознание. Однажды она слышала, как два врача обменивались мнением о ее состоянии, высказывали опасение за ее сердце. Вечером того же дня состояние больной было особенно тяжелым. Вызванный дежурный врач, посидев у постели больной, пощупал ее пульс и сказал, обращаясь к сестре: «Финита!». Больная, окончившая в свое время гимназию, хорошо знала латынь, и в словах врача уловила роковой приговор. «Я сразу же потеряла сознание», — рассказывает она. С этого дня больная, вопреки прогнозу оставшаяся жить, потеряла покой, ее охватил постоянно державшийся страх за сердце, за жизнь. Ей все время казалось, что сердце ее вот-вот остановится и наступит конец. При попытках переменить положение стали возникать боли в области сердца и приступы сильных сердцебиений. Временами, наоборот, сердцебиения сменялись замиранием сердца, и больная не могла прощупать свой пульс. «Моя жизнь превратилась в мучительную пытку, в постоянный страх за сердце». Последующие заверения врачей в том, что ее сердце находится в удовлетворительном состоянии и что ей ничто не угрожает, не успокаивали больную. Гнетущий страх держался. Выписанная домой, она несколько успокоилась, но ненадолго. Вскоре приступы болей и сердцебиений усилились. Мы были вызваны участковым врачом на консультацию. Нам удалось погрузить больную в гипнотическое состояние и сделать ей соответствующие лечебные внушения. После 10 сеансов она стала ходить по комнате, боли прошли, но сердцебиения еще держались. После 15 сеансов больная впервые стала выходить на улицу. Интересно отметить, что процесс одевания вызывал у нее приступ сердцебиений. На улице ее внезапно охватывал страх, что сердце не выдержит. После 20-го сеанса больная окончательно освободилась от всех болезненных явлений со стороны сердца. Вскоре она уже катала внука на санках по саду. Состояние больной до настоящего времени хорошее (наблюдение за больной продолжается третий год).

Больной М., 46 лет, инженер. Обратился по совету врача поликлиники в наш психотерапевтический кабинет. На прием пришел с большим трудом, с частыми остановками по пути. Предъявил целый ряд жалоб на боли в сердце, сердцебиения и одышку. Боли, по словам больного, иррадиируют в левую лопатку и руку. Заболеванию предшествовала психическая травма, полученная во время беседы с врачом. При осмотре объективно: пульс — 90 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны глуховаты, акцентов и шумов нет. Из анамнеза выяснились следующие обстоятельства. Больной, как он сам себя характеризовал, мнительный, впечатлительный, эмоционально лабильный, полгода назад узнал о смерти своего друга от инфаркта миокарда. Больной был неприятно поражен столь быстрой и внезапной кончиной товарища, с которым еще за неделю до дня его смерти разговаривал на улице: товарищи рассказывали друг другу о своем здоровье, причем доминировали жалобы, в общем довольно схожие, на болезненные нарушения деятельности сердца. Теперь, узнав о гибели друга, наш больной забеспокоился о себе самом. Чем больше он прислушивался к работе своего

сердца, тем хуже оно, как ему казалось, билось. Вскоре появились приступы болей, нараставшие в интенсивности и частоте. Был вызван врач поликлиники. Осмотрев больного, он заявил: «Да, батенька, мотор требует капитального ремонта! Придется лежать месяц, не меньше!» Больной очень испугался, но все же спросил о диагнозе; врач авторитетно ответил: «Предполагаю грудную жабу!» Затем последовали наставления и советы, были выписаны рецепты и, прощаясь с больным, врач сказал. «Будет хуже, вызовите скорую помощь!».

В коридоре за неплотно закрытой дверью врач давал последние указания жене больного. На ее вопрос, насколько серьезно положение мужа, он ответил, что предполагает инфаркт миокарда, в лучшем случае стенокардию.

Больной напряженно прислушиваясь к негромкой, но отчетливо слышимой речи врача, понял, как он выразился, что ему «кукушка прокуковала». В дальнейшем на дому была произведена электрокардиография. В ожидании электрокардиограммы больной мучился в тревоге и страхе, потерял сон и аппетит, что еще больше ухудшило его состояние. Через неделю до больного дошла ЭКГ с успокоительным заключением, что данных на инфаркт нет, имеются лишь мышечные изменения и увеличение левого желудочка. Однако это заключение не могло успокоить травмированную психику больного, тем более, что на вопрос врачу, не может ли быть ошибки в диагнозе, тот ответил: «Показания ЭКГ не абсолютны!» В дальнейшем, после почти 2-месячного пребывания в постели, начались хождения больного по различным кабинетам и обращения к различным крупным специалистам. Не всегда, по словам больного, диагнозы совпадали, иногда высказывались диаметрально противоположные заключения, что еще больше смущало больного. Часто одни специалисты отменяли назначения других, что также дезориентировало больного. Наконец, один из терапевтов посоветовал полечиться больному гипнотерапией. Нужно сказать, что только после 20 сеансов удалось получить первые признаки успокоения и улучшения деятельности сердца. Всего на курс потребовалось проведение 40 сеансов гипнотерапии. В настоящее время состояние больного вполне удовлетворительно, о чем можно судить по тому, что больной по нашему совету начал заниматься спортом. Наблюдение продолжается 2-й год. Больной окреп, хорошо спит, состояние нервной системы значительно улучшилось.

О целебном значении успокоительной беседы врача известно высказывание выдающегося отечественного психотерапевта В. М. Бехтерева, который считал, что после одной только беседы с врачом больному всегда должно становиться лучше. Некоторые врачи недооценивают это правило.

Иатрогения возникает иногда и в тех случаях, когда, например, медицинская сестра неудачно «разъясняет» больному, что у него обнаружено врачом. Известны случаи, когда сам больной вычитывал «контрабандой» записи из полученной карточки или истории бо-

лезни и, неправильно истолковав запись, впадал в тяжелое депрессивное состояние, резко ухудшавшее течение заболевания. Подобные факты еще и еще раз напоминают врачам о необходимости крайне осторожного выбора слов в разговоре и общении с больным. К чести наших советских врачей надо сказать, что психотерапевты все реже и реже теперь встречаются с фактами иатрогении. Широкое распространение учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, а также все нарастающий интерес к вопросам психотерапии — лучшие гарантии того, что подобные явления скоро совершенно исчезнут из нашей медицинской практики. Могучее действие слова врача должно быть направлено на исцеление больного. Лечение словом или воздействие через вторую сигнальную систему лежит в основе психотерапии в самом широком смысле.

К сожалению, еще встречаются иатрогении, вызываемые специалистами различных отраслей медицины. Так, иногда в терапевтическую клинику попадают больные после психических травм, нанесенных хирургами. Хотя еще древние врачи (Авиценна) указывали на то, что у врача есть три главных средства воздействия на больного «слово, трава и нож», тем не менее хирурги, увлекаясь иногда скальпелем, забывают о том, что именно их слово имеет особенно веское значение для больного, доверяющего им свою жизнь.

В операционной иногда можно услышать такие замечания врача, производящего операцию под местной анестезией: «Смотрите, здесь кругом спайки» и т. п. Хорошо известно, что психическая травма оказывает отрицательное действие на общую сопротивляемость организма и, в частности, резко ослабляет процессы заживления послеоперационных рлн. Поэтому хирурги должны соблюдать «стерильность» слова. Следует помнить, что человеческое слово, особенно слово врача-хирурга,— самый острый скальпель, могущий принести не только пользу, но и непоправимый вред больному. Мы неоднократно встречали больных, испытывающих боли и недомогания потому только, что они слышали о своих «спайках». Нередко та или иная фраза, сказанная врачом, принимает самые причудливые формы в сознании травмированного больного. Так, например, замечание врача при пальпации брюшной полости

больного: «Селезенки нет!» приобретает в глазах больного совершенно другой, устрашающий оттенок. К сожалению, мы, врачи, еще нередко нарушаем правила деонтологии, хотя об этом пишут и говорят достаточно.

Словом можно убить человека, словом же можно поднять больного с постели, к которой он был прикован долгое время.

Как известно, ряд отечественных ученых В. Н. Финне, П. П. Подъяпольский, И. С. Сумбаев, В. М. Бехтерев получали с помощью гипнотических внушений волдыри от воображаемого ожога кожи (внушенного прикосновения горячего предмета), синяк от внушаемого «удара» и даже внушенное отморожение участка кожи конечности. Известно, что сердечно-сосудистая система особенно чувствительна к внушениям.

Р. А. Лурия различает в заболевании внутреннюю и внешнюю картину болезни. Под внешней картиной он понимает все то, что можно получить на основании всех доступных методов исследования, а под внутренней картиной болезни — все то, что переживает больной, всю массу его ощущений, не только болезненных, но и его общее самочувствие, его представления о своей болезни, о ее причинах — все, что связано для больного с приходом его к врачу, весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций и аффектов, конфликтов, психических переживаний. Лучшими примерами такой внутренней картины болезни являются иатро-генные заболевания, когда под влиянием нанесенной врачом психической травмы у больного возникает целый ряд новых ощущений, например диспептические явления, когда больной узнает об отсутствии у него соляной кислоты в желудочном соке или об опущении желудка. Сердцебиения и боли, чувство давления в груди, головокружение и т. п. явления могут возникать в связи с сообщением рентгенолога при обследовании о расширении у больного аорты на 0,5 см или в результате обнаруженного врачом ничтожного изменения артериального давления.

Ю. В. Каннабих, известный советский психотерапевт, приводит пример того, как необдуманно словом врача также была нанесена больному тяжелая психическая травма. Больной, явившийся на прием к врачу и не

предъявлявший никаких жалоб на состояние своей сердечно-сосудистой системы, был буквально поражен фразой врача. «Как вы умудрились так рано и так основательно испортить свое сердце? У вас не сердце, а какая-то тряпочка». После такого заявления врача, больной вскоре «почувствовал» свое сердце и притом основательно.

Тогда, когда внимание благодаря иатрогенной психической травме оказывается сосредоточенным на ощущениях со стороны внутренней среды организма, особенно если эти ощущения окрашены эмоцией страха, то больной оказывается лишенным здоровой критики и ничтожные ощущения вырастают в его сознании как «жуткие боли», «кошмарные состояния» и т. д., надолго лишая его нормального состояния существования и трудоспособности. Не лишним будет вспомнить здесь высказывание И. П. Павлова о том, что не только из скелетно-двигательного аппарата идут центростремительные, афферентные импульсы в кору, но и от других органов. Это и определяет, по мнению И. П. Павлова, возможность корковых влияний на них. Последние, однако, возникают крайне редко при исключительных, искусственных или болезненных условиях. Причина этого та, что, с одной стороны, деятельность других органов и тканей, кроме скелетно-двигательного аппарата, саморегулируется главным образом в низших отделах центральной нервной системы, а с другой стороны — маскируется основной деятельностью больших полушарий, направленной на сложнейшие отношения с окружающей внешней средой.

В тех случаях, когда эта основная деятельность коры отвлекается от сложных отношений с внешней средой в результате иатрогенных психотравм, когда все внимание больного концентрируется на ограниченном круге ощущений, тогда такое концентрированное возбуждение приводит к разлитому торможению во всех остальных районах коры больших полушарий. Это способствует растормаживанию подкорковой области, нарушает саморегуляцию функций внутренних органов и создает возможность болезненных на них влияний, исходящих из коры головного мозга. Часто неудачные формулировки врача о «расширении сердца», «спайках» в брюшной полости, «перегибах» мочеочника

и т. п. неправильно воспринимаются больными, фиксируются в его сознании и связываются с соответствующими патологическими состояниями, ибо такой важный корковый акт, как синтезирование, может, по И. П. Павлову, совершаться и в отдельных участках полушарий, находящихся в состоянии частичного коркового торможения. Оно может происходить даже во сне под влиянием преобладающего в коре в данный момент сильного раздражения.

Г. Б. Геренштейн неоднократно указывал на то, что нередко чуткие и внимательные врачи (но слабые психотерапевты) из самых лучших побуждений начинают рассказывать больному обо всем, что они у него находят. Такой врач заботливо чертит на груди у больного карандашом границы сердца, делится своими впечатлениями по поводу изменений его клапанов или же недоумевает из-за ничтожных изменений пульса. При всем этом врач не видит, не замечает одного — того, что у больного от такого «собеседования» градом катится пот, а если и замечает выступивший пот, то относит его за счет «слабости сердечной деятельности» или же «вегетативной лабильности». Хороший врач, достаточно сведущий в вопросах психотерапии, знает, что можно и что нельзя сказать больному. К сожалению, есть еще врачи, которые без рентгеновских данных, без лабораторных исследований не посчитают возможным поставить диагноз и, наоборот, слишком легко ставят диагноз на основании подчас одних лишь лабораторно-инструментальных данных, забывая о личности больного в целом, а также о том, что добавочные методы исследования, как бы они совершенны ни были, являются лишь вспомогательными средствами диагностики. Нередко и больные неправильно воспринимают данные анализов и исследований, которые иногда подчеркиваются красным карандашом в лаборатории, что еще больше травмирует больного.

Необходимо учитывать, что бывают такие состояния больного, когда временно он не только не нуждается в специальном лечении, но проведение последнего бывает даже вредно. В таких случаях показано, например, деликатное, умелое игнорирование жалоб, т. е. так называемое «психотерапевтическое невнимание» к ним (Г. Б. Геренштейн).

ФОБИИ

В клинике внутренних болезней нам также часто приходилось сталкиваться с больными канцерофобией, фобиями заболеваний сердечно-сосудистой системы (кардиофобии) и других органов. «Канцерофобией» называют необоснованный, не подтверждаемый объективными данными страх заболеть раком, сопровождающийся многочисленными мучениями. При этом больной испытывает чувство тошноты и другие нарушения деятельности внутренних органов, которые обычно связывают с воображаемым раком. Под нашим наблюдением было 10 таких больных, выздоровевших от этого тяжелого и мучительного страдания после гипнотерапии, потребовавшей большого труда и терпения.

В возникновении рассматриваемого страдания также нередко имеет значение иатрогения. Это обстоятельство следует учитывать при проведении санитарно-просветительных мероприятий.

Особенно часто канцерофобия возникала у наших больных, когда они находились в палате по соседству с действительно раковым больным. Яркость и сила впечатлений, возникавших при виде такого больного, его страданий и гибели, поражали воображение других больных — соседей по палате. У больных канцерофобией обычно обнаруживались проявления функционального расстройства нервной системы, а также черты тревожно мнительного характера. Эти больные с навязчивыми мыслями о раке часто сами критически относились к своему «заболеванию», понимали недостаточную его обоснованность, но тем не менее не могли освободиться от страха перед воображаемым страданием.

В качестве иллюстрации приведем два примера из нашей практики.

Больная К-ва Л. П., 30 лет. Принята на амбулаторное лечение 13/1 1956 г. Больная 11 /XI 1955 г. оперирована по поводу геморроидального расширения вен прямой кишки, вызывавшего обильные кровотечения. Операция была произведена в одной из клиник Ленинграда, прошла успешно, но в соседней палате находилась больная, действительно страдавшая раком прямой кишки, которая вскоре скончалась. После этого наша больная заболела канцерофобией в тяжелой форме. Несмотря на уверения хирурга, что у больной **был** всего лишь геморрой, что рака у нее нет. К-ва врачу не верит, **говорит: «Вы меня обманываете, я чувствую, что у меня рак,**

я знаю, что обречена!» Больная непрерывно плачет, прощается с родственниками, отдает распоряжения, где и как ее похоронить и т. д. ! ольная похудела на 4 кг, плохо ест, перестала спать, извела себя и мужа.

При поступлении на гипнотерапию: больная ниже среднего роста, правильного сложения. Полкожножировой слой выражен крайне слабо. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. Костно-мышечных деформаций нет. Пульс — 104 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца чистые. Артериальное давление — 1С0/80 мм Нг. Число дыханий — 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Границы легких в пределах нормы. Пер-куторно над легкими — легочный звук. Язык, чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут. Пальпация эпигастральной области безболезненна. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Поколачивание по области почек безболезненно с обеих сторон. Мочеполовая сфера без особенностей. Больная хорошо контактна. Эмоционально неустойчива Симптомов органического поражения нервной системы не определяется. Глоточный и корнеальный рефлексy снижены. Дермографизм красный, стойкий, линейный. Кожа влажная, теплая. Резкий тремор пальцев рук, век, кончика языка. Повышенная внушаемость (пробы на внушаемость 3 и 4-я положительны). Кровь: эритроцитов — 4 390 000; гемоглобина—80%; цгетовой показатель — 0,93- лейкоцитов — 5 500 (зозинофилов — 6,5%, палочкоядерных — 2%, сегментоядерных — 73%, лимфоцитов— 14.5%, моноцитов — 4%). РОЭ — 9 мм в час. Анализы мочи, желудочного содержимого, кала без особенностей. Рентгеноскопия грудной полости: легочные поля без очаговых изменений; диафрагма подвижна; сердце в размерах не увеличено, пульсация его усилена; аорта не удлинена. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без особенностей. Данные электрокардиографии — без отклонений от нормы Глазное дно в норме. С больной проведено свыше 30 сеансов гипнотерапии. В процессе лечения постепенно навязчивые мысли стали бледнеть, стала спокойнее, наладится сон, улучшился аппетит, прибавила в весе 5 кг за месяц. К концу курса гипнотерапии больная полностью освободилась от канцерофобии. «Вспоминаю о своей болезни как о кошмарном сне», — заявляет она. Отдаленные результаты лечения прослежены в течение 2 лет. Состояние хорошее.

Больная Р-а К. П., 22 лет. Поступила на амбулаторное лечение при клинике госпитальной терапии 5/Х1 1955 г. Больная очень обидчива, эмоционально неустойчива, мнительна. Всегда боялась заражения, по 8—10 раз в день мыла руки. Больная незадолго до заболевания канцерофобией перенесла тяжелую психическую травму — смерть матери. Больная долгое время ухаживала за матерью, у которой был рак желудка, видела ее страдания.

Через некоторое время после смерти матери наша больная стала замечать у себя симптомы, похожие на те, которые она наблюдала у матери: исчез аппетит, за короткое время она похудела на 8 кг, расстроился сон, у больной появилась рвота. Больная во время болезни матери читала много медицинских книг и учебников. Критика к своему состоянию у больной была сохранена. Больная обратилась к врачу в поликлинику. Выслушав и осмотрев больную»

1КП

врач успокоил ее, заявив, что она, по-видимому, соматически здорова, но нуждается в лечении у невропатолога. На вопрос больной о том, бывает ли рак желудка у молодых людей, врач ответил: «Бывает, но очень редко». Это заявление, по словам больной, произвело на нее удручающее впечатление. Уговоры родственников не помогали. На следующий аень больную принял врач невропатолог, и по его совету она пришла к нам.

Больная среднего роста, правильного сложения. Подкожножи-ровой слой выражен крайне слабо. Кожа и видимые слизистые бледны Пульс — 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Аускультативно нежный систолический шум на верхушке сердца. Артериальное давление — 90/60 мм Нг. Число дыханий — 18 в минуту, равномерное. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими — легочный звук. Подвижность легочных краев — 6 см Аускультативно. чистое, везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка и почки не пальпируются Мочеполовая сфера без патологии. Больная эмоционально лабильна, мнительна Симптомов органического поражения нервной системы не определяется. Дермографизм красный, стойкий, разлитой Выраженный тремор рук, век, языка. Корнеальные и глоточный рефлекс резко ослаблены. Резко повышена внушаемость (пробы на внушаемость 4 и 5-я резко положительные).

Кровь: эритроцитов — 4 280 000; гемоглобина — 75%; цветовой показатель — 0,9; лейкоцитов — 6400 (эозинофилов — 1%, палочко-ядерных — 0.5%, сегментоядерных — 78,5%, лимфоцитов — 19,5%, моноцитов — 6,5%) РОЭ — 7 мм в час.

Анализы мочи, желудочного содержимого, кала без отклонений от нормы Рентгеноскопия органов грудной полости: диафрагма хорошо подвижна; легочный и корневой рисунок & без инфильтративных изменений; сердце нормальной конфигурации, пульсация его возбужденная; тень аорты з норме Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без патологических изменений. При электрокардиографии патологических изменений R сердце нет. Данные дуоденального зондирования без отклонений от нормы.

Больная до поступления на гипнотерапию получала лечение препаратами брома, кофеина (на ночь принимала снотворное). Больной был проведен курс внутривенных инъекций 40% раствора глюкозы. Прошла курс водных процедур (30 сеансов хвойных ванн). Однако состояние больной не улучшалось и больная была натравлена на гипнотерапию. Было проведено 25 сеансов гипнотерапии. Постепенно исчез страх, появился аппетит, прекратились тошнота и рвота Настроение стало устойчиво бодрым. Отдаленные результаты прослежены в течение 1 1/2 лет — состояние остается хорошим.

Интересно отметить, что обычно лица действительно страдавшие раком, как правило, не испытывают канцерофобии. Канцерофобией могут болеть как практически здоровые люди, так и люди, ослабленные соматически. Особенно часто мы встречали заболевание канцерофо-

11 П. И. Буль

бией у лиц с функциональным расстройством нервной системы, протекавшим по типу психастении.

Наряду с канцерофобией нам приходилось проводить гипнотерапию лиц, у которых по тем или иным причинам возникал страх за состояние их сердечной деятельности. Обычно это были люди, у которых ни клинически, ни рентгенологически не было никаких органических заболеваний сердца. Не давала указаний на нарушения сердечно-сосудистой деятельности и электрокардиограмма. Тем не менее эти мнительные и впечатлительные люди непрерывно фиксировали внимание на работе своего сердца, они без конца проверяли пульс, большую часть свободного времени проводили в постели, с осторожностью передвигались. В конце концов под влиянием болезненного самовнушения возникали функциональные нарушения деятельности сердца, появлялся аритмичный пульс, возникали боли, замирания и т. д. В нашем кабинете гипнотерапии лечилось свыше 10 таких больных. У многих из них впервые страх за состояние деятельности своего сердца возникал после того, как на их глазах погибал от заболевания сердца кто-либо из близких или знакомых. У ряда больных подобные фобии возникали на почве иатрогении, иногда после лекции, неправильно ими воспринятой или проведенной без учета возможного отрицательного психогенного влияния.

В качестве иллюстрации приведем два примера из нашей психотерапевтической практики.

Больной Н-ев П. И., 44 лет. Находился на излечении в клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова с 6/11 1956 г. Клинический диагноз язвенная болезнь и стадии обострения (язва желудка). Больной до настоящего времени никогда жалоб на деятельность сердца не предъявлял. Артериальное давление — 130/80 мм Hg. ЭКГ без отклонений от нормы. В той же палате находился больной К-ов, страдавший стенокардией и в прошлом перенесший инфаркт миокарда. Наш больной в течение длительного срока наблюдал за соседом, дружил с ним. В свою очередь тот охотно делился своими ощущениями и симптомами. Внезапно в состоянии больного К-ва наступило ухудшение, и однажды ночью он погиб от повторного инфаркта. Это событие сильно повлияло на психику нашего пациента, он начал прислушиваться к работе своего сердца. Симптомы заболевания желудка отошли на второй план и начали превалировать жалобы на сердечно-сосудистую систему. Вскоре у Н-ва появились боли в сердце, стали возникать замирания и перебои, ухудшилось настроение, появились мысли о смерти,

страх, тревога, беспокойство, слезы. Лечащим врачом больной **был** направлен для гипнотерапии, которая и была нами проведена.

Больной среднего роста, правильного сложения. Подкожножировой слой выражен слабо. Кожа и видимые слизистые бледны. Пульс—76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца отчетливые. Шумов и акцента нет. Пульс на art. dorsalis pedis и art. tibialis postica пальпируется. Артериальное давление — 130/80 мм Hg. Число дыханий — 28 в минуту. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно: чистое, везикулярное дыхание. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области при пальпации под мечевидным отростком. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное. Симптом Пастера-Нацкого с обеих сторон отрицательный. Больной контактен. Эмоционально неустойчив. Симптомов органического поражения нервной системы не определяется. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Тремор рук, век, языка. Больной хорошо внушаем (пробы на внушаемость 1 и 2-я положительные)

Кровь: эритроцитов — 4 560 000; гемоглобина—100%; цветовой показатель— 1,1; лейкоцитов — 6 750 (базофилов— 0,5%, эозинофилов - 5%, палочкоядерных — 2,5%, сегментоядерных — 60%, лимфоцитов — 28%, моноцитов — 4%). РОЭ — 20 мм в час. Анализы мочи, кала, желудочного содержимого без отклонений от нормы. Реакция I реперсена дважды положительна. Рентгеноскопия органов грудной полости диафрагма удовлетворительно подвижна. Очаговых и инфильтративных изменений в легких не определяется. Сердце в размерах не увеличено. Аортальная тень в норме. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: пищевод свободно проходим, складки слизистой желудка прослеживаются на всем протяжении. При тугом заполнении желудок с нормальным тонусом, обычной формы, не опущен. По малой кривизне на уровне верхней трети желудка, ближе к задней стенке, неотчетливая ниша. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, болезненна при пальпации. Эвакуация контрастной массы из желудка идет в обычные сроки.

Электрокардиографическое исследование- синусовый ритм; отклонение электрической оси *QRS* отчетливо не выражено. ЭКГ без отчетливых изменений.

Всего было проведено 15 сеансов гипнотерапии, после чего в состоянии и самочувствии больного наступил перелом к лучшему. Все болезненные явления со стороны сердца исчезли. Наблюдение за больным продолжалось в течение года после выписки. Рецидива не наступило.

Больной М-ов Н К., 42 лет. Обратился в кабинет гипнотерапии 3/11 1955 г по совету лечащего врача. Пять лет назад при заполнении санаторно-курортной карты врач измерил артериальное давление и спросил «Вы, конечно, знаете, что у Вас высокое артериальное давление?» Артериальное давление было тогда 140/110 мм Hg. Больной ответил, что впервые об этом слышит. Врач начал детализировать вопросы, интересуясь, не было ли у больного болей в сердце, сердцебиений, головокружения, тошноты, головных болей. Больной никогда не чувствовал никаких неприятных ощущений со

стороны сердечно-сосудистой системы. Играл в теннис, чтобы не расползеть, много курил, изрядно выпивал.

На вопрос больного: «Неужели положение так серьезно?», последовал ответ врача: «Да, серьезно! Вам не в санаторий ехать на юг, а лежать надо!». При этом врач посоветовал немедленно бросить курить, выпивать, о теннисе и не думать. Больной ушел из кабинета врача встревоженным, рушились все планы на летний отдых. Однако мысль о том, что, может быть, молодой врач по неопытности ошибается и положение не так страшно, успокоила на некоторое время больного. Однако в дальнейшем из разговоров с товарищами и знакомыми он узнает, что гипертоническая болезнь может привести к смерти. Больной начинает посещать врачей различных специальностей, которые у него находят ожирение сердца, склероз сосудов головного мозга и т. д. Больной, человек впечатлительный и легко эмоционально возбудимый, начинает «чувствовать» свое сердце, испытывать в нем боли, возникают головные боли. Болезненные симптомы в области сердца начинают усиливаться и нарастать. Больному выдают впервые за много лет больничный лист, он соблюдает строгий постельный режим, начинает полнеть и слабеть. Поступает в стационар и затем выписывается с диагнозом стенокардии и незначительным улучшением общего состояния.

Больной среднего роста, гиперстенической конституции. Под-кожножировой слой выражен избыточно. Кожа и видимые слизистые розового цвета. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Пульс — 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца отчетливые. Пульс на периферических сосудах пальпируется. Артериальное давление — 190/115 мм рт. ст. Число дыханий — 18 в минуту, равномерное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно над легкими — легочный звук. Аускультативно — чистое, везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот большой, с большим отложением жира, участвует в акте дыхания равномерно. Пальпация в эпигастральной области безболезненная. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не определяется. Дермографизм красный, стойкий. Кожа теплая и влажная. Больной эмоционально неустойчив и повышено внушаем (пробы на внушаемость 3 и 4-я положительные).

Кровь: эритроцитов — 4 560 000; гемоглобин — 84%; цветовой показатель — 0,93; лейкоцитов — 7 000 (эозинофилов — 1,5%, палочкоядерных — 7%, сегментоядерных — 62%, лимфоцитов — 22%, моноцитов — 9%). РОЭ — 11 мм в час. Анализы мочи, кала, мокроты без патологии.

Рентгеноскопия органов грудной полости: левый купол диафрагмы фиксирован плевродиафрагмальными сращениями. Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Сердце лежит поперечно, в размерах не увеличено. Тень аорты и крупных сосудов в норме. Пульсация возбужденная. ЭКГ без отчетливых отклонений от нормы. Лечение гипнотерапией оказало на больного благоприятное действие уже после первых сеансов (больной оказался весьма гипнабельным). Вскоре мы назначили больному лечебную гимнастику.

стику, желая подчеркнуть, **что** положение совсем не **так** плохо. Предложение заниматься гимнастикой сначала несколько озадачило больного, так как все специалисты говорили о необходимости соблюдать покой. Однако доверие к лечащему врачу помогло преодолеть излишнюю в этом отношении настороженность. Было проведено 18 срийнсов гипнотерапии. Больной похудел на 8 кг (по совету врача соблюдал диету). Артериальное давление снизилось до 150/95 мм Hg Исчезли головные боли и боли в области сердца. Рецидива не наступило в течение года Больной по существу вернулся к тому состоянию, в котором находился до начала данного иатрогенного заболевания, только несколько снизилось артериальное давление.

С указанными больными мы проводили не только гипнотерапию, но и психотерапию в бодром состоянии.

Сложность как структуры высшей нервной деятельности человека, -так и его взаимоотношений с окружающей средой обуславливают многообразие причин и условий для развития функциональных расстройств нервной системы. Особенности типа высшей нервной деятельности больного, причины возникновения и характер невроза будут определять выбор соответствующей формы психотерапии. В одних случаях уместно применение метода рациональной психотерапии, убеждения и разъяснения, переубеждения, в других — предпочтительнее метод суггестивной психотерапии в бодром состоянии или в гипнозе. Однако для успеха любой формы психотерапии необходимо, по мнению К. И. Платонова, одно основное условие—положительный психический контакт врача с больным. Без наличия такого контакта ни один из видов психотерапии не будет эффективным. Главным во взаимоотношениях врача-психотерапевта и больного, несомненно, нужно считать то доверие, которое врач должен завоевать у пациента. Что касается выбора вида психотерапии в,каждом отдельном случае, то мы подходили строго индивидуально к каждому больному. Там, где мы имели дело с «художественным типом», мы применяли суггестивную психотерапию в виде внушения в гипнозе. В случаях, где перед нами был больной «мыслительного типа», применяли рациональную психотерапию в виде убеждения и переубеждения, не прибегая к гипнотическому торможению коры. Громадное значение слова как лечебного фактора признавали многие выдающиеся терапевты. Так, например, М. В Яновский, ученик С. П. Боткина, в единственном учебнике того времени по курсу общей терапии следую-

шим образом оценивает роль нервной системы и психотерапии: «Если у здорового человека душевное настроение (испуг, печаль, радость) может сопровождаться целым рядом расстройств со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы и т. д., то тем в большей степени это относится к больному человеку. Когда под влиянием того или иного заболевания наступает нарушение физиологического равновесия организма, психика больного резко изменяется. Поднять настроение больного, вселить в него надежду на выздоровление — вот важный фактор терапевтического воздействия».¹

Поэтому овладеть методом психотерапии и, в частности, гипнозом должен каждый врач независимо от специальности.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Еще несколько столетий назад некоторые наиболее выдающиеся представители медицинской науки относили целый ряд заболеваний внутренних органов за счет «расстройства нервной системы». По этому поводу Г. Б. Геренштейн приводит следующие литературные данные. Так, например, Фернел (Fernel) уже в 1640 г. рассматривал некоторые виды печеночной колики как «нервные расстройства», а с введением Куленом (Си-Пеп) термина «невроз» многие исследователи все чаще стали отмечать зависимость заболеваний внутренних органов от состояния нервной системы и психики больного, от его темперамента и т. п. В 1783 г. Бошен (Beauchens) высказывал взгляд, что «неврозы сердечнососудистой системы и пищеварительного тракта вырастают на фоне желчного и сангвинического темперамента».

В 1807 г. Пинел (Pinel) упоминает уже о «пищеварительных неврозах», а в 1863 г. русский ученый А. Родосский представил бронхиальную астму как «невроз центральной нервной системы». В 1907 г. Штрюмпель (Strumpelle), говоря о неврозах, писал: «Невроз — бо-

¹ Н. А. Куршаков и Л. П. Прессман. М. В. Яновский (к 100-летию со дня рождения]. Медгиз, 1954.

лезнь, анатомическая подоснова которой нам пока неизвестна». Позже, однако, он стал признавать психогенные расстройства внутренних органов. Бруссо (Brusso) также считал, что все заболевания внутренних органов должны иметь анатомопатологическую подкладку, примыкая тем самым к мнению Олливе (Ollive) и Ле Меиньен (Le Meignen), утверждавшим, что «неврозы существуют лишь для того, чтобы маскировать наше неведение». С другой стороны, такие видные клиницисты, как Барр (Barr), допускали существование «нервной гастральгии» как одного из видов висцеральных неврозов.

Успехи, достигнутые в конце XIX столетия в области изучения анатомии и физиологии вегетативной нервной системы, а также успехи эндокринологии дали возможность ряду ученых выделить так называемый «вагус-невроз». Работы Кеннона (Kenyon) о значении адреналина в химизме эмоций позволили теоретически обосновать возникновение неврозов внутренних органов, стоящих в тесной связи с вегетативной нервной системой (так называемые «ангионеврозы», «ангиотрофо-неврозы»).

Особенно плодотворными были работы русских ученых И. М. Сеченова, С. П. Боткина, В. М. Бехтерева и И. П. Павлова, построивших новую прогрессивную не-врогенную теорию медицины. С. П. Боткин был одним из последовательных сторонников союза медицины и физиологии, союза, по словам И. П. Павлова, законного и плодотворного. С. П. Боткин, основываясь на положениях И. М. Сеченова, полагал, что все тканевые процессы, развивающиеся при различных физиологических состояниях, являются рефlekсами. С. П. Боткин стремился показать значение нарушений в деятельности нервных центров для течения различных патологических процессов. С. П. Боткин не рекомендовал смотреть на мышцу сердца только в «анатомические очки», ибо она находится под влиянием в высшей степени сложного нервного аппарата, заложенного как в самом сердце, так и вне его. На конкретных примерах С. П. Боткин показал, что изменения функции сердца часто не идут параллельно с анатомическими в нем изменениями.

До сих пор многие исследователи продолжают счи-

тать, что патогенетическую основу так называемых «висцеральных неврозов» определяют изменения со стороны соматики больного. С другой стороны, представители так называемой психогенетической теории происхождения неврозов придерживаются другой точки зрения, считая что неврозы внутренних органов, если не всегда, то в большинстве случаев обусловлены факторами психогенного характера. При этом некоторые представители психогенетического направления считают, что висцеральные неврозы возникают вследствие внушения окружающих и самовнушения больного. Эти авторы остаются, таким образом, последователями школ Шарко (Charcot), Бенггейма (Bernheim), Бабин-ского (Babinsky).

Психогенетическое направление завоевало за последние десятилетия много приверженцев и среди интернистов, причем некоторые из них склонны были совсем игнорировать соматику больного, расценивая каждое непонятное заболевание внутренних органов как «невроз». Такое расширение понятия «невроз», а также успехи клинической медицины, способствовавшие выявлению ряда латентно протекавших органических расстройств внутренних органов, которые еще недавно расценивались как неврозы, привели к тому, что психогенетическая теория стала подвергаться критике со стороны ряда клиницистов. Так, Бергман (Bergmann), Краус (Kraus), Леви (Levy) и другие категорически возражали против понятия «висцеральный невроз», поскольку, по их мнению, всякое расстройство функции органа должно иметь свою явную или скрытую соматическую основу. Бергман предостерегает врачей от злоупотребления такими диагнозами, как «невроз сердца», «вазомоторный невроз», «спазмы кишечника», «невроз желудка», «вегетативный невроз», и рекомендует чаще ставить диагнозы: «латентный гастрит», «диафрагмальная грыжа», «язва двенадцатиперстной кишки», «латентный холецистит» и т. д.

Иногда так называемая «нервная отрыжка» может быть следствием высоко расположенной язвы желудка, холецистита, стеноза привратника или расстройства компенсации сердечной деятельности.

Как ни вески в ряде случаев доводы сторонников соматогенного происхождения тех функциональных рас-

стройств внутренних органов, которые трактуются как неврозы, однако представители противоположной точки зрения, т. е. психогенетической, также обосновывают свои положения серьезными и убедительными доводами, подкрепляя их экспериментальными данными, полученными как на животных, так и на человеке (И. П. Павлов, К. М. Быков, К. И. Платонов, Н. А. Подкопаев, В. А. Крылов и др).

Тем не менее спор о том, существуют ли неврозы внутренних органов или за этим понятием скрываются нераспознанные и латентно протекающие органические расстройства, не считается за рубежом на сегодняшний день законченным.

В нашей стране ряд крупных ученых и клиницистов категорически высказываются за возможность психогенного происхождения некоторых форм расстройств функции внутренних органов (М. В. Черноруцкий, К. М. Быков, Г. Ф. Ланг). Так, например, Г. Ф. Ланг, касаясь сердечно-сосудистых неврозов, пишет: «Большинство сердечно-сосудистых неврозов нельзя рассматривать как какие-то специальные болезни сердечно-сосудистой системы. Это различные нарушения функции нейро-гуморального, регулирующего кровообращение аппарата на почве патологического состояния всей нервной системы и в особенности высшей нервной деятельности. Как таковые, они в равной или, может быть, еще в большей степени относятся к функциональным болезням нервной системы. Громадное большинство их должно рассматриваться как одна из наиболее частых форм проявления общих неврозов со стороны внутренних органов или, точнее, со стороны регулирующих их функцию аппаратов».¹

Общеизвестны факты, когда под влиянием того или иного душевного потрясения у человека может наступить тахикардия или чувство «замирания сердца». Под влиянием психической травмы могут развиваться также расстройства функции желудочно-кишечного тракта. Однако многим представляется мало вероятным, чтобы эти состояния фиксировались, стабилизировались, а тем более возникали бы спустя долгое время после

¹ Г. Ф. Ланг. Болезни системы кровообращения. М., 1957, стр. 441,

психической травмы. Это объясняется в известной мере тем, что мы привыкли деятельность внутренних органов рассматривать как подвластную «автономной» вегетативной нервной системе, не подчиняющейся нашим волевым усилиям. До сих пор мы не можем подчас освободиться от недооценки единства психического и соматического. Вместе с тем современные данные о деятельности подкорковых узлов, как указывает М. И. Аствацатуров, позволяет утверждать, что в сфере корковой деятельности с ее высокой дифференциацией функций психические элементы кажутся резко обособленными от соматических. В сфере подкорковых функций, где психические элементы представлены в примитивной форме, соотношения и переходы между различными элементами нервной деятельности более непосредственны. Поэтому проявления единства психического и соматического, их тесная связь и возможность переключения друг в друга более очевидны. По мнению М. И. Аствацатурова, особенно важно то обстоятельство, что в области таламической чувствительности психические и соматические элементы оказываются тесно связанными, и их переход друг в друга доходит иногда до степени полного слияния этих элементов в единое целое.

Что касается же заболеваний внутренних органов, которые вначале представляются нам как неврозы, а затем оказываются латентно протекающими органическими заболеваниями, то такие случаи, несомненно, имеют место точно так же, как это наблюдается и в других областях медицины. Так, например, известно, что начальная форма шизофрении нередко диагностируется как истерия, прогрессивный паралич — как неврастения, а начальная форма рассеянного склероза нередко принимается за «функциональное расстройство нервной системы». Интересно отметить, что в начальных стадиях такие заболевания нередко поддаются психотерапии, что еще больше укрепляет мнение врача в правильности его диагноза. Следовательно, формула, что «функциональное существует, но как предвестник органического», заслуживает большого внимания и предостерегает от тех возможных ошибок, когда диагноз «невроз» ставится лишь на основании отсутствия «объективных» данных, говорящих об органическом заболевании. Поэтому

Р. А. Лурия, когда он рекомендует (в отношении желудочно-кишечного тракта) ставить диагноз невроза не только на основании отсутствия органических симптомов. Р. А. Лурия указывает, что морфологические, функциональные и нервные процессы в желудке настолько тесно сплетаются друг с другом, что было бы неправильно пытаться в каждом отдельном случае проводить между ними резкие грани. Р. А. Лурия предлагает путем анализа в каждом отдельном случае ставить диагноз этиологически, выявляя психический генез и механизм возникшего невроза.

Таким образом, врач вправе думать о функциональном страдании органа, понимая под этим термином расстройство его функции, обусловленные целиком или главным образом факторами психогенного характера; при этом следует учитывать отягощающее влияние интоксикаций, аллергических реакций и эндокринных нарушений, создающих фон, на котором особенно легко могут произойти нарушения корковой динамики и «срывы» высшей нервной деятельности.

На второе место после психической травмы, как причины функциональных расстройств внутренних органов, следует поставить различные длительные нарушения общего режима: хроническое недосыпание, злоупотребление алкоголем, табаком, а также половые излишества.

Нередко возникает вопрос, как представить себе столь могучее влияние психики на деятельность внутренних органов, которые благодаря своей вегетативной иннервации в достаточной степени, казалось бы, автономны и в большей части своих отправлений, на первый взгляд, психике не подчинены. Однако исследования И. П. Павлова, В. М. Бехтерева и их учеников показали регулирующее и направляющее влияние коры больших полушарий головного мозга на почти все функции организма.

К. М. Быков считает, что трудно найти такую деятельность организма, которая не могла бы изменяться по механизму условного рефлекса и которая была бы «автономной» от деятельности коры больших полушарий головного мозга.

Физиологическими исследованиями на человеке и экспериментами на животных доказано, что изменение

высшей нервной деятельности может влиять на функцию внутренних органов, поэтому нет ничего удивительного в том, что при нарушениях высшей нервной деятельности мы часто встречаемся с патологией в отправлениях внутренних органов,, до крайности похожей и имитирующей органическое заболевание, а при проверке оказывающейся всего лишь функциональным расстройством.

Г. Б. Геренштейн рассказывает о больном 38 лет, страдавшем резкими, постоянными болями в области нисходящей части ободочной кишки. Во время пищеварения эти боли усиливались. Больной настойчиво добивался того, чтобы его оперировали. Согласившийся на чревосечение хирург не обнаружил, однако, на операции абсолютно никаких отклонений от нормы, но чтобы не разочаровать больного, ему сообщили, что у него удалили обнаруженное «удлинение кишечной петли*». Боли после этого у больного исчезли и рецидива не наступило.

Л. В. Блуменау, касаясь известных в литературе случаев сосудодвигательных и трофических расстройств у истеричных больных, рассматривает такие нарушения как психогенные, обусловленные самовнушением, а еще чаще аффектами, как это наблюдается во время войны, когда под влиянием страха у людей быстро седеют или выпадают волосы.

Представляет большой интерес наблюдение, описанное Г. Б. Геренштейном. Больная с выраженными истерическими реакциями и эмоциональной неустойчивостью могла произвольно менять ритм своего пульса. Больная, актриса по профессии, достигала этого, по собственному признанию, тем, что, закрывая глаза на 1—2 минуты, представляла себе, что играет ту или иную роль с соответствующим эмоциональным напряжением. При намерении получить учащенный пульс больная воображала себя в роли ревнивой жены, сводящей счеты со своей соперницей. При желании, наоборот, получить замедленный пульс, она представляла себя лежащей на диване, во всех отношениях удовлетворенной и довольной, погруженной в дрему.

Теперь установлено, что характер эмоций в известной степени отражается на вегетативных реакциях и на функции внутренних органов. Довольство, радость,

удовлетворенность в различных жизненных проявлениях не способствуют развитию неврозов вообще и «неврозов внутренних органов» в частности. Наоборот, они содействуют процессам ассимиляции, уравниванию процессов торможения и возбуждения в коре больших полушарий. От счастья «сердце бьется медленно и спокойно», «на сердце легко», сосуды расширены, лицо покрасневшее и горячее, зрачки сужены, блестят. Сон у довольных людей спокойный, глубокий, сновидения отсутствуют или носят приятный характер; пищеварение обычно хорошее; дыхание спокойное и глубокое; настроение приподнятое.

Совершенно другое состояние возникает при наличии эмоций тягостных, отрицательно окрашенных. Именно эти эмоции являются ведущими в психогенезе неврозов. Мы говорим здесь в первую очередь о тех больных, которые при казалось бы полном физическом благополучии испытывают целый ряд тягостных ощущений со стороны внутренних органов, обусловленных исключительно боязнью заболеть и страхом за свою жизнь.

У таких больных нет органических поражений тех или иных органов и тем не менее у них может наблюдаться то тахикардия или лабильность пульса, то повышенная вазомоторная возбудимость, то запоры или поносы, то бессонница и т. д. Врач, специалист по заболеваниям внутренних органов, объясняет все эти явления «расстройством нервной системы», а невропатолог не находит «симптомов органического ее поражения». Больной же продолжает свои хождения от специалиста к специалисту в поисках помощи от тягостных ощущений, которые он действительно испытывает.

При решении вопроса, почему в результате психотравмы не все люди заболевают неврозами, необходимо учитывать не только характер психической травмы и ее интенсивность, но и главным образом¹ тип высшей нервной деятельности данного больного. Одна и та же психическая травма будет различно воспринята разными больными в зависимости от особенностей их высшей нервной деятельности.

И. П. Павлов приводит классический пример того влияния, которое производит на нервную систему животных психическая травма, сопровождающаяся чувством страха. В 1924 г. во время наводнения в Ленинграде

заторможенность экспериментальных животных была настолько велика, что собаки, обычно не уживавшиеся и вступающие в драки, совершенно не реагировали друг на друга.

Интересно отметить, что и у человека торможение высших корковых механизмов под влиянием стихийных бедствий и психических травм бывает чрезвычайно выражено. Такое состояние наблюдалось во время землетрясений в Крыму (1927) и Ашхабаде (1956).

Понятно, что для того, чтобы наступил «срыв» высшей нервной деятельности, совершенно не нужно таких «сверхсильных» раздражителей, как наводнение или землетрясение, военные действия и т. д. Потеря близкого и любимого человека, страх за свое здоровье, подкрепленный неосторожным замечанием врача, и т. п. моменты у людей слабого (или ослабленного) типа высшей нервной деятельности могут повести к нарушениям их корковой деятельности и образованию застойных очагов возбуждения.

Физиологически следует представить себе дело так, что эмоции страха вызывают в коре головного мозга более или менее распространенное возбуждение. По законам индукции вокруг такого очага возбуждения возникает зона торможения, выключающая контроль коры головного мозга над рефлекторной деятельностью подкорковых образований.

Таким образом, под влиянием психотравмы в первую очередь тормозится кора полушарий, как образование более позднее, более ранимое, и растормаживаются более ранние, примитивные образования подкорки.

В нашей психотерапевтической работе, проводимой в клинике внутренних болезней, мы повседневно наблюдали больных с нарушениями деятельности внутренних органов, возникшими на фоне функциональных расстройств нервной системы, протекавших по типу истерии, неврастения и психастении.

Всего с 1951 по 1957 г. психотерапевтический кабинет, организованный при клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова по инициативе проф. П. К. Булатова, обслужил свыше 260 больных различными кортико-висцеральными заболеваниями, из них у 160 наблюдались сопутствующие функциональные расстройства нервной системы, протекавшие у 117 чело-

век по типу неврастении, у 10 — по типу психастении и у 33 — по типу истерии.

В табл. 10 мы приводим сводные данные о соотношении функциональных расстройств нервной системы и заболеваний внутренних органов, отмечавшихся у больных этой группы.

Таблица 10

Число лиц с функциональным расстройством нервной системы среди общего количества больных, подвергавшихся гипнотерапии по поводу заболеваний внутренних органов.

Диагноз основного заболевания	Общее количе ство больны х	Формы отсутствующих функциональных расстройств нервной системы			« -bol ?3?ea§ x = " §."■ 8 o o o g-a й я ёа* s ≥ o S o « н 2 E- eSS'S
		невраст е- ния	психас те- ния	истери я	
Гипертоническая болезнь	60	28	2	10	20
Язвенная болезнь	50	44	1	5	—
Бронхиальная	100	30	5	15	50
Стенокардия	30	5	2	3	20
Хронический хо- лецистит	20	10	—	—	10
Итого	260	117	10	33	100

Кроме 260 больных, страдавших различными органическими заболеваниями внутренних органов с выраженным кортико-висцеральным патогенезом, из которых у 160 наблюдалось сопутствующее функциональное расстройство нервной системы, мы лечили также суггестивной психотерапией еще 20 больных, не страдавших органическими заболеваниями внутренних органов. Эти больные поступили на стационарное обследование и лечение в терапевтическую клинику с подозрением на заболевания внутренних органов. Однако в процессе дальнейшего тщательного обследования этих больных диагнозы направления не подтвердились, так как органических изменений во внутренних органах обнаружено не было. В этой группе больных оказались лица, страдавшие функциональными расстройствами нервной системы (с преимущественными висцеральными нарушениями).

;?5

которые имитировали органические заболевания внут-ренних органов. Это"определяло постановку ошибочных диагнозов и неправильное направление таких больных в терапевтический стационар. После соответствующего обследования эти больные попадали в психотерапевтический кабинет на гипнотерапию.

Следует оговориться, что эта категория больных чрезвычайно трудно поддавалась нашей терапии вопреки установившемуся мнению о том, что такие больные якобы сравнительно легко излечиваются внушением и гипнозом. Это были тяжелобольные, страдавшие невротами с функциональными висцеральными нарушениями в виде упорных болей в брюшной полости, тяжелых рвот, приступов удушья или тяжелых расстройств сердечно-сосудистой деятельности, спазмов, упорной бессонницы, не поддававшейся снотворным средствам, запоров или поносов. Если принять во внимание, что многие из этих больных были мало контактными и неуживчивыми, склонными к конфликтам с окружающими, а также постоянно предъявляли необоснованные претензии к медперсоналу, то станет ясно, как велика трудность лечения этой категории лиц.

Как и следовало ожидать, у подавляющего большинства больных этой группы в анамнезе имелись многочисленные психические травмы, длительно действовавшие отрицательные эмоции и сложные конфликтные ситуации.

Большинство этих больных повторно длительно и упорно лечилось в различных стационарах и не верило в успех медикаментозного лечения.

По длительности заболевания наши больные невротами распределялись следующим образом: до 1 года — 3 человека, от 1 года до 10 лет— 12, от 11 до 20 лет — 3, от 21 года до 30 лет — 1 и с 31 года до 40 лет — 1 человек.

У 5 больных этой группы были функциональные расстройства сердечно-сосудистой деятельности (боли в сердце, сердцебиения, замирания, перебои и т. д.), у 11 — пищеварительной системы (рвоты, запоры, слюнотечения, отрыжка, метеоризм, икота и т. п.) и у 4 больных были нарушения функций дыхания (одышка, приступы кашля, удушье, стеснение в груди и т. п.).

Как правило, направленные на гипнотерапию боль-

ные невротиками получали только гипнотерапию, все другие виды лечения были им отменены. Большинство наших больных относилось к слабому типу высшей нервной деятельности (14 человек) или сильному неуравновешенному (6 человек). 12 больных могли быть отнесены к «художественному типу» и 8 — к «мыслительному типу» (по И. П. Павлову). Внушаемость и гипнабельность этой группы была достаточно высокой. По глубине гипнотического состояния наши больные распределялись следующим образом: количество больных с I степенью гипноза — 4 человека, со II степенью — 6, с III степенью — 7, гипноз не развился у 3 человек.

В ходе лечебных внушений мы стремились поднять уверенность больного в скором выздоровлении. Формулы внушений индивидуализировались в зависимости от жалоб больного и течения заболевания. У подавляющего большинства больных мы проводили индивидуальные сеансы гипнотерапии, так как жалобы больных этой группы отличались индивидуальным своеобразием и некоторыми особенностями болезненных ощущений. У ряда больных мы применяли косвенное внушение — производили укол иглой пустого шприца, при этом наяву внушали, что вводится «новейший препарат, обладающий большой силой». У ряда больных этот метод давал хорошие результаты — болезненные симптомы исчезали. В таком случае особых внушений в гипнозе не делалось, а подчеркивалось, что применяется гипноз — отдых.

В качестве иллюстрации приведем краткие сведения из историй болезни некоторых наших больных невротиками, страдавшими нарушением функции внутренних органов.

Больной М-в Н. П., 16 лет. Ученик школы. Поступил в клинику госпитальной терапии 13/111 1955 г. по поводу значительного похудения из-за частых рвот после приема пищи. Клинический диагноз: функциональное расстройство нервной системы (неврастения). Кардиоспазм. Дивертикул пищевода (?) Новообразование (?)

Жалобы больного: затруднение прохождения пищи по пищеводу (особенно твердой, жидкая пища проходит лучше). Тошнота и рвота сразу же после еды. У больного впечатление, что пища попадает «не в то горло». Чувство тяжести и полноты в груди. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых личных переживаний (трагическая смерть отца, а в дальнейшем трудности быта — пять человек детей при одной работающей матери). Частые ссоры с матерью

12 П, И, Буль

из-за того, что больной плохо учился. Постепенно стал замечать затруднение прохождения пищи по пищеводу: однажды возникла рвота пищей, после чего тошнота и рвота стали постоянными. При повторном тщательном обследовании в клинике патологических изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Объективно: больной среднего роста, правильного сложения. Деформаций скелета нет. Кожа и видимые слизистые — чистые, бледны. Подкожно-жировой слой выражен крайне слабо. Лимфатические железы не увеличены, безболезненны. Пульс — 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые. Артериальное давление — 90/60 мм Hg. Грудная клетка правильной формы. Границы легких в норме. Аускультативно: везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом Пастернак-кого отрицателен с обеих сторон. Больной контактен, эмоционально неустойчив. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Наблюдается резкий тремор вытянутых рук, век, языка. Кожа влажная, теплая. Со стороны других органов и систем патологических изменений нет. Все анализы крови, мочи, кала без особенностей. При рентгеновском исследовании контуры всех отделов пищевода четкие. Данных за дивертикул и новообразование нет. Больной усиленно лечился медикаментозной терапией без заметного успеха. Ввиду неэффективности медикаментозного лечения и отсутствия органических изменений пищевода и желудка направлен на гипнотерапию. Другие виды терапии были отменены. Курс лечения состоял из 20 сеансов гипнотерапии. После 13-го сеанса тошнота и рвота прекратились окончательно. Больной прибавил в весе на 5 кг за месяц.

Выписан в удовлетворительном состоянии. Рецидива не наступило в течение года.

Больная М-а Н. К., 33 лет. Поступила 12/IV 1955 г. на амбулаторное гипнотерапевтическое лечение при клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова с диагнозом функциональное расстройство нервной системы (истерия); висцеральный невроз. Больная предъявляет жалобы на частую звучную отрыжку воздухом, рвоту после приема пищи, метеоризм и, что особенно тягостно для больной, на длительную упорную икоту, продолжающуюся часами. Икота внезапно наступает и так же внезапно исчезает. Никакие медикаментозные средства больной не помогают. Заболеванию предшествовал ряд психических травм и сложных конфликтных жизненных ситуаций. Частые ссоры и разрыв с мужем, квартирные неурядицы и длительная болезнь дочери. Объективно: больная среднего роста, правильного сложения. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Кожа и видимые слизистые чистые, бледны. Лимфатические железы не увеличены, безболезненны. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые. Число дыханий — 20 в минуту. Границы легких в пределах нормы; при перкуссии и аускультации патологических изменений не обнаружено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Больная эмоционально неустойчива. Симптомов

органического поражения нервной системы не выявлено. Дермографизм красный, стойкий, линейный. Корнеальный и глоточный рефлексы ослаблены. Трemor рук, вен, языка. Анализы крови, мочи, кала без патологии. Рентгеновское исследование органов грудной полости и желудочно-кишечного тракта, ЭКГ, желудочное содержимое без особенностей. Ввиду недостаточной эффективности обычного медикаментозного лечения больная напоявлена на гипнотерапию. Курс лечения 10 сеансов через день. Явления икоты, тошноты и рвоты после приема пищи устранены. Наладился сон, аппетит. Прибавка в весе 4 кг за 25 дней. Рецидива не наступило в течение 1/г лет.

Больная Л-з Н. П., 42 лет, инженер. Поступила на амбулаторное лечение при клинике госпитальной терапии 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 3/IV 1956 г. Диагноз: астматический бронхит (?) \ функциональное расстройство нервной системы (истерия). Поступила для гипнотерапии по поводу тяжелых приступов удушья, сопровождающихся сильными сердцебиениями и мучительным приступообразным кашлем по рвоты. Приступы наступают внезапно в связи с волнением и тревогами. Заболеванию предшествовали переживания и психическая травма (больная провалилась под лед и тонула). Приступы кашля бывают настолько интенсивны, что вызывают кровоизлияние в склеры и рвоту. Удушье наступает внезапно, причем затруднен как вдох, так и выдох. Инъекции адреналина приступы удушья не купируют. Температура не повышается. Объективно: больная высокого роста. Подкожножировой слой выражен слабо. Кожа и видимые слизистые бледные. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Пульс — 82 удара в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны глуховаты. Шумов, акцентов нет. Артериальное кровяное давление — 80/60 мм Hg. Дыхание — 24 в минуту, затруднены как вдох, так и выдох. Границы легких в пределах нормы. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность легочных краев — 2 см. В легких при выслушивании небольшое количество звучных сухих хрипов. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, безболезнен при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Больная эмоционально лабильна. Выраженная склонность к слезам. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявлено. Глоточный рефлекс повышен. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Трemor рук, век, языка. Анализы крови, мочи, мокроты, желудочного содержимого, кала без патологии. Исследование дуоденального содержимого без особенностей. ЭКГ без особенностей. При рентгеноскопии органов грудной полости и желудочно-кишечного тракта отклонений от нормы не выявлено, за исключением незначительной прозрачности легочных полей (эмфизема). Ввиду неэффективности медикаментозной терапии больная направлена на гипнотерапию. Курс лечения 15 сеансов. Удалось устранить полностью приступы удушья, наладить правильный ритм сердечной деятельности. Кашель стал значительно меньше, но полностью устранить не удалось. Ремиссия прослежена год.

В результате применения гипнотерапии к больным с функциональными расстройствами нервной системы с преимущественным нарушением со стороны внутрен-

12*

179

них органов получены следующие результаты. Из 20 больных этой группы у 13 получен хороший и стойкий эффект. Явления болезненного порядка исчезли и ремиссия прослежена от 1 года до 2 лет. У 5 больных ремиссия держалась от 3 месяцев до года, после чего наступил рецидив. 2 больных улучшения от применения гипнотерапии не получили.

Следует отметить, что эффективность лечения в значительной степени зависела от глубины развившегося у больных гипнотического состояния.

Интересно отметить, что гипнотерапия больных «ху дожественного типа» дала лучшие результаты, чем больных «мыслительного типа» (по И. П. Павлову). Чрезвычайно важным обстоятельством следует считать тот психотерапевтический контакт, который с большинством больных удалось наладить. С двумя больными такого контакта достигнуть не удалось, они скептически относились к гипнотерапии, которая и не дала положительного эффекта.

Заключение

Применение психотерапии в широком смысле этого слова и суггестивной гипнотерапии, в частности в клинике внутренних болезней, еще только начинается. В нашей стране все большее число врачей вместе с усвоением основ павловского учения начинает осознавать высокую ценность гипноза и внушения как физиологически обоснованных методов психотерапии. За последнее время появился ряд печатных работ, теоретически обосновывающих и популяризирующих гипнотерапию в свете учения И. П. Павлова. Появились работы, помогающие врачам практически овладеть техникой гипноза и внушения и другими методами речевого воздействия.

Тем не менее значение гипно-суггестивной терапии еще недооценивается. По мнению М. В. Черноруцкого, роль и значение психогенных моментов в патологии тщательно изучаются, но общему психотерапевтическому и психопрофилактическому подходу к больному еще далеко не уделяется должного внимания.

«Каждый врач, чтобы с успехом выполнять свои высокие и благородные обязанности, должен в какой-то

мере быть и психологом и психотерапевтом» (М. В. Черноруцкий).¹

Являясь сторонниками гипно-суггестивного метода психотерапии при лечении ряда заболеваний внутренних органов (так называемых кортико-висцеральных), мы не считаем, однако, гипноз и внушение универсальным методом лечения. Мы являемся сторонниками комплексной терапии, при которой наряду с воздействием словом следует активно применять и обычное медикаментозное лечение. По нашим наблюдениям, комплексный метод дает максимальный терапевтический эффект у тех больных, которым гипноз и медикаменты, применяемые раздельно, не помогают. В нашей работе мы стремились выработать как показания, так и противопоказания для применения гипнотерапии. Мы считаем особенно показанным ее применение у тех больных, которым обычная медикаментозная терапия не приносит облегчения. В таких случаях тщательно собранный анамнез, как правило, дает в руки врача ключ для раскрытия патогенеза заболевания; метод же суггестивной гипнотерапии быстрее всего приводит к излечению страдания.

Данная книга ни в коей мере, конечно, не исчерпывает всех возможных перспектив, открывающихся перед врачом, применяющим гипнотерапию. Делясь нашим небольшим опытом, мы делаем попытку в какой-то мере восполнить существующий пробел и привлечь внимание терапевтов к этой ценной методике лечения, которую И. П. Павлов рассматривал как защитную физиологическую меру в борьбе с болезнью: «...при экспериментальных заболеваниях нервной системы почти постоянно выступают отдельные, явления гипноза, и это дает право принимать, что это — нормальный прием физиологической борьбы против болезнетворного агента».²

¹ М. В. Черноруцкий. Психогения и психотерапия при внутренних заболеваниях. Советский врачебный сборник, в. 1, 1946, стр. 11.

² И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. 111, кн. 2, изд. АН СССР, 1951, стр. 340.

ЛИТЕРАТУРА

Арьев М. Я. Бронхиальная астма, М., 1926.

Асратян З. А. Учение И. П. Павлова о снe и его лечебной роли. М., 1950.

Астахов С. Н. Роль соматотерапии в клинике неврозов. Сборн. трудов института им. В. М. Бехтерева, Л., 1948.

Астахов С. Н. Значение лечебно-охранительного режима и психотерапии в акушерстве и гинекологии. Медгиз, 1956.

Бахгаров В. А. Волдырь от мнимого ожога, полученный гипнотическим внушением. Уральск, мед. журн., в. VI, 1926.

Белкин А. И. К методике гипнотического воздействия на моторику желудочно-кишечного тракта. Тезисы научно-практической конференции по вопросам психотерапии, М., 1956.

Белоус В. М. Применение гипноза при лечении бронхиальной астмы. Мед. арх., т. 1, 3, 1925.

Бехтерев В. М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб., 1909.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.

Бехтерев В. М. О двигательном и чувствительном феномене локтевого нерва. Обзор. психиатрии, неврологии и рефлексологии, № 3, 1926.

Бизюк Н. Г. Об эмоциональной и внушенной температуре. Сов. врач, № 7—8, 1940.

Боголепов Н. К. Гипноз и вегетативная нервная система. Сов. врач, № 14, 1936.

Боткин С. П. Клинические лекции, т. 2, М., 1950.

Булатов П. К. О роли внушения при лечении больных бронхиальной астмой. Сб. статей в помощь врачу-клиницисту. Л., 1953.

Булатов П. К. Современное лечение бронхиальной астмы. Л., 1954.

Булатов П. К., Буль П. И. О лечении бронхиальной астмы суггестивной психотерапией. Сб. Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953.

Булатов П. К., Злыдников Д. М. О приоритете русского ученого А. Родосского в установлении неврогенной этиологии бронхиальной астмы. Клини. мед., т. XXXI, № 3, Медгиз, 1953.

Буль П. И. Опыт применения гипнотерапии при лечении больных бронхиальной астмой. Тезисы доклада на совещании по проблемам кортико-висцеральной физиологии и патологии, Л., 1953.

Буль П. И. Техника врачебного гипноза. Л., 1955.

Буль П. И. Опыт применения гипнотерапии у больных бронхиальной астмой. Автореф. дисс. Л., 1955. **Буль П. И.,** Дубровский А. В., Файнберг С. Г. и Федоров В. П. О возможности широкого применения гипноза при операции аборта. Труды 1-го ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Л., 1935. Буль П. И. и Преображенская И. Н. Влияние второй сигнальной системы на форму и положение желудка. Врач, дело, 3, 1958. Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1952. Васильев Л. Л. Сновидения, гипноз, автоматические движения в свете современного естествознания. Л., 1948. Васильев Л. Л. Значение физиологического учения Н. Е. Введенского для невропатологии. Л., 1953. Ветцнер А. М. Гипнотерапия при начальной стадии гипертонической болезни. Тезисы научно-практической конференции по вопросам психотерапии. М., 1956. В и ш И. М. Психотерапия и лечебная физкультура при гипертонической болезни. Тамбов, 1957. Геккебуш В. М. Новые пути в изучении эмоций. Совр. психо-неврол., в. 4, 1926. Гембицкий Е. В. Опыт лечебного применения гипноза в клинике внутренних болезней. Сов. мед., 1, 1958. Геренштейн Г. Б. Введение в практическую психотерапию, Л., 1927. Геренштейн Г. Б. Психоневрозы внутренних органов. Автореф. дисс, Л., 1938. Г е ф т е р А. И. и Е ф и м о в А. С. Гипнотерапия при болях в области сердца. Терапевт арх., т. XXVII в. I, 1955. Ж е л т а к о в М. И., Исаева Л. Д. и Скрипки н-Ю. К. Влияние гипноза на кровяное давление. Тезисы научно-практической конференции по вопросам психотерапии. М., 1956. Здраво м ы слов В. И. Гипноз и внушение в акушерстве. Автореф. дисс, М., 1938. Злыдников Д. М. Бронхиальное дерево при бронхиальной астме в рентгеновском изображении. Автореф. дис, Л., 1953. Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности (по данным И. П. Павлова и его школы). Изд. 2-е, М., 1953. Иванов Н. В. Гипнотерапия в клинике внутренних болезней. Терапевт, арх., т. XXVII, в. I, 1955. Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. М., 1953. Краснушкин Е. К. Роль психического фактора при гипертонической болезни. Сб. трудов, посвящ. XXX леч.-сан. управл. Кремля. М., 1950. К а н н а б и х Ю. В. Психотерапия. М., 1927. Коган-Ясный В. М. Психические факторы и роль их в клинике внутренних болезней с точки зрения интерниста. Врач, дело, № 8, 1947. Куриин И. Т. Язвенная болезнь в свете учения И. П. Павлова. Стенограмма лекции, Л., 1953.

- Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. Руководство по внутренним болезням, М., 1957.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1939.
- Лурия Р. А. Врач и психогенез некоторых внутренних органов, Казанск. мед. журн., 1928.
- Левин Ю. М. Влияние условнорефлекторных раздражений и внушения в гипнозе на желудочную секрецию. Тезисы научно-практической конференции по вопросам психотерапии, М., 1956.
- Линденбратен Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. М., 1953.
- Молчанов Н. С. Лечение сном больных язвенной болезнью. Лечение сном. Сб. трудов расширенного заседания президиума АМН СССР с участием Рязанского мед ин-та им. И. П. Павлова, Медгиз, 1954.
- Меньшиков Ф. К. и Маленкович А. Б. Наблюдения над -применением гипнотерапии в клинике внутренних болезней. Терапевт, арх. т. XXV, в. II, 1953.
- Мясников А. Л. Болезни печени и желчных путей. Руководство по внутренним болезням. М., 1950.
- Мясников А. Л. Патогенез и терапия гипертонической болезни в свете учения И. П. Павлова. >КурН. высш. нерв. деят. им. И. П. Павлова, т. III, в. I, М, 1953.
- Невский И. М. и Архангельский Ю. Н. Влияние гипноза на морфологию белой крови. М., 1929.
- Николаев А. П. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Харьков, 1927.
- Павлов И. П. Поли. собр. соч., тт. I—IV. Изд. АМН СССР, 1951.
- Платонов К. И. Гипноз и внушение в практической медицине. Харьков, 1925.
- Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1957.
- Петрова М. К. О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. Л., 1946.
- Петрова М. К. Сонное наркотическое и сонное гипнотическое торможение и их терапевтическое значение для собак-невротиков. Физиол. журн. СССР, № 1, 1946.
- П о о р и н с к и й Ю. А. Об изменениях кожнососудистых реакций в гипнотическом состоянии при воздействии непосредственных и словесных раздражителей. Журн, невропатол. и психиатр, им. С. М. Корсакова, в. II, 1953.
- Родосский А. О судорожной одышке бронхий. Дисс, СПб., 1863.
- Р о ж н о в В. Е. Гипноз в медицине. М., 1954.
- Рохлин Л. Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике. Клин, мед., № 9, 1957.
- Синельников С. Н. Цит. по К- И. Платонову. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1957.
- Скворцов К. А. О канцерофобии. Врач, дело, в. 2, 1948.
- Сметнев А. С. Лечение гипнотическим сном больных гипертонической болезнью. Терапевт, арх., № 8, 1956,

- Соболев Л. А. Внушение как метод лечения органических болезней. Врач, газета, в. 25, 1916.
- Соломянский В. М. и Бурмистров С. А. О роли психической травмы в этиологии гипертонической болезни (Ашхабад). Клин, мед., № 1, 1957.
- Стрельчук И. В. Опыт дифференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах. Журн. высш. нервн. деят. им. И. П. Павлова, т. 3, в. 3, 1953.
- Сумбаев И. С. К вопросу о вазомоторных расстройствах, вызванных гипнотическим внушением. Сибирск. арх. терапев. клин, мед., Новосибирск, 1928.
- Сперанский Н. И. и Островская В. И. Роль нервных факторов в клинике стенокардии. Терапевт, арх. № 3, 1956.
- Токарский А. А. Терапевтическое применение гипнотизма, М., 1890.
- Родионова З. А. и Аронина Р. С. Опыт лечения гипнозом больных гипертонической болезнью. Сов. мед., № 8, 1955.
- Ф и н н е В. Н. Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии. Журн. усоверш. врач., в., 1925.
- Ход за М. Я. Гипнотерапия при гипертонической болезни. Вопр. психоневрол., Л., 1954.
- Черноруцкий М. В. Психогения и психотерапия при внутренних заболеваниях. Сб Сов. врач., в. 1, Л., 1946.
- Черноруцкий М. В. О кортико-висцеральном патогенезе язвенной болезни. Журн. высш. нервн. деят. им. И. П. Павлова, т. 111, в. 1, М., 1953.
- Черноруцкий М. В. Учение И. П. Павлова и клиническая медицина. Стенограмма публичной лекции, Л., 1953.
- Черноруцкий М. В. О роли нарушенных кортико-висцеральных взаимоотношений и значение типа высшей нервной деятельности в патогенезе и клинике внутренних заболеваний. Терапевт, арх., № 3, т. XXIX, 1957.
- Ш а т с к и й В. Н. Из гипнотерапевтической практики участкового врача. Совр. психоневрол., в. 4, 1936.
- Яновский М. В. Курс общей терапии внутренних болезней. М., 1923
- Bernheim. Hypnotisme et suggestion. 3-me edition, Paris, 1910.
- Bernstein А. Из сб. First International Congress for Allergy. 1952.
- В i a y G. Allergy. London, 193/.
- H irschlali Leo. Hypnotismus und Suggestivtherapie. Leipzig, 1919.
- H o l l a n d e r. Hypnotisme et suggestion. Berlin, 1910.
- K a u i m a n n. Suggestion und Hypnose, Berlin, 1923.
- Knick B. Der "psychogene Tod" des Asthmatikers. Zeitschr. f. d. ges. inn. Med., 9:1, 1954.
- Levy-Sun I. Die hypnotische Heilweise und ihre Technik. Berlin, 1922.
- Moll А. Der Hypnotismus. Berlin, 1924.
- Tromner. Hypnotisme et suggestion. Berlin, 1922.
- Unger Leon. Bronchial Asthme. Chicago, 1945.
- Wetterstrand O. Гипнотизм и его применение в практической медицине. СПб., 1908.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Единство психических и физиологических явлений в организме человека	5
Кортико-висцеральная физиология и патология в клинике внутренних болезней	10
Современное представление о речевом воздействии и методика его применения.....	14
Внушение наяву.....	23
Техника определения степени внушаемости и гипнабель- ности.....	—
Техника гипнотизирования	• 28
Методы воздействия на зрительный аппарат.....	29
Методы воздействия на слуховой аппарат.....	31
Методы воздействия на кожный анализатор•,	35
Техника перевода обычного сна в гипнотический.....	42
Лечебные внушения.....•	44
Вывод из гипнотического состояния (дегипнотизация) ...	46
Методы определения глубины гипнотического сна.....	47
Показания и противопоказания для применения гипнотерапии	*..... 49
Особенности работы психотерапевта	51
Гипнотерапия заболеваний различных внутренних органов . .	54
Бронхиальная астма.....	—
Гипертоническая болезнь	79
Язвенная болезнь.....	92
Стенокардия.....	116
Хронические холециститы.....	129
Иатрогенные заболевания.....	151
Фобии.....	159
Функциональные расстройства деятельности внутренних органов.....	166
182 Литература.....	

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

Павел Игнатьевич Буль

Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней

Редактор *С. Н. АСТАХОВ*

Техн. редактор *Г. А. Хараш* Корректоры *Т. Б. Мунасыпова* и *Е. Е. Крючкова*

Сдано в набор 31/V11 1958 г. Подписано к печати 29/X1 1958 г.

Формат бумаги ЙхЮв¹/» д. л. Бум. л. 2,94. Печ. л. 9,63.

Уч. изд. л. 10,47 Тир. 25000 Зак. J* 1371 М-09619

Цена 5 р. 25 к. + переплет 1 р. 25 к.

Типография им. Володарского Лениздата. Ленинград, Фонтанка, 57

Отпечатано с матриц в типографии им. Анохина

Полиграфиздата Министерства культуры КАССР

г. Петрозаводск, Свердлова, 31,

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

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