

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
В. Е. РОЖНОВ
ГИПНОЗ В МЕДИЦИНЕ
МЕДГИЗ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

ВВЕДЕНИЕ

Гипноз как одно из сложных физиологических явлений долгое время оставался неразгаданным, не освоенным наукой. Отсутствие научного истолкования гипноза лежит в основе всех внешне столь различных причин, создавших то скептическое, недоверчивое отношение к методу гипнотерапии, которое сохранялось у некоторой части врачей вплоть до самого последнего времени. К этим причинам можно отнести и всем известные из истории вопроса факты использования гипноза в религиозных и шарлатанских целях, и взаимоисключающие противоречивые мнения о гипнозе, и случаи неудач, постигших некоторых врачей, чрезмерно увлекавшихся целебными свойствами гипноза, и т. п.

Революционный переворот в понимании гипноза (а следовательно, и в отношении к нему) совершил И. П. Павлов и его ученики. Создав свой строго объективный метод изучения высшей нервной деятельности — метод условных рефлексов, И. П. Павлов сделал доступной глубоко научному изучению сложнейшую область явлений природы — область психики. С помощью метода условных рефлексов великий ученый раскрыл главные закономерности высшей нервной деятельности, показав материальные, физиологические основы психических процессов, и дал научное истолкование сложным вопросам физиологии и медицины, не находившим своего разрешения на протяжении многих веков. Одним из таких вопросов и явился вопрос о гипнозе и связанных с ним явлениях. Павловский строго объективный метод исследования высшей нервной деятельности рассеял ту густую завесу мрака, таинственности и субъективистско-психологических представлений, которая так долго окутывала проблему гипноза. В созданном И. П. Павловым физиологическом учении проблема гипноза получила подлинно научное, материалистическое освещение.

И. П. Павлов показал, что физиологическую основу гипнотического состояния как у животных, так и у человека составляет процесс торможения, возникающий в коре больших полушарий головного мозга под влиянием определенных, поддающихся точному научному исследованию условий. Изменение экстенсивности и интенсивности этого разливающегося по головному мозгу тормозного процесса находит свое внешнее выражение в тех различных степенях гипноза, которые давно уже отмечались многими исследователями этого явления. С точностью и тщательностью, присущей всем проводившимся в павловских лабораториях исследованиям, были изучены условия, вызывающие гипнотическое состояние. Исходя из всех этих данных, И. П. Павлов установил некоторые общие физиологические механизмы, лежащие в основе характерных проявлений гипноза у человека и животных. Вместе с тем И. П. Павлов подчеркивал, что «когда дело касается более сложных форм гипнотического состояния, понятно, что провести полную параллель между животным и человеком становится трудным или даже сейчас и невозможным по нескольким причинам» (8, стр. 356). И. П. Павлов установил физиологические основы внушения — явления, наиболее характерного для гипнотического состояния человека. Данное им объяснение тесно связано с его учением о второй сигнальной системе в ее взаимодействии с первой сигнальной системой.

Открытия И. П. Павлова в области гипноза и внушения дали прочную основу для использования этих явлений в медицинской практике. Однако до Объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, состоявшейся в июне—июле 1950 г., они не находили себе той широты применения, которой по праву заслуживают. В результате свободно развернувшейся на сессии критики и самокритики были вскрыты серьезные ошибки, допущенные некоторыми физиологами в вопросах развития учения И. П. Павлова. В качестве одного из крупных недочетов сессия отметила также недостаточность использования богатейшего научного наследия И. П. Павлова в медицине.

На протяжении всей своей творческой деятельности И. П. Павлов стремился применить данные, полученные им в лабораторных экспериментах, к теории и практике

медицины. Эти стремления И. П. Павлова особенно ярко воплотились в созданном им учении о высшей нервной деятельности. И. П. Павлов с неопровержимостью доказал, что во всей жизнедеятельности сложного организма высших животных и человека регулирующая роль принадлежит нервной системе, ведущее значение в которой имеет кора больших полушарий головного мозга. Этим самым была дана руководящая нить для всех разделов медицины и физиологии.

Объединенная сессия двух академий еще раз подчеркнула правильность мысли И. П. Павлова о том, что «в глубоком смысле понимаемые физиология и медицина неотделимы». В первом пункте своего постановления сессия записала: «...в кратчайший срок разработать необходимые организационные и научные мероприятия по дальнейшему развитию теоретических основ и внедрению учения И. П. Павлова в практику медицины» (7, стр. 525).

А. Г. Иванов-Смоленский, говоря в своем докладе о задачах, стоящих перед медициной в свете павловского понимания значения коры больших полушарий в патогенезе различных заболеваний, отмечал: «...Но в особенности это относится к психотерапии, которая, казалось бы, должна быть заново перестроена с учетом основных закономерностей корковой деятельности и кортико-висцеральных отношений, с учетом павловского учения о сонном торможении, гипнозе, внушении и, прежде всего, о взаимодействии первой и второй сигнальных систем» (7, стр. 80).

В настоящей книге автор поставил перед собой цель ознакомить врача-практика с тем объяснением физиологической природы гипноза, которое дано в трудах И. П. Павлова и его ближайших учеников, а также с использованием гипноза и внушения в повседневной лечебной работе. Автор считал необходимым привести по возможности наиболее полно важнейшие высказывания И. П. Павлова по этой глубоко интересовавшей его проблеме, доказательством чего является то большое внимание, которое уделял он в своих трудах гипнозу и внушению.

Г л а в а I

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Знакомство человечества с явлениями гипноза восходит к глубокой древности. Уже при храмах древнего Египта и Индии во время религиозных церемоний жрецы, совершая определенные обряды и заклинания, приводили отдельных богомольцев в состояние особого оцепенения, напоминавшего соя, во время которого они автоматически исполняли отдаваемые им приказания: ходили, разговаривали и т. п. В те времена люди не отдавали себе 'Ясного отчета в происходящем и связывали все эти явления с «божественной силой» храмов или жрецов, что последние использовали в своих корыстных личных и кастовых целях.

Для нас совершенно ясно, что в данном случае мы имеем дело с состоянием гипноза и внушения. Иногда такие действия приводили к исцелению расслабленных, прекращению судорожных состояний или других болезненных проявлений, что жрецы и верующие объясняли изгнанием «нечистой силы», снятием «порчи». В действительности это было снятие отдельных проявлений истерического невроза с помощью внушения, проводившегося в гипнотическом состоянии.

Первая попытка объяснить явления гипноза была предпринята венским врачом А. Месмером. В докладе, представленном в 1774 г. в Парижскую академию наук, Месмер сводил явления гипноза к воздействию особой невидимой жидкости — «магнетического флюида», которая будто бы обладает способностью передаваться от одной личности к другой. По представлению Месмера, эта жидкость разлита во вселенной и наличием ее объясняется якобы существующее магнетическое влияние небесных тел друг на друга и на жизнь людей. Некоторые лица,

по мнению Месмера (исключительно одаренным в этом отношении он считал себя), обладают способностью к накоплению в себе этой жидкости и к передаче ее другим людям, тем самым оказывая на них целебное воздействие. Месмер допускал возможность передачи этой жидкости и неодушевленным предметам, которые после этого будто бы становятся источником целебной силы. Поэтому он «магнетизировал» своими прикосновениями особые баки, держась за железные стержни которых, больные якобы получали флюид и выздоравливали. Очевидная мистическая сущность • этой фантастической теории избавляет от необходимости останавливаться на доказательствах ее ложности и абсолютной научной несостоятельности. Естественно, что эта «теория» не только не способствовала объяснению явлений гипноза, но окружила его еще большей таинственностью и явилась помехой на пути к научному изучению вопроса.

Началом научного подхода к изучению гипнотических явлений можно считать наблюдения и опыты, производившиеся в 40-х годах прошлого века английским хирургом Брэдом. В это время по Европе разъезжали разного рода шарлатаны, демонстрировавшие в публичных сеансах «чудеса» магнетизма. На сеанс, дававшийся в Манчестере одним из таких магнетизеров, приверженцев Месмера, пришел местный хирург Брэд с определенной целью разоблачить шарлатанские проделки месмериста. Однако, помимо шарлатанства, он отметил на этих сеансах некоторые заинтересовавшие его факты, исследованием которых и занялся. В 1843 г. Брэд издал книгу, в которой полностью отрицал лженаучную теорию Месмера о флюидах. Он объяснял гипноз как особое снопо-добное состояние, которое возникает в результате утом- / ления зрения, фиксирующегося на блестящих предметах, употреблявшихся с целью загипнотизирования. Самое название этого явления гипноз (otvos), что означает по-гречески сон, было введено в науку Брэдом. Заслугой Брэда является также и то, что он применил гипноз для лечебных целей и, в частности, использовал его для обезболивания при хирургических операциях. Вместе с тем следует отметить, что, стоя на идеалистических позициях, Брэд при трактовке некоторых гипнотических явлений допустил грубые ошибки. Так, например, он считал, что у загипнотизированных появляется

особая способность к чтению запечатанных писем, отгадыванию мыслей и т. п. Не менее ошибочной является и его попытка теоретически обосновать возможность использования для гипнотерапии лженаучных данных френологии.

Среди первых врачей, занимавшихся гипнотерапией, следует упомянуть имя Льебо, опубликовавшего в 1866 г. книгу, в которой он изложил свой опыт использования гипноза для лечебных целей.

Несколько позднее начали изучать гипнотические явления два других французских исследователя—Шарко и Бернгейм. Их исследования, противоположные по своим выводам, легли в основу двух направлений в истолковании гипноза, получивших названия парижской, или сальпетриерской, школы Шарко и нансийской школы Бернгейма. Проводя свои наблюдения по выяснению природы гипноза на больных истерией, Шарко и его последователи пришли к совершенно ложному представлению о том, что гипнотическое состояние есть не что иное, как разновидность истерического припадка, и что вследствие этого оно может быть вызвано только у выраженных истериков. Своим неправильным представлением о сущности гипноза как об искусственно вызванном истерическом припадке Шарко способствовал укоренению предрассудка, сыгравшего тормозящую роль в дальнейшем изучении и практическом использовании гипноза для лечения. После его работ получило широкое распространение неправильное воззрение о том, что гипноз есть болезненное состояние, ослабляющее и вообще вредно действующее на нервную систему. При своих исследованиях Шарко использовал в качестве факторов, вызывающих гипнотическое состояние, резкие и сильные или продолжительные и слабые агенты, раздражающие органы чувств. Так, например, перед глазами испытуемого' в темноте внезапно зажигали яркий источник света или неожиданно производили сильный шум. Роль словесного внушения при этих опытах игнорировалась.

В противоположность Шарко Бернгейм высказал мысль о том, что гипнотические явления обязаны своим происхождением внушению. Он понимал возникновение ■гипнотического состояния как результат того, что один человек {гипнотизируемый} поддается внушающему влиянию другого (гипнотизера), не обнаруживая при

этом выраженной критики к получаемому внушению. По представлениям мансийской школы, «гипноза нет, есть только внушение». Такое положение, при котором понятия «гипноз» и «внушение» смешиваются в одно целое, причем гипнотическое состояние как что-то самостоятельное и независимое от речевого воздействия вообще отрицается, должно быть признано ошибочным. И хотя у человека эти явления часто тесно связаны друг с другом (так, с одной стороны, одним из наиболее употребительных способов вызвать гипноз у человека является словесное внушение, с другой стороны, само гипнотическое состояние в большой степени повышает восприимчивость к внушению, что, как известно, широко используется в психотерапии), тем не менее гипноз и внушение представляют собой различные явления: в гипнотическое состояние можно погрузить не только человека, но и животных, способность же воспринимать словесное внушение присуща лишь человеку.

Иными путями пошло изучение гипноза в России. В противоположность общей идеалистической направленности исследований иностранных авторов для работ наших отечественных ученых характерно преобладание материалистических тенденций в подходе к изучаемым явлениям. Одновременно с исследованиями Шарко профессор физиологии Харьковского университета В. Я. Данилевский в многочисленных экспериментах изучал гипнотические явления у животных. Проводя свои исследования на огромном количестве самых разнообразных животных (лягушки, раки, крабы, различные рыбы, тритоны, змеи, ящерицы, черепахи, крокодилы, некоторые птицы и млекопитающие), Данилевский дал экспериментальное обоснование единства природы гипноза у человека и животных. Эти исследования, начавшиеся за несколько лет до того, как оформились взгляды мансийской школы, уже содержали в себе их экспериментальное опровержение. В. Я. Данилевский был одним из видных представителей передового направления в русском естествознании и медицине, основоположником которого явился И. М. Сеченов и которое затем нашло свое теоретическое развитие в учении С. П. Боткина и И. П. Павлова о нервизме. В своей речи на IV съезде русских врачей в Москве в 1891 г. «О единстве гипнотизма у человека и животных» Данилевский, приводя при-

мер благотворного влияния внушения в гипнозе на скорость заживления ожога, говорил: «Указанные гипнотические воздействия на вегетативную сферу до известной степени объясняются подобным же влиянием раздражения корки большого мозга на кровообращение, отделения, гладкую мускулатуру «и т. д.».

На том же съезде с докладом «Терапевтическое применение гипнотизма» выступил психиатр А. А. Токарский, ученик и последователь основоположника московской психиатрической школы С. С. Корсакова. Этот доклад, равно как и всю начавшуюся задолго до этого съезда деятельность Токарского в области психотерапии, с полным основанием следует рассматривать как зарождение подлинно научных материалистических тенденций в практике отечественной психо- и гипнотерапии. С воинствующей страстностью боролся А. А. Токаракий за то, чтобы гипноз и внушение получили равные права с другими методами лечения и заняли заслуженное место в медицине как средство, могущее оказать существенную помощь при ряде самых разнообразных болезненных состояний. В упомянутом докладе он говорил: «...смешно было бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку за дверьми храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его достаточно понянчили и захватили своими руками». Разрабатывая практические показания к применению гипноза в лечебных целях, Токарский исходил из того, что гипноз и внушение являются эффективными методами воздействия на функции нервной системы в смысле ее укрепления и успокоения, так как, по его глубокому убеждению, «необходимость влияния на нервную систему встречается на каждом шагу, независимо от болезни», чем и определяются широкие границы применения этих методов. Отстаивая целебные свойства гипнотического сна, Токарский категорически возражал против глубоко ошибочного взгляда Шарко о патологической природе гипноза. Особенно подробно остановился Токарский на критике этих ложных представлений в одной из своих лучших работ, носящей название «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования» (1889). Токарский был первым, кто организовал и начал чтение курса гипнотерапии и физиологической психологии в Московском университете. В своих экспериментальных работах по

психологии он с материалистических позиций резко критиковал многие положения идеалистической концепции немецкого психолога Вундта. Токарокий имел ряд учеников и последователей, которые обогатили своей практической работой и научными исследованиями область гипнотерапии. Сюда следует отнести Е. Н. Довбню, П. П. Подъяпольского, В. К. Хорошко, Б. А. Токарского и др. Многие важные практические приемы и указания по вопросам гипнотерапии, содержащиеся в трудах

А. А. Токарского, представляют большую ценность и для настоящего времени.

Изучение наследия этого выдающегося психотерапевта обогатит каждого врача, начинающего работать в этой области.

φ

Несколько позднее Токарского начал свою деятельность в области психотерапии выдающийся русский психоневролог В. М. Бехтерев. Он уделял очень большое внимание как вопросам, связанным с практическим применением лечебного внушения и гипноза в медицине, так и научно-экспериментальному изучению особенностей гипнотического состояния человека. В оставленном им огромном литературном наследстве видное место занимает большое количество работ, посвященных психо- и гипнотерапии. В руководимых Бехтеревым научных лабораториях и институтах непосредственно им самим и его сотрудниками производились экспериментальные исследования, направленные на выяснение сущности гипнотического состояния и природы вызывающих его условий.

В. М. Бехтерев считал, что большую роль при наступлении гипнотического сна играет словесное внушение, а также высказывал мысль о том, что ряд физических раздражителей способствует погружению человека в гипнотическое состояние. Однако необходимо отметить, что настоящего проникновения в природу гипнотического состояния В. М. Бехтереву достигнуть не удалось. Помимо научных трудов и исследований в области гипнотерапии, В. М. Бехтерев написал большое количество научно-популярных брошюр о гипнозе, способствуя тем самым рассеиванию многих предрассудков и заблуждений, имевшихся по этим вопросам, а также настойчиво пропагандируя значение гипноза как лечебного метода.

Дальнейшее развитие учения о гипнозе окончательно пошло по двум противоположным направлениям.

1!

В то время как на Западе, и особенно за последние десятилетия в Америке, изучение гипноза, а также его лечебное использование попали в руки рьяных последователей лженаучного идеалистического учения Фрейда, которые окончательно завели его в тупик субъективистско-психологических гаданий и мистики в России трудами старейшины физиологов мира И. П. Павлова гипноз был выведен на столбовую дорогу истинной науки, нашел свое материалистическое истолкование и сделался полноправным и мощным оружием советской медицины в борьбе с самыми различными заболеваниями.

-

Глава II

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ

Сон и торможение

Деятельность нервной системы складывается из противоположных, но тесно взаимно связанных процессов: возбуждения и торможения. По выражению И. П. Павлова, это есть как бы две половины одной нервной деятельности.

Для интересующих нас явлений гипноза и внушения наибольшее значение имеют процессы торможения, разыгрывающиеся в высших отделах головного мозга.

Честь открытия процессов торможения в деятельности центральной нервной системы принадлежит отцу русской физиологии И. М. Сеченову. До этого открытия считалось, что центральная нервная система и, в частности, головной мозг могут оказывать лишь возбуждающее, т. е. побуждающее к деятельности, влияние на органы животного организма. И. М. Сеченов своими блестящими опытами доказал, что головной мозг способен оказывать также и тормозящее, задерживающее влияние на работу других органов.

Так, например, в экспериментах И. М. Сеченова **при** раздражении зрительных бугров головного мозга лягушки кристалликом поваренной соли задерживались рефлекторные отдергивания ее лапок, погруженных в раствор кислоты определенной концентрации.

Этот факт был впервые установлен И. М. Сеченовым в 1862 г. В речи на заседании Общества русских врачей, посвященном памяти И. М. Сеченова, И. П. Павлов назвал это открытие «первой победой русской мысли в области физиологии».

Гениальное открытие И. М. Сеченова послужило основой для дальнейших успехов, достигнутых нашей отечественной наукой в познании закономерностей многогранной деятельности нервной системы. В последующем развитии учения о торможении первое место также при надлежало русским физиологам.

Исходя из данных И. М. Сеченова, И. П. Павлов изучал главным образом роль торможения в координации нервной деятельности. Ученик И. М. Сеченова Н. Е. Введенский преимущественно исследовал интимную природу торможения — взаимоотношение последнего с состоянием возбуждения. Он установил, что где бы и когда бы не возникло торможение, оно всегда связано с возбуждением. В зависимости от силы и частоты раздражения и функционального состояния субстрата эффект от раздражения может быть возбуждением или торможением. Торможение возникает из самого процесса возбуждения и закономерно протекает через три стадии. Эти стадии были глубоко изучены Н. Е. Введенским и получили название уравнивательной, парадоксальной и тормозной стадии. Совокупность всех этих трех стадий Н. Е. Введенский обозначил термином «парабиоз», имея в виду пограничное состояние реагирующей ткани между жизнью и смертью.

Учение о парабиозе, объединяющее взаимными закономерными переходами процессы возбуждения и торможения, было высоко оценено И. П. Павловым, назвавшем его наиболее солидным фундаментом для теории торможения. Установленные Н. Е. Введенским парабиотические стадии оказались сходными с фазами развития торможения в коре больших полушарий головного мозга, обнаруженными школой И. П. Павлова.

Громадная роль торможения в деятельности головного мозга была ясна уже И. М. Сеченову. Последующие многочисленные исследования с каждым днем увеличивали число фактов, говорящих о значении этого процесса в рефлекторной деятельности центральной нервной системы. Но только И. П. Павлову удалось в полном объеме показать «постоянное неперенное» участие тормозного процесса во всех проявлениях высшей нервной деятельности.

В процессе изучения условных рефлексов И. П. Павловым и его учениками было выделено несколько видов

м

торможения. Так, И. П. Павлов различал внешнее торможение (возникающее при действии посторонних, случайных раздражителей) и внутреннее торможение (развивающееся при угасании, запаздывании и дифференцировке). Отдельным видом торможения И. П. Павлов считал так называемое запредельное торможение. В одной из своих самых последних классификаций торможения И. П. Павлов соединил внешнее и запредельное торможение в один вид — постоянного, или безусловного, торможения, а внутреннее торможение стал называть временным, условным торможением. Специально предпринятые исследования привели И. П. Павлова к заключению, что «...есть основания все эти виды торможения в их физико-химической основе считать за один и тот же процесс, только возникающий при различных условиях» (10, стр. 332—333).

Изучая свойства корковых клеток и процессы, происходящие во всей массе больших полушарий, И. П. Павлов не ограничился установлением управляющих ими физиологических закономерностей, но всегда стремился уяснить их биологическую ценность для вида и индивида. Рассматривая высшую нервную деятельность как наиболее совершенную из всех форм приспособительной деятельности существующих в мире живых существ, И. П. Павлов экспериментальным путем определил то место, которое занимает в ней процесс торможения. Участие тормозного процесса в высшей нервной деятельности выступает перед исследователем в двух формах: с одной стороны, торможение постоянно уточняет, корректирует и совершенствует сигнальную деятельность коры больших полушарий головного мозга, с другой — охраняет клетки коры от чрезмерного истощения, разрушения, гибели, делая клетку на время своего действия невозбудимой.

Проиллюстрируем сказанное отдельными примерами.

В опытах Б. Н. Бирмана у собаки из ряда соседних тонов фисгармонии подкреплялся безусловным раздражителем (пищей) только один тон в 256 колебаний в одну секунду. В начальный период образования условного рефлекса, в силу закона генерализации возбуждения, действие любого из применявшихся тонов вызывало положительную пищевую реакцию. Однако в дальнейшем такую реакцию стал давать только тон 256 колебаний в одну секунду, остальные тона не вызывали

случайноотде-

ления, т. е., по терминологии И. П. Павлова, были ОТДЙ-ференцированы. Образование дифференцировки связано с развитием тормозного процесса в тех клетках коры больших полушарий, в которые поступает систематически не подкрепляющееся условное раздражение. В этом случае перед нами факт, когда торможение уточняет, корригирует сигнальную деятельность коры больших полушарий. Раздражители, первоначально вызывавшие положительную пищевую реакцию, в дальнейшем, оставаясь постоянно без подкрепления, перестали ее вызывать — приобрели значение сигнала отсутствия пищи. Собака продолжала давать положительную условную реакцию только на тот тон, который постоянно сопровождался безусловно-деловым (по выражению И. П. Павлова) раздражителем.

Итак, первая роль торможения «СОСТОИТ в постоянном корригировании условных рефлексов, как по существу сигнальных. Когда условный рефлекс не соответствует действительности, т. е. после условного раздражителя не следует (несколько раз, при определенном условии, наконец, не тотчас) безусловный раздражитель, то условный рефлекс временно или постоянно (в случае постоянного условия) тормозится, не обнаруживается» (9, стр. 362).

Процесс торможения обеспечивает точность ответной реакции организма соответственно конкретно складывающимся условиям его деятельности.

В другом месте, рассматривая это значение тормозного процесса, И. П. Павлов пишет: «Вы понимаете, конечно, что это имеет грандиознейшую важность в жизни животных и нас, ибо наша жизнь к тому и сводится, что мы в определенной обстановке и в определенный момент должны проявить известную деятельность, а в другой — задержать ее.

На этом основывается высшая жизненная ориентировка. Таким образом, из постоянного и правильного балансирования этих двух процессов складывается нормальная жизнь и человека и животного» (10, стр. 81).

Вторая биологическая роль торможения — охранительная—наиболее ярко может быть продемонстрирована на так называемом запредельном торможении, возникающем в корковых клетках под действием сверхсильных раздражителей.

Изучая закономерности условнорефлекторной деятельности, И. П. Павлов установил правило зависимости эффекта раздражения от силы раздражителя, заключающееся в том, что чем сильнее условный раздражитель, тем больше вызываемая им условная реакция. Так, громкий стук в качестве положительного условного раздражителя пищевого рефлекса гонит больше слюны, чем имеющий то же сигнальное значение слабый стук. Условные раздражители, адресуемые к разным анализаторам, в свою очередь могут быть поставлены в нарастающий (по силе вызываемого ими эффекта) ряд раздражителей, причем разница в величине условного эффекта при агентах из разных анализаторов зависит от количества энергии, посылаемой каждым агентом в кору полушарий.

Однако, как показали дальнейшие исследования, проведенные в школе И. П. Павлова, это правило имеет границы своего применения. При переходе силы условного раздражителя за известный предел (неодинаковый не только для разных животных, но и для одного и того же животного в различном его состоянии) величина ответной реакции перестает возрастать пропорционально силе раздражения, но, напротив того, эффект начинает стремительно уменьшаться.

Объясняется это возникающим в корковых клетках в этих условиях процессом торможения, охраняющим таким образом клетку от чрезмерного для нее функционального истощения.

«Для корковых клеток каждого нашего животного (собак), — писал И. П. Павлов, — есть свой максимальный раздражитель, есть предел безвредного функционального напряжения, за которым следует вмешательство торможения (правило предела силы раздражения).

Сверхмаксимальный раздражитель сейчас же вызывает торможение, и этим искажается обычное правило зависимости величины эффекта от силы раздражения: сильный раздражитель дает равный или даже меньший эффект, чем слабый...» (10, стр. 115).

Не так быстро, но тем не менее с такой же необходимостью, закономерностью возникает торможение и в тех случаях, когда кора больших полушарий подвергается воздействию .слабых индифферентных (т.е. не имеющих

никакого условного значения), но часто повторяющихся раздражителей. Как показали опыты Н. А. Попова, проведенные в лаборатории И. П. Павлова, появляющийся вначале у собаки в ответ на подобные раздражители ориентировочный исследовательский рефлекс при продолжающемся периодическом повторении этих раздражений исчезает. Специально поставленные проверочные эксперименты установили, что это исчезание связано с развитием тормозного процесса в соответствующих клетках коры.

1

Охранительная роль торможения лишь наиболее наглядно выступает при запредельном торможении. В действительности же и процесс уточнения, корригирования высшей нервной деятельности торможением в своей физиологической сущности также представляет собой защиту высокочувствительных корковых клеток от истощающей их напрасной траты энергии. С восхищением отзываясь об этом как об одном из наиболее совершенных биологических приспособлений организма, И. П. Павлов писал: «...высшее проявление жизни, тончайшее приспособление организма, постоянное корригирование временных связей, непрерывная установка подвижного равновесия с окружающей средой имеют в своем основании недейтельное состояние самых дорогих элементов организма—нервных клеток больших полушарий» (9, стр. 390).

Углубленное изучение вопроса о переходе корковых клеток в тормозное состояние показало всеобщность этих явлений. Оказалось, что торможение развивается и в случаях, когда условный раздражитель не превышает предела функциональной работоспособности клетки и при этом постоянно подкрепляется. Вся разница лишь в том, что в последнем случае оно возникает относительно не так скоро, постепеннее, медленнее, причем скорость его возникновения зависит от частоты повторения условного раздражителя и от индивидуальности животного. В «Лекциях о работе больших полушарий» И. П. Павлов писал: «...корковая клетка под влиянием условных раздражений непременно рано или поздно, а при частых повторениях их и очень быстро, приходит в тормозное состояние. А это всего законнее надо было понимать так, что эта клетка, как, так сказать, сторожевой пункт организма, владеет высшею реактивностью, а следовательно, стремительно функционально разрушаемостью, быст-

рою утомляемостью. Наступающее тогда торможение, не будучи само утомлением, является в роли охранителя клетки, предупреждающего дальнейшее чрезмерное опасное разрушение этой исключительной клетки. За время тормозного периода, оставаясь свободной от работы, клетка восстанавливает свой нормальный состав» (8, стр. 218).

Итак, согласно учению И. П. Павлова, торможение есть процесс, не только охраняющий корковые клетки от чрезмерного истощения, но и активно благоприятствующий скорейшему восстановлению их работоспособности.

Участие тормозного процесса в высшей нервной деятельности также постоянно и непременно, как и участие процесса возбуждения. Движение этих процессов по коре — их иррадиация и концентрация, взаимная последовательная и одновременная индукция {торможения — возбуждением и возбуждения — торможением) и создают ту сложнейшую мозаику, которую представляет собой кора больших полушарий головного мозга животных и человека в состоянии бодрствования.

Каков же физиологический механизм столь же обычного состояния животных и человека — состояния сна?

С сонливостью и сном животных в станке во время опытов И. П. Павлов и его сотрудники встретились уже в самом начальном (периоде изучения условных рефлексов как с одной из больших помех в этой работе. Было поставлено много исследований с целью разработать методы борьбы с наступлением сна и сонливости у животных во время опыта. Однако в дальнейшем эти явления сами по себе стали предметом специального изучения в павловских лабораториях.

В их изучении, как и при исследовании всех других физиологических явлений, И. П. Павлов, оставаясь верным своему строго объективному методу, стремился прежде всего определить условия, при которых возникают эти явления. И вот оказалось, что условия, приводящие к наступлению сонливости и сна, тождественны условиям, вызывающим развитие процессов внутреннего торможения.

И сон, и внутреннее торможение появляются в тех случаях, когда условное раздражение временно или постоянно остается без подкрепления безусловным. И сон, и внутреннее торможение особенно легко развиваются

под влиянием слабых и средних однообразно повторяющихся раздражителей, из которых первое место по скорости вызывания явлений сна и торможения занимают температурные и кожно-механические раздражения.

Выше уже упоминалось о том, что- торможение рано или поздно, но, в конце концов, обязательно возникает и при постоянном подкреплении условного рефлекса безусловным, если этот рефлекс более или менее часто и длительно (в зависимости от типа нервной системы животного) повторяется. То же положение сохраняет свою силу и для явлений сна, а именно: продолжение опытов с подкрепляемыми, но уже начавшими тормозиться или полностью заторможенными условными рефlekсами приводило через тот или иной промежуток времени {также зависящий от типа нервной системы животного) к сонливости и сну собаки во время опытов.

Сон, как и торможение, может быть вызван по типу условного рефлекса. Опыты Ю. В. Фольборта, поставленные в лаборатории И. П. Павлова, показали, что если несколько раз при работе с теми или иными тормозными рефlekсами одновременно пустить в ход действие какого-нибудь постороннего, индиферентного агента, то в последующем само по себе действие этого агента будет вызывать тормозное состояние в коре данного животного. То же самое может иметь место и в случае сна. Посторонний агент, несколько раз действовавший во время опытов, в результате которых собака засыпала, вступает в условную связь с сонным состоянием и затем может его вызывать уже сам.

Хорошим примером последнего случая может быть тот наблюдавшийся в лабораториях И. П. Павлова факт, что собаки, приведенные в экспериментальную комнату, где с ними до этого неоднократно проводились опыты с вызыванием сонного состояния, часто засыпали, едва переступив ее порог. Здесь сама обстановка опыта стала условным возбудителем сна. Все эти данные, говорящие о тождестве условий, вызывающих сон и торможение, и привели И. П. Павлова к выводу о том, что сон и внутреннее торможение в своей физико-химической основе представляют собой .один и тот же процесс.

Вместе с тем между этими явлениями существует и вполне очевидное различие: сон — состояние покоя, отдыха всего организма, а торможение — постоянный участ-

ии

ник состояния бодрствования, способствующий более тонкому и точному соответствованию высшей нервной деятельности беспрестанно меняющимся условиям окружающей среды.

Разница между оном и торможением связана с разной степенью экстенсивности {распространенности} этого в сущности своей одного и того же процесса по головному мозгу. «Торможение есть парциальный, как бы раздробленный, узлокализированный, заключенный в определенные границы под влиянием противодействующего процесса — раздражения, сон, а сон есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже — на средний мозг» (9, стр. 382).

Справедливость, правильность этого представления подтверждается многочисленными фактами перехода торможения в сон и обратно, о которых И. П. Павлов писал, что ими «так переполнена наша работа с условными рефлексам, что является излишним приводить отдельные примеры» (8, стр. 220).

Переход торможения в сон наблюдался во всех случаях, когда создавались условия, благоприятствующие иррадиации (разлитою) тормозного процесса по массе больших полушарий. Такими условиями являются как действие однообразных слабых и средних ритмически повторяющихся раздражений, так и однократное действие резких, сильных (громкий звук, яркий свет, резкое обездвиживание и др.) раздражителей. Благоприятным условием для широкой иррадиации торможения по коре может явиться также и устранение сразу многих раздражающих агентов из окружающей среды. Обычно в состоянии бодрствования, как уже указывалось, торможение, сосредоточенное в отдельных пунктах коры больших полушарий головного мозга, ограничивается в своем распространении противоборствующим ему процессом возбуждения, сконцентрированным в других пунктах. Если же создаются условия, при которых количество возбужденных пунктов в коре уменьшается, как это и бывает при устранении многих раздражающих моментов, то процесс торможения получает преобладающую силу и начинает беспрепятственно- разливаясь по коре, спускаясь часто и на нижележащие отделы мозга, т. е. возникает состояние сна.

'2\

Исходя из этих фактов, И. П. Павлов предлагал различать — соответственно условиям возникновения сна — сон активный и сон пассивный. «Сон активный — тот, который исходит из больших полушарий и который основан на активном процессе торможения, впервые возникающем в больших полушариях и отсюда распространяющемся на нижележащие отделы мозга; и сон пассивный—происходящий вследствие уменьшения, ограничения возбуждающих импульсов, падающих на высшие отделы головного мозга (не только на большие полушария, но и на ближайшую к ним подкорку)» (10, стр. 200).

Однако, различая сон активный от пассивного по условиям их возникновения, И. П. Павлов всегда настаивал на единой их природе: физиологическую основу и того, и другого составляет активный процесс — процесс торможения, получивший перевес над возбуждением.

Фактором, благоприятствующим иррадиации торможения, является также общее снижение предела работоспособности клеток коры больших полушарий, которое может быть вызвано самыми разнообразными причинами: утомлением, истощением, интоксикацией, операцией, перенесенной инфекцией и т. д.

Так, у человека утомление клеток коры больших полушарий, накапливающееся вследствие большого числа раздражений, падающих на них в течение дня, является основной причиной развивающейся к концу его сонливости и пониженной способности восприятия новых впечатлений. Правда, нельзя забывать и того указанного И. П. Павловым обстоятельства, что привычное, длительно сохранявшееся неизменным время отхода ко сну может по типу уелсворефлекторной связи само по себе стать возбудителем сонливости и сна, независимо от того — утомился или нет в течение дня человек. Это обстоятельство указывает, между прочим, на большое значение поддержания строго заведенного режима смены сна и бодрствования при воспитании детей. Неотступно соблюдаемое определенное время укладывания ребенка в постель, способствуя быстрому и спокойному засыпанию, устраняет необходимость укачивания, уговоров и прочих нередко применяющихся способов, заставляющих ребенка уснуть. На этом же принципе построено и лечение бессонницы при некоторых нервных болезнях, приводящих к стойким нарушениям сна. Таким больным

даются строгие предписания ложиться спать всегда в одной и той же обстановке и в строго определенный час

Влияние истощения как фактора, ведущего в первую очередь к ослаблению клеток коры (предъявляющих, как известно, повышенные требования в отношении питания), было отмечено И. П. Павловым на материале его лабораторий. «Позволительно сюда же отнести и факт, — писал И. П. Павлов, — наблюдавшийся в наших лабораториях в тяжелые годы (1918 и 1919), когда приходилось работать на истощенных, изголодавшихся животных. Даже немного отставленные рефлексы быстро исчезали, вызывая сон, так, что дальнейшая работа над ними делалась невозможной (опыты д-ров Н. А. Подкопаева, О. С. Розенталя и Ю. П. Фролова). Очевидно, общее истощение в особенности резко сказывалось на нервных клетках больших полушарий» (9, стр. 389).

Ослабление функциональных возможностей корковых клеток, вызванное перенесенным заболеванием, является одной из главных причин повышенной потребности во сне, которая так характерна для выздоравливающего после тяжелой болезни.

Подобных примеров можно привести очень много. Все они подтверждают павловское положение о том, что сон есть разлитое торможение и что все условия, ведущие к возникновению и распространению торможения, являются вместе с тем и факторами, способствующими наступлению сонливости и сна.

Важнейшее значение для понимания природы сна имеет положение И. П. Павлова, согласно которому сон и торможение являются одним и тем же процессом. Это позволяет проникнуть в физиологическую сущность сна как охранительно-восстановительного процесса, обеспечивающего возвращение нормальной работоспособности высокочувствительным, обладающим «стремительной функциональной разрушаемостью, быстрой утомляемостью» корковым клеткам. В состоянии сна разлитое торможение, охватывая всю кору больших полушарий и спускаясь на нижележащие отделы головного мозга, способствует тем самым восстановлению функциональных возможностей огромной массы клеток.

Неизменно убежденный в том, что «окончательная победа медицины придет только через лабораторный эксперимент», что только глубокое познание физиологи-

ческих закономерностей откроет возможность сознательного управления ими, создаст основу научной терапии, И. П. Павлов в статье, посвященной условиям бодрого и сонного состояния больших полушарий, писал, что «полный анализ их (условий деятельного и покойного состояния — *B. P.*) приведет, вероятно, к огромной власти над деятельностью наших больших полушарий и поведет к большому практическому применению» (9, стр. 298).

Эти пророческие слова И. П. Павлова начали сбываться уже при его жизни. Известный еще до работ И. П. Павлова метод терапии сном впервые получил свое научное обоснование только в павловском учении об охранительно-восстановительной природе сна. На принципах этого учения было построено практическое применение терапии сном для лечения кататонических форм шизофрении. При этом основное внимание направлялось на углубление охранительного торможения как защитной меры ослабленным болезненным процессом клеток коры.

Учение И. П. Павлова о сне получило свое дальнейшее развитие и практическое применение в работах его учеников и последователей.

Исследования М. К. Петровой показали, что болезненные невротические состояния собак приводят к появлению у них различного рода кожных дистрофий и что применение в этих случаях длительного сна дает хорошие результаты в смысле устранения как самих невротических расстройств, так и их последствий.

А. Г. Ивановым-Смоленским и его сотрудниками в экспериментах на морских свинках и белых крысах был установлен факт возникновения разлитого охранительно-запредельного торможения в коре больших полушарий при интоксикации и инфекции. Искусственное углубление этого торможения с помощью наркотических средств (амитал-натрия) ускоряет восстановление условнорефлекторной деятельности и процесс выздоровления животных.

Э. А. Асратяном и его сотрудниками в опытах на самых различных животных получены данные, говорящие об охранительном характере длительного торможения, развивающегося в результате механических, термических и некоторых других повреждений центральной нервной системы, а также о благотворном влиянии применявшегося при этом метода терапии сном.

Материалы лабораторных экспериментальных исследований на животных, проведенные вышеперечисленными, как и многими другими авторами, послужили основанием для разработки методов научно обоснованного применения терапии сном в клинике.

А. Г. Иванов-Смоленский предложил систему мероприятий для всемерного поощрения разлитого охранительного торможения, развивающегося после тяжелых травм головного мозга. Этой системой предусматривается обязательный постельный режим, обеспечение больному полного покоя, искусственное удлинение до 10—15 часов и углубление ежесуточного сна с помощью наркотических и седативных средств.

Э. А. Аоратян разработал метод лечения сном заболеваний, связанных с травматическими поражениями центральной и периферической нервной системы.

Ценные работы по практическому применению терапии сном для лечения нервно-психических и соматических заболеваний принадлежат А. О. Долину, Б. Н. Бирману, М. К. Петровой, Ф. А. Андрееву, В. А. Гиляровскому, Е. А. Попову, И. В. Стрельчуку и многим другим отечественным исследователям.

Гипнотические фазы

Важной особенностью как сна, так и торможения, подчеркивающей единую природу этих двух процессов, является то, что оба они представляют собой, как это уже стало ясно из вышесказанного, процессы движущиеся: возникая в том или ином (или сразу во многих) пункте или районе больших полушарий, они могут затем распространяться, причем степень их распространенности (или, как говорил И. П. Павлов, экстенсивности) может быть весьма различна.

Основу физиологического механизма обычного нормального ежесуточного сна составляет торможение, охватывающее всю кору больших полушарий мозга и при глубоком сне опускающееся также на подкорковые образования и даже на средний мозг.

Глубоко спящий человек, как правило, не реагирует на внешние раздражения (шумы, прикосновения, свет), разумеется, если последние не слишком сильны, ибо в противном случае они воспринимаются спящим и приво-

дят к его пробуждению. Однако не всегда сон бывает таким полным.

Распространяясь по коре больших полушарий, процесс торможения не всегда охватывает ее всю целиком. Иногда остается один или несколько бодрствующих, или, как их образно назвал И. П. Павлов, «сторожевых», «дежурных» пунктов.

Можно привести много примеров из обыденной жизни, когда спящий, не воспринимая подавляющего большинства падающих на него раздражений, пробуждается от некоторых определенных раздражений, хотя последние по силе могут значительно уступать невоопринимавшимся раздражителям. Широко известным примером такого рода может служить сон матери у постели больного ребенка. Не реагируя на громкий стук и разговор в комнате, она мгновенно пробуждается при малейшем шорохе, произведенном ребенком. Из литературы известны случаи, когда дежурящий на железнодорожной станции в ночную смену телефонист, будучи охвачен подобным сном, не реагировал на свистки и гудки маневрирующих паровозов, в то время как при относительно слабом дребезжании телефонного аппарата он быстро вскакивал и вступал в служебный разговор. Всем известны случаи сна солдат на марше, всадников при езде верхом и многие другие.

Частичный, неполный охват коры торможением наблюдается и в состояниях, переходных от бодрствования ко сну, и обратно.

Факт постепенного наступления сна общеизвестен, хотя длительность промежуточного состояния между бодрствованием и сном у различных людей весьма вариативна. Одни засыпают и пробуждаются скоро, почти мгновенно, другие — медленно, с трудом.

Исследования павловской школы позволили уловить самые мельчайшие подробности постепенного распространения торможения в головном мозгу при развитии сонного состояния.

На материале опытов Л. Н. Воскресенского И. П. Павлов выделил несколько строго закономерных стадий в засыпании и пробуждении собак. Каждая из этих стадий характеризовалась определенными соотношениями между секреторным и двигательным пищевыми условными рефlekсами. В первой стадии засыпания действие услов-

ных раздражителей перестает вызывать слюноотделение, но собака продолжает брать подставляемую ей пищу, т. е. секреторный рефлекс исчезает, а двигательный остается. Во второй стадии сна наблюдается обратная картина: условный раздражитель гонит слюну, однако двигательная реакция на пищу исчезает. Третья стадия характеризуется полным отсутствием обеих реакций — и двигательной, и секреторной. При медленном возвращении собаки в состояние бодрствования отмеченные три стадии следуют в обратном порядке. Приводим соответствующую таблицу из статьи И. П. Павлова (совместно с доктором Л. Н. Воскресенским) «Материалы к физиологии сна».

Состояние собаки	Стадии сна	Рефл секреторной	ексы двигательный	Примечание
Бодрое....		+	+	
Сонное.....	I	-	+	Глубокий сон
	II	+	-	
	III	-	-	
	II	+	-	
	I	-	+	
Бодрое....		+	+	

Позднее аналогичные стадии развития сонного состояния были установлены И. П. Павловым в совместной работе с М. К. Петровой, причем, кроме разделения двигательной и секреторной реакции, выяснились также некоторые дальнейшие подробности, а именно: ярко выступил факт постепенной иррадиации торможения в пределах саиМого двигательного анализатора, что выражалось в последовательных, постепенных этапах исчезновения двигательной реакции. Вначале собака свободно брала в рот пищу, но можно было заметить, что язык у нее начинал высовываться изо рта и свисал, как парализованный; затем ослаблялась деятельность жевательной мускулатуры, собака с трудом двигала челюстями, хотя легко наклоняла голову к еде; далее она начинала поворачиваться к кормушке всем туловищем, так как парализованными оказывались уже и мышцы шеи; с тече-

нием времени собака теряла возможность совершать вообще какие-либо движения, иногда надолго застывала в окаменевшей позе и, наконец, погружалась в полный, глубокий сон, пассивно повиснув на лямках станка.

Такое многообразие состояний, переходных между бодрствованием и сном, обязано своим происхождением различным степеням экстенсивности разлитого торможения, постепенно захватывающего вначале одни, затем другие районы и отделы коры больших полушарий и, наконец, спускающегося на нижележащие части мозга.

Уже в самый начальный период исследований, посвященных изучению закономерностей развития сна и сонливости, И. П. Павлов отметил глубокое сходство состояний, связанных с различной распространенностью по коре тормозного процесса, с явлениями гипноза.

В 1910 г., через год после своей знаменитой речи «Естествознание и мозг», в которой И. П. Павлов дал гениальное обоснование строго объективного метода изучения высшей нервной деятельности, выступая в Москве на торжественном заседании Общества имени Х. С. Ладенцова, И. П. Павлов продемонстрировал слушателям огромные возможности познания сложнейших форм деятельности мозга, раскрываемые этим методом. Касаясь работ, посвященных изучению физиологического механизма сна, И. П. Павлов заявил: «Я убежден, что на этом пути исследования—и не за горами трудностей— лежит разрешение остающихся до сих пор темными явлений гипноза и других ему родственных состояний. Если обыкновенный сон есть задерживание, торможение всей деятельности высшего отдела мозга, то гипноз надо представлять себе как частичное задерживание различных участков этого отдела» (9, стр. 131).

С накоплением новых данных это представление И. П. Павлова углублялось и уточнялось, но основа его продолжала оставаться все той же. Гипноз есть состояние, переходное между бодрствованием и сном, есть частичный сон, частичное торможение больших полушарий головного мозга. Многие явления, наблюдающиеся в гипнотическом состоянии у животных и человека, находят свое объяснение в меняющейся экстенсивности этого торможения.

Однако сон и состояния, переходные между бодрствованием и сном, характеризуются не только разными

степенями экстенсивности (распространенности) коркового торможения, но и различной интенсивностью (силой, глубиной) его.

Впервые в опытах сотрудника И. П. Павлова И. П. Разенкова было обнаружено, что и для клеток коры больших полушарий, подобно тому как это было установлено Н. Е. Введенским для нервного волокна и спинного мозга, между состоянием нормальной их возбудимости и полным торможением существует ряд особенных, переходных стадий, каждая из которых отличается своеобразным нарушением закона силовых отношений, т. е. нарушением прямой зависимости между силой условного раздражителя и величиной ответной условной реакции.

В опытах И. П. Разенкова такие состояния наблюдались после экспериментально вызванного -срыва высшей нервной деятельности собаки, приведшего -вначале -к полному исчезновению у нее всех условных рефлексов. При крайне замедленно протекавшем (в течение нескольких недель) восстановлении условнорефлекторной деятельности и были отмечены эти промежуточные стадии между полным тормозным состоянием клеток -коры и их нормальной возбудимостью.

Установив наличие этих стадий в случае патологического сдвига в высшей нервной деятельности, И. П. Павлов высказал -предположение, что подобные же явления должны иметь место, только с большей скоростью протекания, и в норме —■ при переходе от сна к бодрствованию и обратно.

При нарочито замедленном, достигавшемся специальными приемами, погружении собаки в сон и столь же постепенном выведении ее из этого состояния (опыты Б. Н. Бирмана, О. С. Розенталя, Н. В. Зимкина, М. К. Петровой, А. А. Шишло и др.) удалось выявить у здоровых собак в норме переходные состояния, аналогичные тем, которые были обнаружены впервые в патологическом случае.

Состояние клеток коры, при -котором и слабые, и -сильные условные раздражители дают одинаковый, уравненный по величине эффект, было названо И. П. Павловым уравнивающей фазой. Уравнение эффектов при этом происходит за счет увеличения ответных реакций на сла-

бые раздражения и снижения величины ответа на сильные раздражения.

Тормозная фаза корковых клеток, при которой наблюдается преобладание величины реакции на слабый раздражитель над величиной реакции на сильный раздражитель, получила наименование парадоксальной фазы. В некоторых случаях извращение ответной реакции корковых клеток на условный раздражитель достигает такой степени, что условный положительный раздражитель полностью теряет свое возбуждающее действие, в то время как условный отрицательный (тормозной) раздражитель начинает при этом вызывать явный положительный эффект. Это состояние было названо И. П. Павловым ультрапарадоксальной фазой.

При погружении собак в сон с помощью снотворных средств (уретан, хлоралгидрат и др.) происходит постепенное равномерное падение величины всех условных рефлексов — наркотическая фаза.

Состояние коры больших полушарий, в котором отсутствует реакция как на положительные, так и на отрицательные условные раздражения, И. П. Павлов назвал фазой полного торможения.

И. П. Павлов неоднократно отмечал, что установить какой-либо преемственности в смене одной фазы другой не удастся. В одних случаях уравнивательная фаза сменялась парадоксальной, а перед наступлением полного сна появлялась ультрапарадоксальная фаза, в других случаях обе фазы сменяли друг друга попеременно, как бы волнообразно: после парадоксальной фазы, сменившей уравнивательную, вновь выступала уравнивательная, и тут же вслед за ней снова появлялась парадоксальная фаза и т. п.

«Таким образом, — писал И. П. Павлов, — остается неясным: есть ли эти состояния строго последовательные или и параллельные. Мы так же не можем точно указать, почему данная фаза прямо переходит то в ту, то в другую» (8, стр. 247).

В процессе постепенного развития сонного состояния удалось также обнаружить своеобразные сочетания определенной экстенсивности иррадиировавшего торможения с той или иной фазой интенсивности его.

Так, например, в опытах О. С. Розенталя нередко отмечалось, что в одной из стадий сна, когда при нали-

чин секреторной реакции двигательная отсутствовала, сильные условные пищевые раздражители вызывали меньшее слюноотделение, чем слабые.

Исходя из положения о том, что сон и торможение являются одинаковыми по своей природе процессами, И. П. Павлов поставил вопрос: нельзя ли обнаружить подобные же фазовые изменения интенсивности тормозного процесса и при образовании тех или иных видов коркового торможения?

Поставленные специально с этой целью опыты К. М. Быкова, А. Г. Иванова-Смоленского, П. К. Анохина, Н. В. Виноградова показали, что действительно при выработке всех видов 'коркового торможения наблюдаются фазовые изменения возбудимости клеток коры больших полушарий, аналогичные фазовым состояниям коры, обнаруженным при изучении развития сна. Интересно отметить, что и здесь выявилась волнообразность в смене одной фазы другой, что говорит о скрывающейся за этим борьбе процессов возбуждения и торможения, о диалектическом характере развития этих процессов.

Эти данные явились еще одним неопровержимым доказательством правильности утверждения И. П. Павлова о том, что сон и торможение по своей природе — один и тот же процесс.

Вскрытые И. П. Павловым закономерности изменения интенсивности тормозного процесса дополнили установленные им ранее данные о торможении как о процессе движущемся, меняющем свою экстенсивность, что создало основу для еще более глубокого понимания физиологических механизмов сна и родственных ему явлений.

Заканчивая лекцию, посвященную рассмотрению переходных состояний между бодрствованием и сном, связанных с различной степенью экстенсивности и интенсивности торможения, И. П. Павлов писал: «Едва ли можно сомневаться в том, что описанные в этой лекции состояния полушарий есть то, что называется гипнозом в его разнообразных стадиях и чертах» (8, стр. 247).

Установленные им фазы в изменении интенсивности и экстенсивности коркового торможения И. П. Павлов назвал гипнотическими фазами.

И. П. Павлов неоднократно отмечал сходство гипнотических фаз как обычных переходных состояний от нормальной возбудимости корковых клеток к полному

торможению с парабриотическими стадиями, обнаруженными Н. Е. Введенским при изучении развития процесса торможения в нервном волокне. Некоторые из гипнотических фаз (уравнительную, парадоксальную) И. П. Павлов назвал так же, как называл подобные стадии парабриоза (в которых имели место аналогичные соотношения между силой раздражителя и величиной ответной реакции) Н. Е. Введенский.

Как показали позднейшие исследования И. П. Павлова и его учеников и последователей, гипнотические фазы имеют огромное значение не только для объяснения сущности явлений, связанных со оном и гипнозом, но и для понимания многих патологических состояний, связанных с нервно-психическими расстройствами. «Теперь мы остановимся более, подробно на гипнотическом состоянии наших животных, — говорил И. П. Павлов в одном из своих выступлений перед врачебной аудиторией,— так как изучение его повело к пониманию симптомов некоторых душевнобольных» (10, стр. 399).

Подвергнув глубокому физиологическому анализу шизофрению, И. П. Павлов установил общность патофизиологического механизма таких подчас внешне совершенно противоположных клинических ее проявлений, как мутизм, кататонический ступор, каталепсия, стереотипия, негативизм, кататоническое возбуждение, гебе-фреяное поведение, эхолоалия, эхопраксия и т. д. Общим патофизиологическим основанием для всех этих симптомов являются различные хронические гипнотические фазовые состояния, сосредоточенные в тех или иных пунктах коры и подкорки. «При наблюдении вышеупомянутых шизофренических симптомов,—писал И. П. Павлов, — я пришел к заключению, что они есть выражение хронического гипнотического состояния, что я и буду обосновывать в настоящем моем изложении» (10, стр. 128).

И далее, прибегая к богатому экспериментальному материалу своих лабораторий, И. П. Павлов доказывает, что неоднократно описанные клиницистами факты, когда больной, абсолютно не реагирующий на вопросы, заданные ему громким голосом в общей шумной обстановке, отвечал на те же вопросы, если они произносились тихо, шепотом в условиях окружающего полного покоя, суть не что иное, как проявления парадоксальной фазы, в которой ослабляется или полностью отсутствует реак-

ция на сильные раздражения и сохраняется (или Даже усиливается) эффект в ответ на воздействия слабых раздражителей.

Вспышки агрессивного возбуждения у кататоников и дурашливость, детская шаловливость гебефреников, согласно И. П. Павлову, «есть результат начинающегося общего торможений больших полушарий, в силу чего ближайшая подкорка не только освобождается от постоянного контроля, постоянного торможения со стороны полушарий при бодром состоянии, а даже, на основании ■ механизма положительной индукции, приводится в возбужденное хаотическое состояние со всеми ее центрами» (10, стр. 130).

Мы не будем останавливаться здесь на нейродинамике других гипнотических симптомов шизофрении, так как павловское понимание физиологического механизма многих из них, таких, как каталепсия, негативизм, эхопраксия, являющихся характернейшими проявлениями гипнотического состояния, будет приведено нами в следующем разделе — «Гипноз — частичный сон».

Установив, что «шизофрения в известных вариациях и фазах действительно представляет собой хронический гипноз» (10, стр. 131), И. П. Павлов раскрыл также и то, почему возникает это гипнотическое состояние, в чем его физиологический смысл • и каковы пути патогенетически обоснованной терапии этого заболевания.

«Конечно, последнее глубокое основание этого гипноза есть слабая нервная система, специально слабость корковых клеток. Эта слабость может иметь много разных причин — наследственных и приобретенных... естественно, что такая нервная система при встрече с трудностями, чаще всего в критический физиологический и общественно-жизненный период, после непосильного возбуждения неизбежно приходит в состояние истощения. А истощение есть один из главнейших физиологических импульсов к возникновению тормозного процесса как охранительного процесса. Отсюда и хронический гипноз как торможение в различных степенях распространенности и напряженности. Таким образом, это состояние, с одной стороны—патология, так как оно лишает пациента возможности нормальной деятельности, с другой — по существу самого механизма, есть еще физиология, физиологическая мера, потому что оно предохраняет корковые

клетки против угрожающего разрушения вследствие непосильной работы. Мы сейчас в лаборатории имеем поразительный пример, как продолжительное торможение возвращает слабым корковым клеткам на некоторый период способность к нормальной деятельности. Есть основания принимать, что, пока действует тормозной процесс, корковая клетка остается неповрежденной глубоко; для нее возможен возврат к полной норме, она еще может оправиться от чрезмерного истощения, ее патологический процесс еще обратим» (10, стр. 131—132).

И. П. Павловым было показано, что подобный же патофизиологический субстрат лежит в основе истерии, которая также есть продукт слабой нервной системы. Как проявление гипнотических фаз И. П. Павлов понимал такие часто отмечающиеся при истерии симптомы, как аналгезия, анестезия, параличи и т. п.

Отдельные истерические реакции, согласно И. П. Павлову, могут возникать и у представителей сильного типа нервной системы. Разница при этом состоит в следующем: в то время как у истериков гипнотические фазы в коре больших полушарий являются хроническими, ибо уже самые обычные раздражители превышают предел работоспособности слабых корковых клеток и легко приводят их в состояние защитного охранительного торможения, у людей с сильной нервной системой такое разлитое торможение (как физиологическая основа истерической реакции) может возникнуть (и при этом обычно ненадолго) лишь при чрезмерно сильных раздражениях, «при чрезвычайных ударах жизни» (И. П. Павлов).

Раскрытие И. П. Павловым патофизиологической сущности ряда симптомов нервно-психических заболеваний как внешнего выражения тормозных гипнотических фаз, разыгрывающихся в болезненно ослабленной коре больших полушарий головного мозга, позволило ему наметить пути их патогенетически обоснованной терапии. Основной установкой, данной И. П. Павловым в этом направлении, является всемерное поощрение и углубление этого коркового торможения как естественного самоохранительного приспособления организма. Эти теоретические положения привели к созданию таких методов лечения нервно-психических заболеваний, как длительная сонная терапия шизофрении, создание охранительного режима в

больничных учреждениях, к более широкому внедрению психотерапии и, в частности, гипнотерапии в практику медицины.

Гипноз — частичный сон

В научном творчестве И. П. Павлова исследованиям по изучению гипнотического состояния и связанных с ним явлений принадлежит видное место. Результатом их явилось материалистическое объяснение гипноза, составившее один из тех неопределимых вкладов, которыми обогатил науку И. П. Павлов. О внимании, которое уделял И. П. Павлов этим исследованиям, говорят его многочисленные статьи и речи. Почти в каждой из них, особенно за последнее десятилетие его научной деятельности, он в той или иной степени касается гипнотических явлений, анализируя их с позиций строго объективного метода условных рефлексов. Подлинно научное понимание сущности гипноза является одним из ярких доказательств плодотворности метода И. П. Павлова, открывшего неограниченные возможности для познания закономерностей высшей нервной деятельности.

В противовес лженаучной критике американских реакционных физиологов и психологов, в бессильной злобе пытавшихся опорочить материалистический метод условных рефлексов, И. П. Павлов в своем знаменитом «Ответе физиолога психологам» с большой силой и страстностью, с огромным количеством неопровержимых фактов в руках отстаивает бесспорную научную ценность созданного им метода. Важные проблемы не только физиологии и медицины, но и психологии разрешены им и его сотрудниками в процессе изучения высшей нервной деятельности. И. П. Павлов упоминает и о достигнутом с помощью метода условных рефлексов разъяснения физиологического механизма гипноза. Отвечая на беспочвенные утверждения американского физиолога идеалиста Лешли, И. П. Павлов писал: «Неужели автор рискует сказать, что моя тридцатилетняя и теперь с успехом продолжаемая работа с моими многочисленными сотрудниками, проведенная под руководящим влиянием понятия о рефлексе, представила собой только тормоз для изучения церебральных функций? Нет, этого никто не имеет права сказать. Мы установили ряд важных правил нормальной деятельности высшего отдела головного мозга,

3*

35

определили ряд условий бодрого и сонного состояния его, мы выяснили механизмы нормального сна и гипнотизма, мы произвели экспериментально патологические состояния этого отдела и нашли средства возвращать норму. Деятельность этого отдела, как мы ее сейчас изучили, нашла и находит себе немало аналогий с явлениями нашего субъективного мира... И это все благодаря пользованию при экспериментах над этим отделом „мозга понятием рефлекса» (10, стр. 163).

Как об этом сообщалось выше, И. П. Павлов встретился с гипнотическими явлениями еще в самом начальном периоде своих исследований по изучению условий развития сна. Тогда же им и была впервые высказана мысль о том, что гипноз есть частичное задерживание деятельности больших полушарий, неполный сон, связанный с различными степенями экстенсивности коркового торможения. Позднее явления, аналогичные тем, которые наблюдаются в гипнозе, были отмечены И. П. Павловым при исследовании переходных состояний между бодрствованием и оном, связанных с изменяющейся интенсивностью тормозного процесса в клетках коры больших полушарий. Последовательное все более углубленное и подробное изучение физиологических механизмов гипноза привело И. П. Павлова к представлению, кратко сформулированному им так: гипноз есть частичный сон.

«Гипнотическое состояние, по И. П. Павлову, есть частичный сон высших отделов центральной нервной системы, частичный по глубине (Переходные, или промежуточные, фазы между бодрым состоянием и сном) и частичный по локализации, например, то распространяющийся, только на двигательный анализатор, то опускающийся лишь на определенные уровни и отделы мозгового ствола» (4, стр. 215).

В опытах И. П. Павлова и его сотрудников гипноз в самых различных его стадиях и формах проявления наиболее отчетливо наблюдался у животных, когда создавались условия для медленного, постепенного их засыпания и пробуждения. Таким образом, было установлено, что для возникновения гипнотического состояния необходимы такие же условия, как и для наступления сна.

Гипноз, как и естественный сон, наступает под действием условий, вызывающих возникновение коркового

торможения и способствующих его распространению, иррадиации. Такими условиями, как мы уже писали в разделе «Сон и торможение», может быть действие как внезапных, чрезмерно сильных или чрезвычайных раздражителей, так и раздражителей средних и слабых, но длительное время однообразно периодически повторяющихся, Благоприятствующим обстоятельством при этом является отсутствие в окружающей обстановке излишних возбуждающих агентов, воздействие которых может привести к образованию в коре больших полушарий пунктов возбуждения, препятствующих широкому распространению тормозного процесса.

Как и соя, гипноз может возникать и условнорефлекторным путем — под влиянием раздражителей, действие которых ранее несколько раз совпало с условиями, приводившими к гипнотическому состоянию.

Эти исследования И. П. Павлова раскрыли истинный смысл различных способов гипнотизации человека, облакавшихся прежде в маску таинственности или получавших субъективно-психологическое, идеалистическое истолкование. Лишь строго объективное изучение условий возникновения гипнотического состояния дало возможность понять, в чем именно состоит гипнотизирующее действие и «магнетических» пассивов Месмера, и способа фиксации Брэда, и приема, заключающегося в использовании резких сильных раздражителей по Шарко, и получившего наиболее широкое распространение в последнее время метода словесного внушения.

Сопоставляя с изученными им и его сотрудниками условиями наступления гипноза у животных известные способы гипнотизации человека, И. П. Павлов писал: «Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний классический способ гипнотизирования — это так называемые пассивы, т. е. слабые однообразно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах. 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. На этом основании может гипнотизировать и гипнотизирует все, что в прошлом совпадало несколько раз с

сонным состоянием. Это все аналоги цепных отрицательных рефлексов (д-ра Фольборта), подобных цепным условным положительным рефлексам, т. е. рефлексам разных порядков, описанным в третьей лекции. Наконец, гипнотизирование истеричных по Шарко достигается сильными неожиданными раздражителями, как в старом способе гипнотизирования животных. Конечно, при этом могут действовать также и физически слабые раздражители, сигнализирующие сильные, т. е. сделавшиеся в силу совпадения во времени условными по отношению к сильным.

Как у животных, так и у людей большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее приходят к цели, чем они чаще применяются» (8, стр. 355).

Метод словесного внушения в гипнозе как один из эффективнейших способов вызвать гипнотическое состояние у человека, а также оказать на него во время гипноза целенаправленное психотерапевтическое воздействие получил глубоко научное и верное обоснование в концепции И. П. Павлова о специфически человеческой второй сигнальной системе, действующей в постоянном и неразрывном единстве с первой. Забегая несколько вперед, отметим, что, согласно этому учению И. П. Павлова, слова, которые произносит гипнотизирующий, желая вызвать гипнотическое состояние у больного, это не просто условные возбудители сна. Слово есть специфический раздражитель второй сигнальной системы, заменяющий и обобщающий множество непосредственно действующих на рецепторы человека раздражителей. Мы ограничимся здесь лишь небольшими попутными замечаниями, ибо краткое изложение учения Павлова о взаимодействии сигнальных систем составит содержание специального раздела нашей книги.

Экспериментальные исследования школы И. П. Павлова навсегда развеяли ложные, подчас мистические, идеалистические и субъективистские представления и о других явлениях, связанных с гипнозом. Эти неправильные взгляды удерживались в течение столетий только потому, что подлинное познание долгое время не могло проникнуть в сложнейший мир психических явлений. Лишь созданный И. П. Павловым строго объективный, а потому и истинно научный метод изучения высшей нервной деятельности, метод условных рефлексов, дал ключ

к глубокому научному исследованию и УГОН области сложнейших физиологических явлений.

Одним из подробных и фундаментальных специальных исследований, посвященных изучению природы гипнотического сна, была работа одного из учеников и последователей И. П. Павлова — Б. Н. Бирмана «Экспериментальный сон», в предисловии к изданию которой И. П. Павлов писал: «Настоящая экспериментальная работа д-ра Б. Н. Бирмана значительно приближает к окончательному решению вопрос о физиологическом механизме гипноза. Еще две-три добавочных черты, и в руках физиолога окажется весь этот механизм, так долго остававшийся загадочным, окруженным даже какою-то таинственностью».

Одной из задач своего исследования Б. Н. Бирман поставил получение у собак экспериментального сна с избирательной реакцией на определенный раздражитель, т. е. состояния, сходного с гипнозом человека, в котором, как известно, такая избирательная реакция сохраняется лишь на слова гипнотизирующего. Явление это носит название раппорта. До изучения по методу И. П. Павлова оно служило предметом наиболее фантастических и сугубо «произвольных толкований со стороны гипнологов.

Б. Н. Бирман выработывал у двух своих подопытных собак, бодрых и не склонных к сонливости в обычных условиях опыта, условные пищевые рефлексы на 23 тона фисгармонии; один из этих тонов — сѣгав — был сделан положительным, активным раздражителем, а остальные 22 тона — отрицательными, дифференцировочными, ин активным и.

Многократное повторение ■дифференцировочных тонов погружало собак в глубокий сон. Уснувшие собаки не реагировали ни на какие, даже новые, раздражители (стук в дверь, свисток, бульканье), но тотчас же просыпались при действии активного тона do₂₅₆, давая на него сильную положительную слюноотделительную и двигательную реакцию.

Таким образом, было показано, что у собак можно вызвать искусственный экспериментальный сон с частичным бодрствованием отдельного участка коры больших полушарий (корковые клетки, реагирующие на заранее выработанный активный тон сѣ_{25б}), который был назван

П. П. Павловым «дежурным», или «сторожевым», пунктом. Эти сторожевые пункты, сохранившие свою возбудимость, на фоне охваченной торможением всей остальной коры больших полушарий головного мозга и создают возможность избирательного реагирования на связанные с ними внешние раздражения. Мы уже приводили примеры такого сна с частичным бодрствованием, со сторожевыми пунктами у человека в разделе «Гипнотические фазы».

Подобный же физиологический механизм, согласно И. П. Павлову, лежит в основе гипнотического раппорта. Кора больших полушарий головного мозга загипнотизированного переживает процесс динамического развития различных гипнотических фаз, однако в ней остаются отдельные возбудимые очаги — «сторожевые пункты», избирательно реагирующие на слова, произносимые гипнотизирующим и, таким образом, обеспечивающие раппорт между гипнотизирующим и гипнотизируемым.

Одним из наиболее прочно державшихся заблуждений во взглядах на гипноз было представление о наличии какого-то особого загадочного влияния «силы воли» гипнотизера на гипнотизируемого. Исследованиями А. Г. Иванова-Смоленского, проведенными в 1926—1927 гг., была показана возможность вызвать гипнотическое состояние у человека без какого-либо участия гипнотизирующего лица. Методика гипнотизации при этом состояла в следующем. Над уложенной на кушетку больной ритмически маятникообразно качалась зеленая лампа с рефлектором. Больные не знали, что это сеанс гипноза. Им говорили об особом виде светолечения. Достигавшийся этими сеансами гипнотический эффект был обусловлен тремя видами раздражений; 1) на кожный анализатор больных действовало тепло, излучаемое лампой; 2) на зрительный — вид ритмически качающегося блестящего и светящегося предмета; 3) на слуховой—ритмический слабый шум, издававшийся при маятникообразных движениях лампы. Совокупное действие этих трех чисто механических факторов вызывало у больных гипнотическое состояние. Это исследование явилось одним из убедительных опровержений ходячего ложного мнения о необходимости какого-то таинственного волевого воздействия личности гипнотизера для того, чтобы вызвать гипноз у человека.

Отмечавшийся ранее многими авторами, но не находивший правильного объяснения факт, что утомление, общая слабость после перенесенной болезни, различного рода хронические отравления организма наркотиками и т. п. повышают восприимчивость человека к гипнозу и внушению, также нашел правильное объяснение в трудах И. П. Павлова и его учеников. Так, было установлено, что особенно легко и быстро развивается гипноз у животных с ослабленной по тем или иным причинам {вследствие утомления, интоксикации, перенесенной операции или болезни и т. д.) корой больших полушарий головного мозга. Как указывал И. П. Павлов, последнее легко понять, если учесть, что многие раздражители, бывшие сильными или даже средними для клеток коры того или иного животного в нормальном его состоянии, при ослаблении корковых клеток, т. е. при понижении предела их работоспособности, становятся для них сверх-сильными, превышающими предел их работоспособности. Теперь действие таких раздражителей на клетки перестает вызывать соответствующий их силе ответ, правило зависимости между силой раздражителя и величиной реакции нарушается. Как мы уже знаем, это свидетельствует о развитии в корковых клетках различных фаз тормозного состояния, предохраняющего клетки от опасного для них дальнейшего истощения, разрушения. Иррадиируя по тем или иным районам и отделам коры, это охранительное торможение создает картину различных стадий гипноза и, спускаясь на нижележащие отделы мозга, часто переходит затем в полный сон.

Таким образом, гипноз, как и естественный сон, является состоянием, в котором охранительно-восстановительная функция торможения осуществляется с наибольшей полнотой.

Эти целебные свойства гипнотического сна были исследованы ближайшей сотрудницей и ученицей И. П. Павлова М. К. Петровой в опытах по применению сонного наркотического и сонного гипнотического торможения для терапии экспериментальных неврозов у собак. Сравнение терапевтической эффективности наркотического и гипнотического сна показало, -что гипнотический сон дает более глубокие и более длительные положительные сдвиги, чем наркотический. Подробно излагая результаты опытов в своей итоговой статье «Сонное наркотиче-

ское и сонное гипнотическое торможения и их терапевтическое значение у экспериментальных невротиков собак», М. К. Петрова в заключении писала, что этот метод явился «самым эффективным терапевтическим мероприятием из всех примененных нами на больных животных в течение многих лет». При этом «чем глубже был сон, тем скорее наступали восстановление нарушенного равновесия и исчезновение кожных дистрофий».

Эти исследования, доказавшие высокую лечебную эффективность гипнотического сна, еще раз подтвердили глубокую справедливость высказывания И. П. Павлова о могучих терапевтических возможностях охранительного торможения.

И. П. Павлов постоянно указывал, что не только у разных животных или в разных опытах на одном и том же животном, но и в одном и том же опыте на одном и том же животном наблюдается бесконечная изменчивость гипнотических явлений.

Исследование условнорефлекторной деятельности животных, находившихся в разнообразных стадиях гипноза, показало, что эта изменчивость внешних проявлений гипнотического состояния зависит от подвижности лежащего в его основе разлитого коркового торможения, от изменений его интенсивности, экстенсивности и локализации.

Прихотливые сочетания меняющейся интенсивности коркового торможения с самыми различными, варьирующими в большой амплитуде степенями экстенсивности его и создают то огромное многообразие явлений, которое так характерно для изменчивого подвижного состояния гипноза.

«Не может подлежать сомнению,—говорил И. П. Павлов в своем докладе на XIV Международном физиологическом конгрессе в 1935 г., — что торможение, распространяясь и углубляясь, образует разные степени гипнотического состояния и при максимальном распространении вниз из больших полушарий по головному мозгу производит нормальный сон. Обращает на себя особенное внимание даже на наших собаках разнообразие и многочисленность стадий гипноза, в своем начале даже почти не отличимого от бодрого состояния. Из этих стадий в отношении интенсивности торможения заслуживают упоминания так называемые уравнивательная, пара-

доксальная и ультрапарадоксальная фазы. Теперь условные раздражители разной физической силы дают или равные эффекты, или даже обратные силе, а в редких случаях действуют положительно только тормозные раздражители, а положительные превращаются в тормозные. В отношении экстенсивности торможения наблюдаются функциональные диссоциации как в самой коре, так и между ней и нижележащими частями мозга. В коре особенно часто изолируется двигательная область от остальных, а также в самой этой области иногда отчетливо выступает функциональное разъединение» (10, стр. 225—226).

Метод условных рефлексов дал возможность вскрыть физиологический механизм тончайших и многообразных проявлений гипнотического состояния.

И. П. Павловым дан глубокий анализ физиологических процессов, лежащих в основе таких характерных гипнотических явлений, как каталепсия, извращение реакций, негативизм, диссоциация мозговых функций, эхо-праксия, сущность которых до проникновения метода условных рефлексов в эту область психических явлений оставалась совершенно неизвестной, непознанной, окутанной мраком таинственности.

Физиологический механизм разнообразных внешних проявлений гипноза был раскрыт И. П. Павловым в экспериментах на животных. Но конечной целью великого физиолога было выяснение сущности явлений, наблюдающихся в гипнотическом состоянии у человека. Выдвигая материалистический принцип единства самых общих законов нервной деятельности человека и животных, И. П. Павлов и в вопросе о сущности гипнотических явлений отстаивал правомочность использования данных, полученных на животных, для понимания основных явлений, имеющих место при гипнотизации человека. Так, в «Лекциях о работе больших полушарий головного мозга» И. П. Павлов с глубокой убежденностью писал: «В настоящее время едва ли можно сомневаться в том, что этих фактов на животном более или менее достаточно для физиологического понимания основных явлений человеческого гипнотизма» (8, стр. 354).

В то же время И. П. Павлов неизменно подчеркивал, что явления гипноза у человека гораздо многообразнее и сложнее, чем у животных.

В одной из его самых последних статей «Физиология и патология высшей нервной деятельности» И. П. Павлов указывал: «Я обращал ваше внимание на большое разнообразие гипнотических явлений у наших экспериментальных животных, на диссоциацию в деятельности больших полушарий, когда одни пункты коры оказываются заторможенными, другие возбуждены, причем вся картина носит резко меняющийся характер. Легко можно себе представить, как чрезвычайно велико это разнообразие, эта диссоциация в работе больших полушарий у человека. Понадобится очень, очень много усилий ума, чтобы разобраться вполне в этой сложности, и нас удовлетворяет не столько то, что каждый добываемый нами в этом направлении на экспериментальном животном факт можно с правом перенести на человека, а то, что этот факт в связи с накапливающимися другими фактами, как схема, откроет вернейший путь к плодотворному исследованию и полному познанию работы больших полушарий человека» (10, стр. 407).

Диссоциация мозговых функций — одно из самых интереснейших и вместе с тем чрезвычайно характерных явлений человеческого гипноза.

В некоторых стадиях гипноза человек, будучи не в состоянии совершать произвольные движения и воспринимать большинство падающих на него раздражений, сохраняет в то же время способность слышать и понимать обращенные к нему слова гипнотизирующего. Физиологическое объяснение этих фактов было найдено И. П. Павловым в экспериментах, о которых нам уже частично пришлось писать в разделе «Гипнотические фазы». А именно им и его сотрудниками было отмечено, что при начинающейся гипнотизации у собак наблюдается разъединение двигательного и секреторного компонентов пищевой реакции: в ответ на действие условного раздражителя и последующее придвигание кормушки у собаки начинает усиленно выделяться слюна, но она не может взять пищу в рот. Согласно И. П. Павлову, этот факт является одним из примеров диссоциации в деятельности головного мозга: иррадирующее торможение избирательно охватывает двигательный анализатор, в то время как вся остальная кора остается в состоянии бодрствования. Подобный же физиологический субстрат можно предположить и для только что приведенного

4!

нами примера диссоциации функций в гипнозе у человека. Здесь торможение, охватившее всю кору, оставляет свободным «сторожевой пункт», обеспечивающий раппорт—контакт гипнотизируемого с гипнотизирующим.

Глубокому физиологическому анализу в трудах И. П. Павлова подверглось явление каталепсии, или так называемой воековидной гибкости мышц, благодаря которой на известных стадиях гипноза гипнотизируемому можно придать любую, даже самую неудобную позу, которую он будет сохранять без заметных признаков утомления в течение всего гипнотического сеанса. И. П. Павлов установил, что каталепсия есть результат задерживания двигательной области коры больших полушарий без угнетения нижележащих отделов мозга, вследствие чего высвобождаются егаторнические рефлексы, центры которых расположены в нижележащих частях головного мозга. Деятельность этих центров, направленная на уравнивание тела и его частей в пространстве, безусловно имеет место и в норме, в обычном состоянии бодрствования, но при этом она всегда замаскирована огромной массой произвольных движений. В гипнозе же при затормаживании двигательных элементов в коре и, следовательно, уничтожении возможности произвольных движений деятельность статотонических центров становится ярко демонстративной, вполне заметной, наглядной. Каталептические явления наблюдаются часто и в патологии. В частности, каталепсия занимает видное место в клинической картине кататонической формы шизофрении, где она также связана с развитием соответствующих гипнотических фазовых состояний в ослабленных болезненным процессом клетках коры больших полушарий головного мозга.

Большой теоретический и практический интерес представляет извращение реакций в гипнозе по сравнению с реакциями организма в ответ на подобные же воздействия, имеющие место в состоянии бодрствования. *

Общеизвестно, что лицу, находящемуся в состоянии глубокого гипноза, можно внушить ощущение, противоположное тому, которое должен вызвать непосредственно действующий на него в данный момент раздражитель. Так, если человеку, погруженному в гипнотическое состояние, дать какое-нибудь горькое вещество (например, порошок хины), производя одновременно словесное вну-

шение, что он ест что-то сладкое (сахар, конфеты), то загипнотизированный начнет ощущать не горечь находящегося у него во рту порошка хины, а внушенный ему сладкий вкус конфет, сахара. Об этом говорит и мимика его лица, выражающая удовольствие, а иногда заявляет и сам загипнотизированный в ответ на заданный ему вопрос о том, что он сейчас ест.

Под руководством известного советского психотерапевта К. И. Платонова были поставлены исследования по изучению биохимических сдвигов в организме, происходящих под влиянием внушения гипнотизируемому мнимого облегчения или утяжеления производимой им работы. Испытуемому, находящемуся в состоянии бодрствования или гипноза, предлагали поднимать с определенной скоростью грузы весом в 5—10 кг (или напоминающие их по внешнему виду макеты) на высоту 0,5 м. В гипнозе внушалось, то утяжеление истинной нагрузки, то облегчение ее, то чувство усталости после легкой работы, то отсутствие усталости после тяжелой. Полученные данные показали, что наступающие при этом изменения пульса, газообмена и двигательной хронакеии соответствовали не характеру действительно производившейся работы, а содержанию проводившегося во время нее внушения.

Ряд советских авторов занимался изучением количественного и качественного состава слюнной секреции у человека в гипнозе во время внушения еды кислых, сладких и других пищевых веществ. Путем этих экспериментов было установлено, что ни количество, ни состав слюны не соответствовали характеру действительно дававшейся в момент внушения пищи. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что как количественный, так в некоторых случаях и качественный состав слюны, выделяемой при внушении еды той или иной пищи, в значительной мере изменяется соответственно характеру внушенных пищевых раздражений.

Изучение сосудистой реакции в ответ на температурные раздражения с помощью метода плетизмографии показало, что, внушая испытуемому температурное раздражение, противоположное приложенному в то же время к его руке, можно полностью извратить характер ответной сосудистой реакции. Так, если прикладывая к одной руке гипнотизируемого (другая рука которого помещена в плетизмограф) колбу со льдом, одновременно

внушать ему, что к его руке приложена теплая вода, то на плетизмограмме регистрируется кривая, характерная для реакции сосудов на тепловой раздражитель, а именно наблюдается подъем кривой, что свидетельствует о расширении сосудов. Между тем в состоянии бодрствования, в норме, как известно, сосуды в ответ на приложенное к поверхности кожи холодное раздражение реагируют сужением, при регистрации плетизмограммы в таких случаях отмечается снижение кривой.

И. П. Павлов убедительно показал, что физиологическую основу извращения реакций у человека, находящегося в гипнотическом состоянии, составляет парадоксальная фаза, возникающая на тех или иных стадиях гипноза в коре больших полушарий головного мозга.

«Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражениям: сладкий вкус вместо горького, необыкновенное зрительное раздражение вместо 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, напр., 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 реальному раздражению горьким, как условный раздражитель первого порядка всегда сильнее условного раздражения второго порядка» (8, стр. 358).

«Я думаю, что наша парадоксальная фаза, — писал в другом месте И. П. Павлов, — есть действительный аналог особенно интересной фазы человеческой гипнотизации, фазы внушения, когда сильные раздражения реального мира уступают место слабым раздражениям, идущим от слов гипнотизера» {10, стр. 56—57}.

Возможность внушения является наиболее важной и практически значимой особенностью гипноза у человека. Эта особенность человеческого гипноза издавна используется в практике медицины для целей терапии. Она имеет также огромное теоретическое значение.

Вскрытие И. П. Павловым физиологических закономерностей, лежащих в основе внушения, тесно связано

с его учением о взаимодействии первой и второй сигнальных систем в высшей нервной деятельности человека. В этом учении нашли наиболее яркое воплощение материалистические принципы и особенно идея нервизма, под знаком которых прошло все научное творчество И. П. Павлова.

**Вторая сигнальная система
во взаимодействии с первой — высший регулятор
человеческого поведения**

Мировоззрение И. П. Павлова сложилось под влиянием передовых идей русских революционных демократов (Герцена, Белинского, Чернышевского, Добролюбова, Писарева) и прогрессивных традиций русского естествознания и медицины. Глубокое влияние от книги И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» и длительная совместная работа с выдающимся русским клиницистом С. П. Боткиным на всю жизнь сделали И. П. Павлова горячим приверженцем идеи нервизма, получившей наивысшее развитие в созданном им учении о высшей нервной деятельности.

Исходя из диалектического принципа единства организма и условий его жизни, И. П. Павлов считал, что существование организма возможно лишь при постоянном приспособлении его деятельности к меняющимся условиям существования, при подвижном уравнивании (как предпочитал говорить И. П. Павлов) организма с окружающей его средой.

У животных, обладающих централизованной нервной системой, последняя благодаря своей наибольшей (по сравнению с другими физиологическими системами организма) реактивности, имеет преобладающее значение в их приспособительной деятельности.

Как указывает И. П. Павлов, нервная система, появляясь на определенном этапе прогрессивного развития животного мира, постепенно подчиняет своему регулирующему влиянию все функции животного организма, приобретая доминирующую роль в его взаимоотношениях с внешней средой и в согласовании деятельности всех его органов. Эта роль нервной системы особенно отчетливо выступает у животных с развитыми большими полушариями головного мозга. «Они (большие полушария.— *В. Р.*)—орган животного организма, который

специализирован на то, чтобы постоянно осуществлял, все более и более совершенное уравнивание организма с внешней средой, — орган для соответственного и непосредственного реагирования на различнейшие комбинации и колебания явлений внешнего мира, в известной степени специальный орган для непрерывного дальнейшего развития животного организма» (9, стр. 273).

Кора больших полушарий, согласно учению И. П. Павлова, представляет собой орган формирования временных, условных связей, орган высшей нервной деятельности, благодаря которой достигается наиболее тонкое, точное и совершенное приспособление высокоразвитого животного организма к условиям его жизни. Бесчисленные временные связи — условные рефлексы, образующиеся на базе относительно немногих врожденных постоянных связей — безусловных рефлексов, чрезвычайно обогащают приспособительные возможности животного, в неизмеримой степени увеличивают его ориентировку в окружающей среде.

Колоссальное биологическое значение условных рефлексов в том, что, благодаря им, всевозможнейшие, самые разнообразные и отдаленные агенты внешней среды, предваряющие жизненно важные для животного безусловные раздражители, становятся для него сигналами и последних, заранее подготавливая соответствующую ответную реакцию организма.

«Существеннейшей связью животного организма с окружающей природой является связь через известные химические вещества, которые должны постоянно поступать в состав данного организма, т. е. связь через пищу. На низших ступенях животного мира только непосредственное прикосновение пищи к животному организму или, наоборот, организма к пище главным образом ведет к пищевому обмену. На более высших ступенях эти отношения становятся многочисленнее и отдаленнее. Теперь запахи, звуки и картины направляют животных уже в широких районах окружающего мира на пищевое вещество... Таким образом, бесчисленные, разнообразные и отдаленные внешние агенты являются как бы сигналами пищевого вещества, направляют высших животных на захватывание его, двигают их на осуществление пищевой связи с внешним миром. Рука об руку с этим разнообразием и этой отдаленностью идет смена постоянной

4 Гипноз

связи внешних агентов с организмом на временную, так как, во-первых, отдаленные связи есть по существу временные и меняющиеся связи, а во-вторых, по своей многочисленности и не могли бы уместиться в виде постоянных связей ни в каких самых объемистых аппаратах» (9, стр. 116—117).

Сигнальная деятельность больших полушарий отличается большой точностью, тонкостью и изменчивостью реагирования.

Как мы уже писали об этом в разделе «Сон и торможение», устранение временной условной связи, когда она перестает отвечать своему жизненному назначению, вследствие чего происходит перемена сигнального значения условного раздражителя соответственно новым обстоятельствам, . осуществляется с помощью процесса торможения.

Данные современной физиологии приносят все новые и новые подтверждения справедливости положения И. П. Павлова о том, что именно процесс торможения, корригируя и координируя рефлекторную деятельность, создает такую тонкость и точность реагирования на сложные и непрерывно меняющиеся условия внешней среды, которая составляет главное свойство высшей нервной деятельности.

«Но детальные высший анализ и синтез, производимые большими полушариями, не ограничиваются внешним миром. Таким же анализу и синтезу подвергается и внутренний мир организма, органические изменения, происходящие в нем» (10, стр. 108).

В качестве экспериментальных данных, полученных в его лабораториях и подтверждающих эту мысль, И. П. Павлов обычно приводил опыты Н. И. Красногорского, которыми было показано, что любые изменения в скелетно-мышечной деятельности организма могут стать условными раздражителями для всех других его деятельностей, т. е. что в коре больших полушарий, наряду со зрительным, слуховым, обонятельным и прочими анализаторами внешней среды, существует специальный двигательный анализатор, подвергающий анализу и синтезу процессы, протекающие в теле самого животного, а именно в скелетно-мышечной системе. Подводя итоги этих исследований, И. П. Павлов писал: «Конечно, то, что надо принять относительно скелетно-двигательной дея-

тельности, есть основание распространить на гораздо большую деятельность организма, если не на всю. Огромную роль внушения с ее необычайными случаями, как, напр., мнимая беременность, можно физиологически понять только при допущении коркового анализатора, пусть обычно мало расчлененного и неопределенного, анализатора деятельности всего организма» (8, стр. 312).

Экспериментальные исследования, послужившие блестящим подтверждением ведущей идеи всего павловского учения о том, что кора является главнейшим распределителем деятельности всего организма, начатые еще при жизни И. П. Павлова, после его смерти все расширялись и углублялись его учениками и последователями.

Проблема взаимоотношений коры и внутренних органов подверглась всестороннему экспериментально-теоретическому изучению в трудах К. М. Быкова и его сотрудников (В. Н. Черниговский, Э. Ш. Айрапетьянц, А. В. Рюкль, И. Т. Курцин и др.). Этими исследованиями было показано, с одной стороны, что самые разнообразные агенты внешней среды могут стать условными раздражителями деятельности любого внутреннего органа, с другой стороны, что на всевозможные раздражения самих внутренних органов могут быть выработаны условные рефлексы и что эти внутренние (интероцептив-ные) условные рефлексы принципиально тождественны с теми, которые открыл И. П. Павлов в отношении внешних раздражений. Было установлено наличие специальных «органов чувств» внутренних органов — так называемых интерорецепторов, по которым в кору больших полушарий постоянно поступают сигналы о любых изменениях в состоянии внутренней среды организма. Влияние этих сигналов из внутренних органов на деятельность коры выражается в рефлекторных изменениях ее функционального состояния.

Касаясь того значения, которое имеют результаты этих исследований для медицины, К. М. Быков в своем докладе на объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР говорил: «Исследование рефлексов (условных и безусловных) из внутренней для организма среды позволяет клинической медицине более точно и с позиций естественно-научной теории распознавать те нарушения в центральной нервной, веге-

4*

тативной и гормональной системах, которые создаются болезненными процессами во внутренних органах» (7, стр. 19).

Важнейшее значение имеют работы М. К. Петровой, установившие определяющую роль патологических состояний коры больших полушарий головного мозга собак в возникновении у них различного рода вегетативных расстройств. Особенно большой интерес представляет тот факт, что у некоторых собак-невротиков наблюдалось появление злокачественных новообразований (рак легких, саркома, гипернефрома и др.).

Вместе с тем ею получены данные, демонстрирующие ведущую роль центральной нервной системы в процессах выздоровления.

Исследования М. А. Усиевича и его сотрудников (Л. С. Грачева, А. Б. Страхов, А. Н. Советов и др.) показали огромное влияние, которое оказывают малейшие сдвиги в функциональном состоянии коры больших полушарий на деятельность различных внутренних органов и систем организма. Этими опытами, в частности, было установлено, что экспериментальные невроты вызывают глубокие расстройства в работе внутренних органов: нарушения диуреза, желчеотделения, кровяного давления, состава крови, желудочной секреции, моторики кишечника и т. д.

Работы советских врачей (невропатологов, психиатров, хирургов, терапевтов и др.) приносят все больше и больше новых сведений, раскрывающих громадное значение нервной системы в патогенезе нервно-психических и соматических заболеваний.

Освещаемые с позиций учения И. П. Павлова, эти данные открывают широкие перспективы для разработки новых методов патогенетически обоснованной терапии. Вместе с тем они являются свидетельством великого торжества принципа нервизма, принципа господствующей роли коры, который оказывается особенно могущественным в его приложении к человеку.

«...чем совершеннее нервная система животного организма, — говорил И. П. Павлов в одном из своих самых последних выступлений,—тем она централизованней, тем высший ее отдел является все в большей и 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. Вы знаете, что в гипнотическом сне можно внушением воздействовать на многие вегетативные процессы. С другой стороны, известен такой случай самовнушения, как симптом мнимой беременности. При нем происходит вступление в деятельное состояние молочных желез и отложение жира в брюшных стенках, что симулирует беременность. И это исходит из головы, из ваших мыслей, из ваших слов, Из больших полушарий для того, чтобы влиять на такой тихий, истинно вегетативный процесс, как увеличение жировой ткани» (10, стр. 409—410).

Характерно, что, говоря о ведущей регулирующей роли коры в деятельности всех органов и систем человеческого организма, И. П. Павлов очень часто в качестве примеров и доказательств этой главной идеи созданного им учения обращается к явлениям гипноза и внушения. И эта форма аргументации представляется нам не случайной. Как будет ясно из дальнейшего, огромные возможности воздействия словом (особенно, если человек, к которому оно обращено, находится в гипнотическом состоянии) на течение всех внутренних процессов человеческого организма являются одним из самых ярких и наглядных подтверждений идеи нервизма и глубокой справедливости и плодотворности павловского учения о взаимодействии первой и второй сигнальных систем.

Учение И. П. Павлова о второй сигнальной системе, действующей в неразрывном единстве с первой, является вершиной его научного творчества.

В этом учении И. П. Павлов установил физиологические основы качественного отличия высшей нервной деятельности человека от высшей нервной деятельности животных.

Взаимоотношения высших животных со средой строятся на основе раздражений, поступающих в кору больших полушарий, в результате непосредственного воздействия различных предметов и явлений внешнего мира на периферические окончания вкусового, обонятельного, зрительного, слухового и других анализаторов.

■V,

Образующиеся в процессе этих взаимоотношений временные условные связи составляют единственную сигнальную систему действительности, которой обладают животные. Она обеспечивает достаточно совершенное отражение животными внешнего мира, благодаря чему становится возможным то точное и тонкое приспособление к среде, которое характерно для их высшей нервной деятельности.

В процессе прогрессивного развития живой природы, с появлением человека, у него в процессе общественно-трудовой деятельности прибавляется и достигает высокого развития еще более совершенная качественно новая сигнальная система — сигнализация впечатлений от окружающего мира речью, словами, которые И. П. Павлов называл «сигналами сигналов».

В статье «Условный рефлекс», в которой И. П. Павловым дано сжатое, но непревзойденное по глубине, ясности и четкости изложение его учения о высшей нервной деятельности, он пишет: «В развивающемся животном мире на фазе человека произошла чрезвычайная прибавка к механизмам нервной, деятельности. Для животного действительность сигнализируется почти исключительно только раздражениями и следами их в больших полушариях, непосредственно приходящими в специальные клетки зрительных, слуховых и других рецепторов организма. Это то, что и мы имеем в себе, как впечатления, ощущения и представления от окружающей среды, как общеприродной, так и от нашей социальной, исключая слово, слышимое и видимое. Это — первая сигнальная система действительности, общая у нас с животными. Но слово составило вторую, специально нашу, сигнальную систему действительности, будучи сигналом первых сигналов. Многочисленные раздражения словом, с одной стороны, удалили нас от действительности... С другой стороны, именно слово сделало нас людьми, о чем, конечно, здесь подробнее говорить не приходится. Однако не подлежит сомнению, что основные законы, установленные в работе первой сигнальной системы, должны также управлять и второй, потому что эта работа все той же нервной ткани» (10, стр. 335—336).

С появлением второй сигнальной системы вводится новый принцип нервной деятельности — отвлечение и обобщение сигналов первой сигнальной системы. Вторая

сигнальная система, будучи физиологической основой речи и мышления, создает возможность той глубины и полноты отражения внешнего мира, которые составляют сущность человеческого познания. Наличие двух взаимодействующих сигнальных систем в коре больших полушарий человека обеспечивает творческий характер человеческой деятельности. «Человек прежде всего воспринимает действительность через первую сигнальную систему, затем он становится хозяином действительности через вторую сигнальную систему (слово, речь, научное мышление)» (Павловские среды, т. I, М.—Л., 1949, стр. 239). Человек не только приспосабливается к окружающему его миру, но и сам приспособляет его к себе, к своим потребностям, используя данные науки. Высшего своего проявления эти творческие возможности человека достигают в социалистическом обществе, ярким свидетельством чему являются осуществляемые в нашей стране на благо человека грандиозные планы преобразования природы.

Вскрытие И. П. Павловым значения второй сигнальной системы как единой физиологической основы речи и мышления является естественно-научным подтверждением сталинского положения о единстве мышления и языка. «Какие бы мысли ни возникли в голове человека и когда бы они ни возникли, — указывает И. В. Сталин в своем гениальном произведении „Марксизм и вопросы языкознания“, — они могут возникнуть и существовать лишь на базе языкового материала, на базе языковых терминов и фраз. Оголенных мыслей, свободных от языкового материала, свободных от языковой „природной материи“ — не существует. „Язык есть непосредственная действительность мысли“ (Маркс). Реальность мысли проявляется в языке. Только идеалисты могут говорить о мышлении, не связанном с „природной материей“ языка, о мышлении без языка»¹.

В этом же труде И. В. Сталин с предельной глубиной и ясностью определил огромное значение языка в развитии человеческого общества. «Звуковой язык в истории человечества является одной из тех сил, которые помогли людям выделиться из животного мира, объединиться в

¹ И. Сталин, Марксизм и вопросы языкознания, Госполит-издат, 1950, стр. 81.

общества, развить свое мышление, организовать общественное производство, вести успешную борьбу с силами природы и дойти до того прогресса, который мы имеем в настоящее время»¹. Эти указания И. В. Сталина помогают понять причины, обусловившие доминирующее, первенствующее положение второй сигнальной системы в высшей нервной деятельности человека.

Будучи порождением общественных отношений, вторая сигнальная система в процессе развития труда и общества прогрессивно развивалась и совершенствовалась, занимая все более и более ведущее значение в высшей нервной деятельности человека. Она постепенно подчинила своему регулирующему и реорганизирующему влиянию деятельность первой сигнальной системы, «ближайшей подкорки», а через них и все функции человеческого организма. Таким образом, тот факт, что человек является прежде всего существом социальным, накладывает отпечаток на деятельность всех органов и систем человеческого организма, «...в нормально развитом человеке, — указывает И. П. Павлов, — вторая сигнальная система есть высший регулятор человеческого поведения» (10, стр. 346).

Отмечая ведущее значение второй сигнальной системы в высшей нервной деятельности человека, И. П. Павлов постоянно подчеркивал, что вторая сигнальная система, возникшая и развивавшаяся на основе первой сигнальной системы, находится в постоянном с ней взаимодействии.

Только согласованная работа обеих сигнальных систем создает возможность нормальных взаимоотношений человека с окружающим его миром: «в связи и в должной зависимости работы этих систем друг от друга, — писал И. П. Павлов, — лежит основа здоровой личности, цельности нашего „я"» (10, стр. 215). Всякое нарушение взаимодействия сигнальных систем приводит к патологии. Изучая высшую нервную деятельность человека в норме и патологии, И. П. Павлов уделял большое внимание особенностям взаимодействия первой и второй сигнальных систем. Изучение этих особенностей дало возможность И. П. Павлову установить основные, характерные

¹ И. Сталин, Марксизм и вопросы языкознания, Госполит-издат, 1950, стр. 96—97.

\

для людей типы высшей нервной деятельности, связанные с находящимся в пределах нормы преобладанием • Цервой (художественный тип) или второй (мыслительный тип) сигнальной системы, а также наметить общие патофизиологические механизмы специально человеческих неврозов (психастении и истерии), одной из важнейших черт которых является болезненное преобладание первой или второй сигнальной системы.

Работами по изучению взаимоотношений первой и второй сигнальных систем А. Г. Иванова-Смоленского и его сотрудников (В. К. Фаддеева, Н. Г. Гарцштейн, И. В. Стрельчук, Р. М. Пэн, М. И. Середина и др.) показано, что нарушение взаимодействия сигнальных систем может выражаться также в различных формах диссоциации их деятельности. В этих же исследованиях намечены методы терапии такого рода нарушений.

Основное качественное отличие второй сигнальной системы от первой состоит в том, что, в то время как адекватными раздражителями первой сигнальной системы являются конкретные предметы и явления действительности, специфическими раздражителями второй сигнальной системы служат заменяющие и обобщающие их слова.

Воздействие слова существенным образом отличается от воздействия раздражителей первой сигнальной системы. Слово, речь воспринимается человеком с помощью зрительного, слухового и кинестетического анализаторов как реальный физический раздражитель. Однако величина и характер ответной реакции человека на слово определяются не столько силой его как физического раздражителя, сколько смысловым значением слова. Например, известие о каком-нибудь важном для данного человека событии, сделанное тихим голосом, даже топотом, произведет на него, конечно, гораздо большее впечатление, чем громко во весь голос произнесенное сообщение о каком-то малозначительном для него факте.

«Конечно слово для человека, — указывал И. П. Павлов, — 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 предше-

ствующей 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» {8, стр. 357—358).

Примеров, показывающих многообъемлемость слова как раздражителя, можно найти много в обыденной жизни. Мы ограничимся лишь несколькими. Часто случается, что когда несколько человек вместе входят в комнату и один из них вслух замечает: «Как здесь холодно!»,— другие начинают поеживаться, у некоторых выступает «гусиная кожа», в то время как в действительности температура в этом помещении может оказаться достаточно теплой, и холодная реакция обязана своим возникновением лишь речевому раздражителю. Другим примером может служить тот всем известный факт, что одно лишь упоминание о каком-нибудь особо любимом тем или иным человеком блюде может вызвать у него усиленное слюноотделение, что обычно называют «слюнки текут».

Но слово может вызвать не только простую вегетативную, но и очень сложную эмоциональную реакцию, причем эта реакция обычно бывает очень индивидуальна. Так, например, какое-нибудь радостное именно для данного человека известие может вызвать у него усиление и учащение сердцебиения, улыбку, пррозовение щек и т. п., в то время как посторонний, слышавший те же слова человек остается к ним совершенно равнодушным, безучастным и никаких реакций они у него не вызывают.

Слово действует не только тогда, когда оно произносится другим человеком, но и тогда, когда оно возникает в нашем собственном мозгу, вызывая те или другие образы. Так, всем известно, что часто одно лишь воспоминание о каком-либо волнующем событии из нашей жизни заставляет усиленно биться сердце, учащает дыхание и т. п. Имеется много экспериментальных исследований, доказывающих огромные возможности воздействия словом на деятельность органов и систем человеческого организма. В частности, работами А. Г. Иванова-Смоленского и его сотрудников было показано, что слово может быть сделано у человека условным раздражи-

нелем самых различных вегетативных реакции: учащения и замедления сердечного ритма, повышения кровяного давления, сужения или расширения зрачков и т. д., как в тех случаях, когда оно произносится экспериментатором, так и при произнесении его испытуемым.

Особенно ярко могущественная власть мыслей человека, его общественного сознания над всей его деятельностью и поведением может быть проиллюстрирована на высоких примерах самоотверженных подвигов советских людей, совершенных во имя Родины. Чувство ответственности перед Родиной, перед народом заставляло наших воинов во время Великой Отечественной войны, пренебрегая смертельной опасностью, жертвовать своей жизнью. Здесь высокие идеи, сознание своего долга подавляли инстинкт самосохранения, побеждали физические страдания, придавали людям невиданную силу стойкости и самоотверженности, помогавшую им показывать чудеса храбрости и героизма, обессмертившие их имена.

Внушение в гипнозе

Общую основу развитого И. П. Павловым представления о внушении составляет центральная идея его физиологического учения — рефлекторная теория, основными частями которой является положение о «распорядительной и распределительной» роли высших отделов центральной нервной системы в особенности больших полушарий и концепция о двух корковых взаимодействующих сигнальных системах.

Как мы уже отмечали выше, неразрывное взаимодействие сигнальных систем с особенной четкостью и выразительностью выступает в явлениях гипнотического внушения. Именно благодаря своей подкупающей наглядности наступающие при этом изменения могут служить одним из лучших доказательств правильности учения И. П. Павлова о слове *как* о могучем и многообъемлющем специфическом раздражителе высшей нервной деятельности человека.

С помощью словесного внушения в гипнозе можно воздействовать на самые разнообразные функции человеческого организма. В медицинской литературе, посвященной психотерапии и особенно гипнотерапии, излагается огромное количество фактов влияния внушением на те или иные физиологические процессы, протекающие в

организме человека, на его поведение и т. п. Описываемые при этом явления касаются как случаев реализации внушения еще в то время, когда гипнотизируемый продолжает находиться в гипнозе, так и тех случаев, когда внушение осуществляется уже после пробуждения гипнотизируемого, после выхода его из гипнотического состояния (так называемые постгипнотические внушения).

Необходимо указать на то, что литература, посвященная гипнозу, особенно старая, чрезвычайно засорена описанием случаев внушения, подчас совершенно вымышленных. В большой мере это присуще и современной западной литературе по гипнозу, носящей глубокую печать рекламное™, что, естественно, является одной из причин недоверности сообщаемых в ней фактов. Несомненно, наличие подобных фантастических литературных описаний всегда было одной из существенных причин отрицательного отношения многих врачей к гипнотерапии.

Однако хотя многие из упоминаемых в литературе, посвященной гипнозу, «факты» не имеют ничего общего с действительностью, а достоверность других нуждается в дополнительной проверке, в то же время имеется и масса безусловно точных и проверенных убедительных примеров, доказывающих большие возможности влияния на деятельность организма человека с помощью гипнотического внушения. Так, например, внушением в гипнозе удается изменить ритм работы сердца, частоту и глубину дыхания, величину и направление перистальтических движений желудочно-кишечного тракта (внушенная рвота), состав и количество секрета пищеварительных желез, количественный состав мочи, крови и т. д.

Отечественным исследователем П. П. Подъяло льеким описан факт получения волдыря в результате мнимого ожога, вызванного словесным внушением. Рядом авторов описаны также и другие случаи сосудодвигательных нарушений, обусловленных словесным внушением в гипнозе,— отмораживания, отеки, гиперемии, пигментации и т. д. Внушением можно также оказывать воздействия на мышечный тонус и иннервацию двигательного аппарата: вызывается повышение и понижение мышечного тонуса (каталепсия, ригидность, контрактуры), параличи конечностей. Такое же влияние оказывается и на деятельность органов чувств. Внушаются различные анестезии, алгезии, гиперестезии. Большой интерес представ-

ляет возможность получения в гипнозе внушенных галлюцинаций. Внушаются различные зрительные, слуховые, обонятельные и иные образы. Это может иметь место в самой глубокой стадии гипноза — при сомнамбулизме. В этой же стадии путем внушения удастся изменить поведение гипнотизируемого соответственно внушаемому возрасту. Так, например, человеку средних лет можно поочередно внушить то самый ранний возраст, то, наоборот, очень пожилой, и тогда он начинает себя вести то как ребенок, то как глубокий старик. Такие мнимые «дети» ходят по комнате маленькими шажками, на задаваемые вопросы отвечают детским лепетом с возникновением характерной артикуляции, например, «лубаска» вместо «рубашка», «атобуе» вместо «автобус» (исследования Ф. П. Майорова, А. О. Долина и др.).

До И. П. Павлова эти факты оставались удивительными и загадочными, им давались самые произвольные и туманные «объяснения», ни одно из которых не смогло вскрыть подлинной сущности этих явлений. Лишь в учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности «чудеса» гипнотического внушения получили полное, ясное и вполне научное истолкование. В свете развитого И. П. Павловым представления о физиологических закономерностях внушения стало понятно, почему с помощью речевого воздействия в гипнозе можно влиять на самые интимные, казалось бы совершенно произвольные функции человеческого организма, чем объяснить эту силу внушения в гипнозе, почему степень внушаемости в гипнозе повышена по сравнению со степенью внушаемости в состоянии бодрствования, что лежит в основе постгипнотических внушений и т. д.

Развернутый анализ физиологических процессов, лежащих в основе гипнотического внушения, И. П. Павлов дал уже в 1927 г. в последней главе «Лекций о работе больших полушарий головного мозга». Он писал: «Среди гипнотических явлений у человека привлекает к себе — и законно — особенное внимание так называемое внушение. Как понимать его физиологически? Конечно, 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 раздра-

жителями 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. Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека. 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 (как только что в указанном моем собственном случае) во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-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 объем лемоего слова делает понятным то, что внушением можно вызвать в гипнотизируемом человеке как много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и на внутренний мир человека. Можно бы возразить, откуда идет такая сила внушения сравнительно с сновидениями, которые большей частью позабываются и только редко имеют некоторое жизненное значение. Но сновидение есть следовое и притом большей частью давнее раздражение, а внушение — наличное. Далее, гипноз представляет меньшую степень торможения, чем сон. следовательно, внушение вдвойне по раздражающей силе больше сновидения. И, наконец, внушение как раздражение коротко, изолированно и цельно, а потому и сильно; сновидение обыкновенно представляет цепь разнообразных и противоположных следовых раздражений...» (8, стр. 357—358). Однако павловское понимание внушения не ограничивается лишь явлениями, имеющими место при гипнотизировании — оно имеет гораздо более широкое и общее значение. Глубоко раскрыв физиологическую сторону внушения, И. П. Павлов установил условия, способ-

ствующие повышению восприимчивости к внушению, -или, иначе, повышению внушаемости. Согласно И. П. Павлову, основой повышенной внушаемости является понижение предела работоспособности корковых клеток, что, естественно, вызывает их облегченную тормозимость. Как указывал И. П. Павлов, внушаемость основана на легком переходе корковых клеток в тормозное состояние. Это объяснение внушаемости делает понятным и повышенную восприимчивость к внушению всех, в том числе и совершенно здоровых людей с сильной нервной системой, погруженных в гипнотическое состояние, « повышенную внушаемость, которая так характерна для страдающих истерией. Определение физиологической сущности внушения и самовнушения содержится в статье И. П. Павлова «Проба физиологического понимания симптомологии истерии».

«Что есть внушение и самовнушение? 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 с многими настоящими и давними раздражениями, ощущениями и представлениями,—тогда это твердый и разумный акт, как полагается в 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. Мы имеем в гипнозе и на здоровой и сильной коре пониженный положительный тонус вследствие иррадиировавшего торможения. 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, непреодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состояние» (10, стр. 207—208).

Внушаемость стоит в прямой зависимости от типа высшей нервной деятельности человека.

Имеющиеся в настоящее время данные по этому вопросу (Б. Н. Бирман) позволяют считать, что наиболее податливы к внушению в гипнозе невротики художественного типа с преобладанием первой сигнальной системы (истерики) и наименее внушаемы невротики с преобладанием второй сигнальной системы, так называемого мыслительного типа (психастеники).

Работы по дальнейшему изучению и углублению павловского наследия в этом вопросе продолжаются рядом советских исследователей (А. Г. Иванов-Смоленский, Н. И. Красногорский, И. В. Стрельчук и др.).

Разработка вопроса о гипновнушаемости в связи с особенностями высшей нервной деятельности человека откроет возможность к созданию более индивидуализированных методик гипнотизации, что, естественно, повысит эффективность гипнотерапии.

Глава III

ГИПНОТЕРАПИЯ

Гипнотерапия как один из методов психотерапии

Под психотерапией понимается комплексное лечебное воздействие на психику больного. Сюда относится и та беседа, которую ведет врач со своим больным, желая успокоить его, рассеять излишние необоснованные опасения за свое здоровье, страх перед предстоящей операцией, тревогу перед якобы ожидающими его осложнениями и т. д. Сюда надо отнести и ту обстановку, которая окружает больного в лечебном учреждении. Светлые, полные свежего воздуха палаты, радующие глаз порядок и чистота, чуткое и заботливое внимание со стороны медицинского персонала — от профессора до няни — вселяют в больного надежду и уверенность в благополучном исходе болезни и умножают его силы в борьбе с нею.

В ряде своих трудов И. П. Павлов учил врачей тому, как надо использовать такие мощные психотерапевтические средства, как правильно построенный режим в отделении, тишину в палатах, внимательный и участливый уход за больными и т. п. Так, например, И. П. Павлов писал: «Медицина в случае почти всех болезней хорошо знает, что первая терапевтическая мера—■ покой подвергшегося заболеванию органа», и далее: «...надо ждать очень значительного увеличения процента выздоровления, если к физиологическому покою посредством торможения присоединить нарочитый внешний покой» (10, стр. 340).

Существуют специальные высказывания И. П. Павлова по вопросу об уходе за психически больными и установлении -правильного режима в психиатрических больницах: «Как ни грандиозен прогресс с давних времен

5 Гипноз

65

по наши дни в обхождении с душевнобольными, однако есть нечто, как мне кажется, остающееся *желать*. Большой частью общее содержание больных, уже располагающих сознанием самих себя в известной степени, вместе с другими, невменяемыми больными, от которых первые могут подвергаться, с одной стороны, сильным раздражениям в форме криков и чрезвычайных сцен, а с другой — и прямым насилиям, надо рассматривать как условие, лежащее лишним, еще более обессиливающим грузом на слабые корковые клетки. Кроме того, уже создаваемое больным нарушение своих человеческих прав, заключающееся частью в ограничении свободы, частью в естественном и почти неизбежном третировании пациента как невменяемого со стороны служебного и медицинского персонала, не может не представлять опять же серьезных ударов по этим слабым клеткам. Следовательно, нужно как можно скорее, своевременнее как бы переводить таких душевнобольных на положение больных, страдающих всякими другими болезнями, которые не истязают так непосредственно чувство человеческого достоинства» (10, стр. 132).

После того как мы разобрали в свете учения И. П. Павлова физиологическое воздействие слова, нам становится понятным, как оно при правильном его использовании может превратиться в сильнейший лечебный фактор, а при неосторожном, непродуманном и неуместном употреблении может принести существенный вред.

Нарушение принципов психотерапевтического подхода i

к больному иногда приводит к возникновению так называемых иатрогений, т. е. заболеваний, обязанных своим происхождением неосторожному, чересчур резкому или излишне подробному специальному заключению врача о тяжести болезненного состояния, сделанному в присутствии самого больного. Не разобравшись в существе услышанных им слов, больной начинает усматривать что-то чрезвычайно опасное, даже грозящее жизни, в своем заболевании. Такие необдуманные замечания со стороны врача и медицинского персонала иногда приводят к возникновению самостоятельного заболевания, проявляющегося в повышенной мнительности и страхах больного за свое здоровье. В советской медицине, основанной на учении И. П. Павлова, немислим хороший и

..._ .■— ... _

чуткий врач, который в своей работе не строит свои взаимоотношения с больным с учетом психотерапевтического подхода к нему, индивидуальных особенностей его нервной системы, его характера. Отношение людей к своему заболеванию различно. Есть такие, которые, будучи даже тяжело больными, недооценивают серьезности своего состояния и тем самым могут принести себе большой вред. Другие, наоборот, являясь по существу легко больными, чрезвычайно тяжело и обостренно переносят факт своего заболевания, у них развивается большая мнительность и они заранее склонны представлять себе свое положение в самом мрачном свете. Как в первом, так и во втором случае долг врача тактично, но в то же время твердо и настойчиво разъяснить больному, в чем заключается неправильность его отношения к своей болезни, чем опасна для него 'как недооценка, так и переоценка своего болезненного состояния.

Принято деление психотерапии на общую психотерапию— психотерапию в широком смысле слова, и «а частную, специальную психотерапию. Психотерапия в широком смысле слова, как мы уже упомянули выше, охватывает всю область взаимоотношений, складывающихся между больным и медицинским персоналом лечебных учреждений. Она должна составлять тот фон, ту атмосферу, которая окружает больного, находящегося в медицинском учреждении. Существенное значение, естественно, отводится при этом той беседе, в которой врач укрепляет в больном уверенность в благополучном исходе лечения, вселяет в него бодрость и рассеивает излишние опасения и страхи как во время самого лечения, так и в период выздоровления.

Естественно, что при этом психотерапии отводится в известном смысле слова вспомогательная роль. Основным здесь является лечение с помощью лекарственных назначений, физиотерапевтических процедур, оперативных вмешательств и т. п. Разумеется, что такая психотерапия в широком смысле слова необходима представителю каждой медицинской специальности, и на ее основе должна строиться работа медицинского учреждения любого профиля.

Помимо нее, существует специальная, или частная, психотерапия, которой по преимуществу занимаются врачи-психоневрологи — психотерапевты. В работе этих

5*

врачей лечение психотерапевтическими факторами, среди которых по праву первое место занимает лечебное воздействие словом, лечение беседой, в течение которой врач ставит себе целью путем логических доказательств убедить больного в тех или иных положениях, необходимых для его выздоровления, а также лечение словесным внушением выходят на первый план и составляют то основное и первостепенное по значению, чем врач помогает больному.

Естественно, что такое лечение не исключает возможности дополнительного назначения лекарственных, физиотерапевтических и иных лечебных средств, например, снотворных, водных процедур и т. д., но здесь уже они несут вспомогательную роль, основное же отводится словесному воздействию.

В беседе врач часто ставит перед собой задачу разъяснить больному сущность его заболевания, рассеять возникшие у него необоснованные опасения. Нередко больной говорит о своей болезни с другими людьми, так же не сведущими в медицине, как и он сам. В результате таких бесед у больного складываются ошибочные представления о тяжести имеющегося у него заболевания. Он начинает опасаться всевозможных осложнений, что приводит (по механизму самовнушения) к резкому ухудшению состояния его здоровья. В таких случаях врач в популярной, доступной для данного больного форме излагает причины возникновения его заболевания и указывает пути излечения.

Словесное внушение ставит своей целью убедить больного в отсутствии у него тех или иных болезненных явлений, которые он неосновательно себе приписывает, внушить ему отвращение к наркотическим средствам, которыми он злоупотребляет (алкоголь, табак), рассеять, снять навязчивые, необоснованные страхи и мысли, устранить различные истеро-невротические симптомы и т. п. Помимо изменения в отношении больного к своему болезненному состоянию, словесное внушение должно преследовать цель развития положительных эмоций и здоровых устремлений, направленных на общественно-трудовую деятельность, на заботу о семье, детях и т. д. По характеру построения фраз и по тону, которым проводится словесное внушение, оно бывает различным в зависимости от степени глубины гипнотического состоя-

ния. Так, если больной находится в глубоком гипнотическом сне—в сомнамбулической стадии гипноза, внушение целесообразно проводить в императивном тоне в предельно лаконичной, сжатой форме. Больному, находящемуся в неглубоком гипнотическом состоянии, внушение рекомендуется проводить тихим, монотонным голосом, строя его как разъяснительную, убеждающую беседу, в которой врач подробно останавливается на всех деталях переживаний больного.

Лечебное внушение можно проводить также больному, находящемуся в состоянии бодрствования, и иногда такое внушение приносит хороший терапевтический эффект. Но в ряде случаев для усиления лечебного воздействия и для повышения степени внушаемости перед началом такого лечебного внушения целесообразно погружать больного в гипнотическое состояние, на той или иной глубине которого и проводить лечебное внушение. Целесообразность такой гипнотизации вытекает из положения И. П. Павлова о том, что в гипнотическом состоянии степень внушаемости повышается.

Восприимчивость к гипнозу, как упоминалось выше, зависит от типа высшей нервной деятельности. Не следует забывать также и о том, что для погружения в гипнотический сон большое значение имеет обстановка, в которой проводится сеанс гипноза, опытность врача, готовность и желание больного подвергнуться гипнотерапии. При создании соответствующей обстановки и правильном подходе к больному -можно привести в глубокое гипнотическое состояние даже таких лиц, которые до того не погружались в гипнотическое состояние.

Большое значение имеет здесь и уславно рефлексорный характер возникновения гипнотического состояния, по поводу чего, как мы уже указывали, имеются прямые высказывания И. П. Павлова о том, что гипноз возникает по механизму условного рефлекса. Повторение сеансов увеличивает восприимчивость к гипнозу. Так, больной, у которого вначале не удавалось достичь глубоких стадий гипноза, при повторении сеансов начинает погружаться во все более и более глубокое гипнотическое состояние. Однако слишком часто, например, по несколько раз в день или ежедневно, проводить сеансы не следует, так как при этом восприимчивость к гипнозу снижается. Факт этот находит объяснение в свете павлов-

ского представления об условнорефлекторном механизме возникновения гипнотического состояния. В разделе «Сон и торможение» мы уже упоминали о том, что И. П. Павловым и его сотрудниками было установлено, что условный рефлекс при частом повторении постепенно начинает затормаживаться—уменьшаться в величине и, в конце концов, совсем исчезает. Скорость наступления этого торможения находится в прямой зависимости от частоты повторения условного рефлекса и типа нервной системы. При некоторых болезненных нарушениях в нервной системе, чаще всего зависящих от хронической интоксикации, восприимчивость к гипнозу возрастает. Этим можно объяснить очень высокий процент сомнамбул, встречающийся среди страдающих хроническим алкоголизмом. Большинство авторов для здоровых людей принимает приблизительно такие цифры восприимчивости к гипнозу: легкую сонливость можно вызывать у преобладающего большинства людей, более одной трети людей удается довести до стадии гипотаксии, около 20—25% —до сомнамбулизма. За последнее время И. В. Стрельчуком предложена методика погружения в гипнотическое состояние, основанная на учете особенностей взаимодействия сигнальных систем. Согласно этой методике, лиц с преобладанием первой сигнальной системы целесообразно гипнотизировать воздействием на вторую сигнальную систему, как наиболее у них тормозимую и, наоборот, лиц с преобладанием второй сигнальной системы — воздействием на первую. Практически И. В. Стрельчук рекомендует при погружении в гипнотический сон лиц, страдающих истерией, пользоваться словесным внушением, к лицам же психастенического склада применять монотонные однообразные раздражители (звук, свет, тепло). Применяя на некоторых больных этот метод, мы могли убедиться в его эффективности в смысле процентного увеличения более глубоких и быстрее достижимых гипнотических состояний.

Методика гипнотерапии

Использование гипнотерапии как лечебного метода доступно каждому врачу. Для правильного и эффективного применения гипноза в лечебных целях необходимо, чтобы врач прежде всего знал, в каких случаях нужно

71)

применять гипнотерапию, владел техникой гипнотизирования и был знаком с сущностью гипнотических явлений.

Врач, применяющий гипноз в своей лечебной работе, ни в коем случае не должен уподобляться так называемым «гипнотизерам по профессии», которые, будучи абсолютно несведущи в медицине и не имея представления о сущности гипноза, вызывают гипнотическое состояние без достаточных к тому оснований. Невежественное использование гипнотического состояния может нанести вред подвергнувшимся такой гипнотизации.

Психиатрам довольно часто приходится лечить больных с бредом гипнотического влияния, который чаще всего встречается у страдающих шизофренией. Такие больные в силу своих бредовых переживаний нередко обращаются к врачам с просьбой «разгипнотизировать» их. Естественно, что гипнотизация таких больных не только не приведет к улучшению в их состоянии, но, наоборот, усилит бредовые высказывания и может привести к обострению всего болезненного состояния в целом. Такую гипнотизацию с полным основанием можно отнести к разряду ошибочных действий, и поэтому она является строго противопоказанной. Но не только в этих случаях приходится избегать применения гипноза. Некоторые больные проявляют повышенный, нездоровый интерес к гипнозу. Переоценивая возможности этого вида лечения, они часто обращаются к врачам с просьбой подвергнуть их гипнотерапии. Такое состояние граничит с болезненным навязчивым влечением к этому виду терапии, и его необходимо купировать соответствующими разъяснительными беседами лечебного характера. Проведение гипнотического сеанса при данной ситуации явится ошибочным, так как, не улучшив болезненного состояния, приведет лишь к еще большему обострению болезненного влечения к гипнозу.

Некоторые тяжелые формы истерии при неправильном и неумелом проведении гипноза могут привести к возникновению истерического припадка в момент гипнотического сеанса. С таким состоянием неспециалисту будет трудно справиться.

Из сказанного становится понятным, что для успешного занятия гипнотерапией, помимо общего медицинского образования, требуется достаточная осведомленность в области психиатрии вообще и в области психотерапии

в частности. Ввиду всего вышеизложенного в Советском Союзе проведение гипноза регламентируется инструкцией Наркомздрава РСФСР от 1926 г., согласно которой гипнотерапией может заниматься только врач. Сеансы гипноза разрешается проводить лишь в условиях лечебного учреждения, причем желательное присутствие третьего лица, предпочтительно врача, ввиду преувеличенного представления о том, что гипнотизируемый во время гипноза якобы полностью поступает в распоряжение гипнотизера. Данные о проведенном сеансе заносятся в специальную учетную тетрадь. Такая постановка сеанса исключает возможность предвзятого обвинения врача в и сп оль зов а вин своего якобы «исключительного» положения.

Использование гипноза в лечебных целях при ряде болезненных состояний принесет большую пользу только в том случае, если он применяется с подлинно научным знанием дела. В «Историческом очерке» мы упоминали о том, как в корыстных и шарлатанских целях занимавшиеся гипнозом авантюристы вселяли в людей вредное представление о себе как об исключительной личности, прибегая для этих целей к театральным приемам. К врачу, который хочет в своей практической деятельности применять гипнотерапию как один из методов лечения своих больных, не предъявляется никаких особенных требований. Но совершенно необходимо хорошее знание теории и практики гипнотерапии, как уже упоминалось выше, глубокое понимание больного, ориентированность в вопросах общей психопатологии и психотерапии. Это и послужит основой для желаемого успеха и даст спокойствие и уверенность в своих действиях.

Следует иметь в виду, что в подавляющем большинстве случаев проведение лечебного внушения в гипнотическом состоянии становится наиболее эффективным при условии, если врач не проявляет в этом вопросе торопливости и приступает к лечению гипнозом, лишь детально ознакомившись с личностью больного и изучив его заболевание.

Несколько встреч, предшествующих собственно гипнотерапии, следует посвятить подготовительной работе, в которой используются другие психотерапевтические методы, а именно лечебная беседа и внушение в состоянии бодрствования. Таким путем врач создаст себе авторитет,

столь необходимый ему для успешного проведения собственно гипнотерапии.

Впрочем, иногда встречаются и такие больные, которых целесообразно погрузить в гипнотическое состояние при первом же посещении, чтобы снять тот или иной болезненный симптом.

Однако не нужно забывать и о том, что давать категорические советы и принимать обязательные установки в этом деле весьма рискованно. Очень многое зависит от специфичности течения процесса, от обстановки, окружающей больного, от его индивидуальных особенностей, наконец, от контакта, который установился между ним и врачом. Только знания, такт и опыт подсказывают врачу, как поступать в данном случае. При выраженной установке больного на гипнотерапию и уверенности его в том, что именно этот вид лечения окажется для него наиболее эффективным, врач, чтобы не затянуть то или иное болезненное состояние, например, какой-нибудь истерический моносимптом: афония, мутизм, амавроз и т. д., может решиться на быстрое применение гипноза. В случае установившегося контакта с больным врачу в первом же сеансе зачастую удается снять ту болезненную симптоматику, которая привела к нему больного.

Приступая к сеансу лечебного гипноза, рекомендуется в нескольких словах ознакомить больного с сущностью метода и с возможными результатами лечения. Некоторые больные имеют совершенно ошибочное представление о гипнозе. Стремясь подвергнуться гипнотерапии, они в то же время часто испытывают некоторый страх и очень волнуются перед сеансом и во время него, так как ожидают наступления внезапного и скорого сна или какого-то «особого» состояния. Такого больного нужно успокоить, устранить охвативший его страх и лишь после этого приступить к гипнотерапии. В случаях, когда больной явился на гипнотический сеанс взволнованным, расстроенным, утомленным, с явлениями общего недомогания, повышенной температурой, в нетрезвом виде, сеанс следует отложить и предложить больному явиться в следующий раз в спокойном и уравновешенном состоянии.

Большое значение для успешного проведения сеанса гипноза имеет обстановка, в которой он проводится. Рекомендуется иметь небольшой уютный изолированный

кабинет, в который не доносится посторонний шум, с постоянной температурой комфорта 18—20°, с нерезким, мягким освещением. Желательно, чтобы пол кабинета был устлан дорожкой.

Прежде чем приступить к сеансу гипнотерапии, больного следует усадить в удобное мягкое кресло или, еще лучше, уложить на кушетку спиной к источнику света. Нужно позаботиться о том, чтобы поза больного была удобной и чтобы ничто не стесняло его. Поясные ремни, туго стягивающие шею воротнички нужно распустить или расстегнуть.

Некоторые авторы рекомендуют вызывать гипнотическое состояние путем словесного внушения. Гипнотизирующий обращается к больному примерно со следующими словами: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног и всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать и по мере того, как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру „десять“, вы заснете». Примерно такие фразы врач повторяет иногда по несколько раз монотонным ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спите!». Говорить нужно тихо, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «Спать! Спите!», следует произносить с некоторым ударением, выделяя их из общего тона речи и придавая им приказательный, оттенок. Слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми. Иногда рекомендуется положить на лоб больному руку и внушать ему, что тепло со лба распространяется на лицо и на все тело.

Некоторые авторы в начале гипнотического сеанса предлагают гипнотизируемому фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном предмете, обычно на блестящем металлическом шарике или кончике перкуSSIONного

молоточка. Одновременно врач проводит вышеописанное внушение сонливого состояния.

Для проверки степени внушаемости больного перед началом гипнотического сеанса бывает полезно провести несколько внушений, касающихся кинестетической сферы. Для этого проводящий внушение усаживает больного в кресло и предлагает ему смотреть себе в глаза. Одновременно он говорит больному, что руки его сжимаются все крепче и крепче и он утрачивает способность по собственному желанию разжать их. Тут же он добавляет: «Попытайтесь разжать ваши руки! Вы видите, что не можете этого сделать. Они сжаты настолько крепко, что вы сможете разжать их только после моего указания». Больному можно внушить, что он утрачивает способность подняться с места по собственному желанию, пройтись по комнате и т. п. В тех случаях, когда такие внушения в состоянии бодрствования удаются и когда больной действительно заявляет вам, что он не мог разжать руки или встать с кресла, в подавляющем большинстве случаев удается вызвать и глубокий гипнотический сон, достигающий до сомнамбулической стадии.

Некоторые психотерапевты для определения степени внушаемости производят такую простую пробу: предлагают больному три пустые чистые склянки и при этом говорят: «Я сейчас проверю ваше обоняние: понюхайте и скажите мне, в какой склянке находился раньше керосин, в какой — духи и в какой — вода». В том случае, когда больной пытается давать соответствующие определения, т. е. обнаруживает несуществующие запахи, можно предположить наличие у него хорошей внушаемости.

Собственно лечебное внушение рекомендуется начинать тогда, когда больной уже приведен в гипнотическое состояние.

Наступление гипнотического сна, по данным большинства авторов (Э. А. Гизе, А. Ф. Лазурский, К. И. Платонов, Р. Я. Шлифер, А. М. Цынкин, Ю. А. Поворинский, Ф. П. Майоров, Б. В. Андреев, А. И. Маренина, М. М. Сулова, П. А. Киселев, Н. И. Короткий, М. П. Невский и др.), сопровождается изменениями, сходными с картиной естественного сна. Так, в гипнозе наблюдается падение кровяного давления, замедление частоты пульса на 4—12 ударов в минуту и урежение ритма дыхания на 3—5 дыханий в минуту. Авторы, ис-

следовавшие этот вопрос, отмечают, что в большинстве случаев степень выраженности указанных изменений соответствует глубине гипнотического сна.

Было установлено, что одним из чувствительных показателей глубины гипноза может служить движение век. Наличие дрожания век во время гипнотического сна служит показателем неглубокой стадии гипноза. Исчезновение дрожания век свидетельствует о наступлении глубокой — сомнамбулической — стадии гипноза или о переходе его в естественный сон.

Мы ограничились упоминанием лишь тех данных, которые всегда могут быть легко установлены врачом во время сеанса гипнотерапии. Следует отметить, что ряд фактов, полученных с помощью специальных исследований (хронаксиметрия, электрометрия сопротивления кожи, электроэнцефалография, плетизмография и др.), вскрывающих особенности протекания гипнотического сна, также говорит о его сходстве со сном естественным.

Вопрос о разделении гипнотического состояния на стадии по его внешним проявлениям всегда привлекал к себе внимание гипнотерапевтов. Из литературы известно, что по этому вопросу высказывалось много точек зрения. Одни авторы предлагали делить гипноз на три стадии, другие — на шесть, девять, двенадцать и т. п. Однако наиболее принято деление гипноза на три стадии. Первая стадия — сонливость — характеризуется легкой мышечной слабостью и дремотой; вторая стадия — гипотаксия — отличается полной мышечной слабостью, однако в этой стадии нередко имеет место каталепсия — спонтанная или внушенная; третья стадия — сомнамбулизм — представляет собой наиболее глубокую степень гипноза, при которой загипнотизированный не воспринимает никаких посторонних раздражений и поддерживает контакт только с гипнотизирующим. На этой стадии больному можно внушать галлюцинаторные переживания, заставить его ходить, производить различные действия и т. д. В большинстве случаев переживания, испытанные в сомнамбулической стадии гипноза, амнезируются.

В практике психотерапевтической работы лечебное внушение часто проводится и на самых начальных, неглубоких стадиях гипнотического сна. Несмотря на то, что больной после такого сеанса нередко заявляет врачу о том, что он якобы не спал, слышал посторонние шумы

и считает сеанс неудавшимся, а себя не поддающимся гипнотизации, такое лечебное внушение зачастую приносит хороший терапевтический эффект и, следовательно, дальнейшие сеансы вполне оправданы.

Некоторые психотерапевты применяют и такой способ гипнотизации. Вскоре после начала словесного внушения гипнотического сна они предлагают больному открыть глаза и рассказать о своих ощущениях. После этого сеанс продолжается, причем в дальнейшем внушении используются те индивидуальные особенности наступления гипнотического сна, которые сообщены самим больным. Так, например, если больной оказал врачу, что вскоре после начала сеанса он почувствовал выраженное расслабление в мышцах ног, рук или иной части тела (что, естественно, у разных людей может проявляться по-разному), то при продолжении сеанса в содержании последующего словесного внушения акцент ставится на ощущениях, характерных именно для данного больного. Иногда такой фракционный метод вызывания гипнотического состояния позволяет более быстро достичь желаемой глубины гипноза.

Вышеописанным в основном и исчерпывается та несложная методика, которая требуется от врача, желающего вызвать гипнотическое состояние у своего больного. Следует еще раз напомнить только о том, что успех бывает обеспечен в тех случаях, когда все эти сравнительно несложные действия производятся уверенно, четко, с исчерпывающим пониманием и знанием всего производимого.

Четкость и уверенность в своих действиях, естественно, требуются врачу не только для приведения больного в гипнотическое состояние, но и в течение всего времени, пока больной будет находиться в гипнотическом сне, а также и для выведения его из этого состояния. Врач, погруживший больного в гипнотический сон, постоянно должен помнить о том, что каждое произнесенное им слово является далеко не безразличным для загипнотизированного, что оно в силу неодолимости внушения в гипнозе приобретает теперь сверхсильное, доминирующее значение и что неправильное использование слова может вместо пользы принести больному существенный вред. Проводя сеанс гипнотерапии, врач должен ясно отдавать себе отчет о том, что и как он будет внушать больному,

не допуская во время сеанса каких-либо оговорок, ошибок, неясностей и неточностей. В этом отношении особенно надо предостеречь от разного рода путаницы, которую может допустить врач, недостаточно хорошо изучивший обстоятельства заболевания и детали болезненных переживаний и проводящий внушение против той симптоматики, которая у больного отсутствует. Ошибка такого рода может повлечь за собой возникновение новых болезненных симптомов.

В литературе описаны случаи, когда неосторожно сказанное слово в гипнозе служило источником возникновения ранее не имевших места болезненных симптомов. Следует помнить о том, что у некоторых больных, находящихся в гипнотическом состоянии, с поразительной точностью отмечается полное соответствие между словесным внушением и общим самочувствием после сеанса. Так, например, врач, приводя больного в гипнотическое состояние, внушал ему отсутствие произвольных движений поочередно в правой и левой руке. Выводя же больного из гипнотического состояния, врач сказал, что правая рука приобретает способность к самостоятельному движению, ничего не упомянув о левой руке. В результате такой оплошности выведенный из гипнотического сна больной оказался неспособным производить самостоятельные движения левой рукой. Такого рода искусственно вызванный функциональный паралич пришлось устранять немедленным повторным погружением больного в гипнотический сон, в котором специальным внушением было устранено это патологическое состояние.

В качестве примера ответственности гипнотизирующего за каждое произнесенное им слово можно привести случай, когда врач, проводя внушение подростку с жалобами на плохое самочувствие и психогенно возникшие навязчивые страхи, в заключительном сеансе курса гипнотерапии, давшего очень хороший лечебный эффект, произнес следующую недостаточно продуманную фразу: «Теперь будете чувствовать себя хорошо вплоть до нового учебного года». Это лечение имело место весной. После него все лето больная чувствовала себя очень хорошо и никаких жалоб не предъявляла. Но с первых же чисел сентября заявила матери о том, что теперь влияние лечения окончилось, так как она хорошо помнит сказанную ей доктором фразу, что она будет себя хоро-

шо чувствовать до нового учебного года, и она опять ощущает возвращение всех своих прежних страхов. Естественно, что потребовалось несколько повторных сеансов гипноза для устранения этого иатрогенно вызванного рецидива болезненного состояния.

Следует помнить о том, что гипнотический сон в продолжение сеанса гипнотерапии у некоторых больных может перейти в обычный естественный сон. Чаще всего это бывает, когда врач имеет дело с лицами, страдающими хроническим алкоголизмом. В таком случае следует разбудить больного, повысив голос или прикоснувшись к нему. Когда больной перейдет в полудремотное состояние, тут же нужно продолжить сеанс гипноза, следя за тем, чтобы не нарушался раппорт. Признаком перехода гипнотического сна в естественный сон служит произвольное изменение позы, поворачивание, храп и т. и.

Выводя больного из гипнотического сна, следует внушать ему бодрое, хорошее самочувствие, отсутствие каких бы то ни было неприятных ощущений, сонливости. Обычно это проводится следующим образом. Врач говорит больному: «Через полминуты я выведу вас из состояния гипнотического сна. Сейчас я начну обратный счет. По мере того как я буду считать, мышечная слабость, которую вы испытывали во время сеанса, невозможность совершать самостоятельные движения сменятся приливом бодрости и силы. У вас будет очень хорошее самочувствие и настроение. Вы приятно отдохнули во время сеанса гипноза. Когда я назову цифру „один“, вы откроете глаза и внушение будет закончено».

Выводить больного¹ из гипнотического состояния следует постепенно, не спеша, помня о том, что внезапное, резкое пробуждение может повлечь за собой ряд жалоб на общую слабость, разбитость, иногда сердцебиение и головные боли.

При правильно проведенном сеансе больной выходит из гипнотического состояния, не испытывая никаких неприятных ощущений и не предъявляя жалоб на свое самочувствие. Наоборот, обычно, как во время сеанса, так и после него, отмечается спокойное, уравновешенное состояние, приятное самочувствие, уверенность в выздоровлении.

Продолжительность обычного сеанса гипнотерапии исчисляется 15—20 минутами. Количество гипнотических

сеансов на полный курс лечения определяется характером заболевания, его особенностями и давностью, а также индивидуальностью больного и степенью эффективности лечения.

В большинстве случаев количество сеансов курса гипнотерапии не превышает 12—15, в отдельных случаях значительно варьируя как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения. Здесь все индивидуализируется для каждого конкретно взятого больного, и какая-либо заранее данная схема может быть только сугубо приблизительной.

Частота сеансов обычно колеблется от 2 до 3 в неделю, в зависимости от состояния больного, длительности и этапа лечения. Как правило, начиная курс, целесообразно проводить сеансы более часто, лучше всего через день. В дальнейшем, когда в состоянии больного наступит заметный сдвиг в сторону улучшения, переходя на более редкие сеансы: один-два раза в неделю и даже один раз в две недели, месяц и т. д.

Для некоторых больных спустя некоторое, более или менее значительное время (несколько месяцев, /год и более) рекомендуется провести повторный курс гипнотерапии.

Виды гипнотерапии

Применение гипнотического состояния для лечебных целей следует рассматривать в двух направлениях. С одной стороны, — и это в основном — гипноз необходим для того, чтобы повысить степень внушаемости больного, усилить его ■ восприимчивость к лечебному внушению. С другой стороны, гипнотическое состояние, представляя собой частичный сон, создает возможность для осуществления охранительно-восстановительного целебного влияния торможения.

В тех случаях, когда гипноз используется преимущественно как фактор, повышающий внушаемость больного, он обычно применяется в виде кратковременных сеансов (по 15—20 минут каждый). Во время этих сеансов больному проводят лечебное внушение. Иногда курс лечения начинают прямо с сеансов внушения в гипнозе, иногда же последнему предшествует внушение в состоянии бодрствования, которое хотят закрепить гипнотическими сеансами или к_ которым переходят вследствие

недостаточной эффективности внушения, проводимого в состоянии бодрствования. Такой вид гипнотерапии, как лечебное внушение в кратковременных гипнотических сеансах, наиболее распространен. Этим методом в подавляющем большинстве пользуются психотерапевты на амбулаторных поликлинических приемах.

Гипноз как состояние, в котором тормозной процесс с динамически меняющейся интенсивностью и экстенсивностью иррадирует по коре (и нижележащим отделам больших полушарий), способствуя восстановлению работоспособности нервных клеток, применяется также и в форме длительного гипнотического сна. Методика проведения такого длительного гипнотического сна проста. Она заключается в том, что больного вечером погружают в гипнотический сон, который затем переходит в естественный, ночной сон, или утром со спящим больным устанавливают раппорт и продлевают его сон на необходимое время. Естественно, что в тех случаях, когда желательно получить наиболее длительный сон, используют обе эти возможности. Таким образом, удается удлинять сроки пребывания больного во сне до 16—18 часов в сутки. Иногда такое лечение проводят как целый курс сонной терапии длительностью 10—12 дней и более. Особенно благоприятные результаты дает такая гипнотерапия при лечении гипертонической и язвенной болезней.

Для теоретической разработки и внедрения в практику длительного гипнотического сна многое сделали советские исследователи Б. Н. Бирман, К. И. Платонов, И. В. Стрельчук и др.

При лечении некоторых больных гипнотерапией в тех именно случаях, когда эффект от кратковременных сеансов не дает желаемого результата, следует рекомендовать удлиненные сеансы гипнотерапии. Под такими сеансами следует понимать лечебное внушение, проводимое больному, находящемуся в часовом-полуторачасовом, а иногда и более длительном гипнотическом сне. Такое удлинение времени пребывания в гипнотическом состоянии, во-первых, способствует углублению гипноза и, во-вторых, повышает терапевтическую эффективность внушения, благодаря суммации словесных раздражителей, так как в удлиненных сеансах больной, как правило, получает большее количество внушений. Такая методика гипнотерапии, представляя собой в известной степени

(j Гипноз

нечто промежуточное между обычными кратковременными 15—20-минутными сеансами и длительным гипнотическим сном, может быть рекомендована для терапии больных, которых целесообразно лечить длительными гипнотическими сеансами, когда в силу тех или иных методических возможностей лечебного учреждения последние не могут быть применены. Эта методика рекомендована нами главным образом для амбулаторной практики, когда врач, проводящий текущий психотерапевтический прием, имеет возможность одновременно обслуживать одного-двух больных, уложенных в соседних кохмнатах. Для этого ему достаточно каждые 10—15 минут заходить к такому больному и проводить кратковременные (в $V/2$ —2 минуты) лечебные внушения (см. приведенные ниже наблюдения № 2, 10, 13, 16 и 24).

Иногда в целях углубления гипнотического сна применяют предварительную дачу снотворных веществ (так называемый наркогипноз). Особенно это может быть рекомендовано в тех случаях, когда у больного гипнотическое состояние почти не достигается, а между тем у врача имеются основания предполагать, что гипнотерапия может принести здесь существенную пользу. Это дает возможность вызвать у больного к началу сеанса дремоту и сонливое состояние. Следует строго учитывать фармакодинамические особенности того снотворного средства, которое собираются применить, особенно в отношении сроков его действия, так как заблаговременную дачу снотворного, естественно, надо рассчитывать таким образом, чтобы к моменту начала гипнотического сеанса у больного начинало развиваться дремотное состояние.

Следует помнить и об индивидуальных особенности реагирования людей на снотворные: одно и то же средство в одной и той же дозе у разных больных вызывает сон различной глубины, наступающий через неодинаковые промежутки времени. Поэтому часто бывает так, что первые 2—3 комбинированных применения снотворных с гипнотическими сеансами являются по сути дела пробными, при которых врач находит индивидуализированную дозу снотворного и время его приема данным больным. Да и само снотворное следует иногда подыскивать. В случаях, когда общеупотребительные при таком виде гипнотерапии снотворные не дают желаемого результата,

целесообразно проводить наркогипноз, не отменяя привычного снотворного, которое данный больной обычно применял в борьбе с бессонницей. При проведении наркогипноза обычно используют амитал-натрий при приеме per os в дозе 0,2—0,3 г и мединал в дозе 0,4—0,5 г, которые через 30—45 минут вызывают дремотное состояние. Для более быстрого достижения снотворного эффекта иногда применяют внутривенное введение 10% раствора гексенала в дозе 3—5 см³, при этом гексенал вводят в вену медленно, в течение 1/г—2 минут. К концу введения развивается выраженное состояние сонливости, переходящее в более или менее глубокий сон. Некоторые больные при таком введении гексенала впадают в глубокий наркотический сон, при котором контакт с ними едва ли может быть осуществлен, поэтому лечебное внушение следует начинать тотчас, как только обнаружатся признаки развивающегося сна или при выходе больного из оглушенного состояния, которое обычно не превышает 5—6 минут. Целесообразно сочетать такие сеансы наркогипноза с последующими удлиненными сеансами гипнотерапии.

О своем опыте применения внутривенного введения гексенала для целей повышения внушаемости докладывал на I Всесоюзном совещании по психотерапии в 1948 г. Е. А. Попов.

В 1927 г. была опубликована работа В. М. Бехтерева, в которой он описал свой метод так называемой коллективной гипнотерапии. Метод заключается в том, что группу больных численностью в 15—20 человек, а иногда и больше, усаживают в удобные кресла, на диваны и т. п. и проводят им лечебное внушение, предварительно погрузив их в гипнотическое состояние. Больных следует рассаживать так, чтобы врач, проводящий сеанс коллективного гипноза, мог ходить между ними для того, чтобы проверять наличие и глубину гипнотического состояния каждого больного, а также проводить, остановившись около него, индивидуализированные внушения. Этот метод в основном находит себе применение для лечения наркоманов и в первую очередь хронических алкоголиков в условиях стационарной и особенно амбулаторной практики. Обычно при таком методе гипнотерапии лиц, страдающих алкоголизмом, целесообразно начинать сеанс с разъяснительной беседы. Врач расска-

6*

83

зывает больным о том, какой вред приносит организму злоупотребление спиртными напитками, и после этого переходит к непосредственному внушению гипнотического сна. Продолжительность сеанса не превышает 20—25 минут. Количество сеансов на полный курс различно — от нескольких до десяти. Основные преимущества коллективного метода гипнотерапии заключаются в том, что он позволяет врачу обслуживать всех больных, нуждающихся в гипнотерапии. Кроме того, и для самого вызывания гипнотического сна коллективное присутствие больных на сеансе имеет значение в силу установленного И. П. Павловым яркого проявления в гипнозе подражательного рефлекса, вследствие чего степень внушаемости в такой коллективной группе повышается, и больные, которые при индивидуальном гипнотизировании оказываются менее внушаемыми, быстрее впадают в гипнотическое состояние. Исходя из вышеизложенного, группу больных для коллективной гипнотерапии рекомендуется составлять таким образом, чтобы при наборе новых больных в ней оставалось несколько больных, уже ранее подвергавшихся гипнотизации и быстро впадающих в это состояние при первых же словах врача, проводящего сеанс.

Таковы основные виды гипнотерапии, нашедшие себе довольно широкое применение в практической врачебной работе. Рассмотрение и описание различных вариантов той или иной основной методики, которые разрабатываются или применяются отдельными авторами, не является задачей настоящей книги.

Гипнотерапия при различных заболеваниях

Выше уже частично затрагивался вопрос о показаниях и противопоказаниях к применению гипнотерапии. Естественно, что в каждом случае, где может возникнуть вопрос о целесообразности проведения лечебного внушения в гипнозе, его надо решать индивидуально, исходя из конкретных условий возникновения и протекания заболевания, его диагностики и индивидуальных особенностей больного.

Многолетний опыт использования гипноза в лечебных целях способствовал выделению из общей массы заболеваний тех, при которых гипнотерапия дает наиболее обнадеживающие результаты.

cSi

Заболевания, при которых доказана гипнотерапия, широко известны. Это в первую очередь неврозы и нар- *т комании. Особенно благоприятные результаты наблюда- "v ются при применении гипнотерапии для устранения отдельных истерических симптомов, как-то: истерические параличи, астазии-абазии, контрактуры, гиперкинезы, кривошея, истерическая афония, сурдомутизм, хрипота, икота, заикание, истерический амавроз, блефароспазм, анестезии, гиперестезии, парестезии, всевозможные болевые ощущения истерического характера. Иногда к хоро- л шим результатам приводит гипнотерапия при бессоннице. t Менее обнадеживающие результаты дает применение гипноза при наличии у больного различных навязчивых страхов и состояний, характерных для психастении, но даже и в этих случаях иногда удается добиться некоторого облегчения. Целесообразно применение гипнотерапии при психогенно возникших страхах, депрессивных состояниях, а также при сексуальных неврозах. Иногда к хорошим результатам приводит лечение гипнотерапией больных, страдающих ночным энурезом.

Широко применяется гипнотерапия в борьбе с хроническим алкоголизмом, курением и иными видами наркоманий. В таких случаях находит применение и метод коллективной гипнотерапии, позволяющий одновременно охватить значительное число больных.

В клинике внутренних болезней гипноз применяется для лечения больных, страдающих гипертонией, язвенной болезнью, стенокардией.

К гипнозу прибегают и в хирургии, и в стоматологии как к средству, заменяющему обезболивание. В акушерстве гипноз применяют для обезболивания родового акта и в борьбе с неукротимыми рвотами беременных. Гипнотерапия может принести пользу при бронхиальной астме и при различного рода невралгиях.

С помощью внушения в гипнотическом состоянии иногда удается устранять болевые синдромы и при некоторых тяжелых соматических заболеваниях. Так, например, можно снимать упорные боли при раке, особенно в терминальных, исходных состояниях этого заболевания, когда больные, будучи очень истощены, обладают повышенной внушаемостью и восприимчивостью к гипнозу. Хорошие результаты иногда дает применение лечебного внушения в гипнозе при дерматологических заболеваниях

для лечения нейродермитов, лишаяев, бородавок, экзем и некоторых других болезней кожи. Упорно не поддающиеся медикаментозной терапии мучительнейшие нейродермиты, беспокоящие больных длительные периоды, иногда исчисляемые 'месяцами и годами, значительно облегчаются, а в ряде случаев и совершенно прекращаются после применения гипнотерапии.

К числу противопоказаний к гипнотерапии надо в первую очередь отнести психозы (шизофрения, паранойя), особенно с бредовыми переживаниями гипнотического воздействия, а также все те случаи, когда у больных обнаруживается привыкание к гипнозу, болезненное влечение к гипнотическому состоянию, своего рода гипномания, которая иногда встречается у страдающих истерией. Как только что было отмечено, наиболее распространено и показано применение гипнотерапии при различных неврозах. С этой группы заболеваний и будет начато рассмотрение практического применения гипноза в лечебных целях.

Гипнотерапия при неврозах. Гипнотерапию при истерии нельзя рассматривать как лечебное средство, способное привести к радикальному излечению этого заболевания. Исходя из павловского понимания истерии как болезненного состояния, характеризующегося слабостью коры и преобладанием деятельности подкорки, а также первой сигнальной системы над второй, едва ли можно ожидать, чтобы применение гипноза могло привести к полному изменению больной личности и соответствующему сдвигу во взаимоотношениях между сигнальными системами в сторону их нормализации. В подавляющем большинстве случаев приходится встречаться с успехом лечения в смысле снятия какого-либо истерического моносимптома или смягчения и устранения той или иной истерической реакции. В данном случае излечение приходится понимать как освобождение от конкретного проявления болезненного состояния в том или ином виде.

Врач, проводящий лечение больного, страдающего истерией, всегда должен учитывать, что даже в случаях очень хорошего терапевтического эффекта, приведшего к полному устранению того или иного болезненного симптома или состояния, по поводу которого больной обратился к нему, всегда возможен рецидив заболевания как

реакция на внешнюю обстановку, проявляющаяся в первоначальной или иной форме.

Мы имели больных, у которых в течение нескольких (иногда одного-двух) сеансов гипнотерапии удавалось полностью снять определенный истерический моносимптом, беспокоивший их на протяжении довольно длительного периода. После проведенного лечения больные отмечали полное выздоровление, однако через некоторое время они вновь обращались к нам с жалобами на выраженные истерические реакции или расстройства типа истерических моносимптомов. Исходя из вышеизложенного, мы считаем применение гипнотерапии при истерии показанным как средство, которое в ряде случаев лучше каких бы то ни было других медицинских мероприятий способно принести облегчение или даже полностью устранить обострение болезненного состояния. Однако в большинстве случаев возможность полного излечения истерии с помощью гипнотерапии, равно как психотерапии, вообще, мы ставим под сомнение.

Приведем несколько типичных примеров.

1. Больная С, 22 лет, обратилась к врачу с жалобами на сильные постоянные спазмы в горле, которые лишают ее возможности глотать твердую пищу. Такое состояние возникло у нее после того, как месяц назад она проглотила косточку от абрикоса, что вызвало у больной очень сильный испуг. Ларингологи, к которым больная неоднократно обращалась, ничего у нее не находили и относили все эти ощущения за счет пережитого страха. При последней консультации больная была направлена к психиатру. Из анамнеза выяснилось: росла и развивалась нормально. Со школьного возраста родители стали отмечать повышенную обидчивость, часто плакала, при ссорах теряла голос, появлялась хрипота. 12 августа 1950 г. подавилась косточкой от абрикоса. Очень испугалась, плакала, боялась задохнуться, жаловалась на подкатившийся к горлу комок, на недостаток воздуха. При попытке принять пищу не могла проглотить ее. С большим трудом глотала пищу в жидком виде. В течение месяца больная сильно истощилась. Она постоянно плакала, оставила работу.

В первом же сеансе было вызвано глубокое гипнотическое состояние с выраженной каталепсией. Внушалось, что проглоченная косточка беспокоить не может, что в горле она не застряла, что больная спазмов и удушья не чувствует и что тотчас по пробуждении сможет совершенно свободно глотать любую пищу как жидкую, так и твердую. Сеанс длился 15 минут. После выведения из гипнотического состояния больной было предложено яблоко, которое она съела при продолжавшемся внушении со стороны врача уже в состоянии бодрствования. На следующий день отметила значительное улучшение в своем состоянии, однако некоторые элементы пережитого страха еще оставались. Так, например, больная счита-

ла, что проглотить корочку хлеба она не сможет. Было проведено еще три сеанса внушения, после которых больная полностью освободилась от своего болезненного состояния. Через полгода она повторно обратилась к врачу с жалобами на то, что после ссоры с матерью у нее появилась резкая хрипота и потеря голоса. Беспокойств со стороны глотания не было. Два сеанса гипноза полностью сняли и эти болезненные ощущения.

Вышеприведенная история болезни показывает возможность устранения с помощью лечебного внушения в гипнозе отдельных проявлений истерии. В первом случае был достигнут успех при лечении истерической дисфагии, а во втором случае — истерической афонии.

Не менее убедительна и вторая история болезни.

2. Больная М., 25 лет, обратилась в сентябре 1950 г. с жалобами на то, что с марта 1950 г. ее беспокоят постоянные рвоты, которые возникли внезапно после того, как однажды утром ее вырвало в вагоне метро. После этого боится войти в вагон метро, опасаясь, что с ней может случиться рвота, что на нее при этом все будут смотреть и могут принять за пьяную. Себя характеризует как чрезвычайно нервную, обидчивую, раздражительную, плаксивую. В настоящее время переживает тяжелую драму личного характера. Считает себя очень несчастной, свою жизнь — разбитой. В результате частых рвот сильно истощилась физически, резко похудела, не может работать. Опасаясь возникновения рвоты, большую часть времени проводит дома, избегает выходить на улицу, появляться в общественных местах. Неоднократно обращалась к терапевтам, которые полностью исключили наличие какого-либо желудочно-кишечного заболевания.

Была направлена на консультацию к психиатру. Лечилась сеансами внушения в гипнозе. Во время сеансов — глубокое гипнотическое состояние. Всего было проведено 10 сеансов лечебного гипноза, из которых последние четыре были удлинены до I ¹/₃ часов. Содержание внушения: общее успокоение, исчезновение позыва на рвоту, отсутствие страха перед общественными видами транспорта. После первых двух удлинённых сеансов наступило заметное улучшение. После полного курса лечения больная окончательно освободилась от рвоты, стала свободно появляться в общественных местах, в метро. Наряду с этим, отмечала общее успокоение, меньшую раздражительность, хорошее самочувствие, полное восстановление работоспособности. Катамнестическое наблюдение, длившееся около года, обнаружило отсутствие рецидива перечисленных выше симптомов, однако в связи с личными неприятностями у больной отмечались отдельные обострения истерических реакций, как-то: повышенная плаксивость, раздражительность, несдержанность.

Приведенная выше история болезни также указывает на то, что при истерических нарушениях, в данном случае истерической рвоте, гипнотерапия является лечебным средством, эффективно устраняющим отдельные проявления истерии.

3. Больная К., 19 лет, обратилась с жалобами на то, что у нее после испуга, вызванного угрозой аварии, внезапно пропал голос. В течение нескольких месяцев не может произнести ни слова. Всякие попытки лечения у ото-ларингологов были безуспешны.

После восьми сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне наступило улучшение. Больная в гипнозе повторяла отдельные слова, произносимые врачом. После 12 сеансов было достигнуто полное возвращение голоса.

4. Больная Б., 23 лет, предъявляет жалобы на то, что после внезапной вспышки яркого света в темноте, сопровождавшейся очень сильным испугом, стала плохо видеть. Натывается на предметы, «все как будто в тумане, между окружающим и моими глазами— толстая пелена». Ранее слышала от одной знакомой, что можно ослепнуть, если в темноте внезапно увидеть яркий свет. Считает, что именно это и случилось с ней. Боится окончательно потерять зрение. Обращалась к офтальмологам, которые диагностировали у нее истерический амавроз и рекомендовали лечиться психотерапией. По характеру раздражительная, неуравновешенная, обидчивая. Часто конфликтует с соседями по квартире. Конфликты сопровождаются криком, плачем, иногда после таких ссор развивались припадочные состояния с судорогами и приступами удушья.

После четырех сеансов лечебного внушения в глубоком гипнотическом сне беспокоившие больную нарушения в зрении исчезли. Внушалось общее успокоение, необоснованность опасений потерять зрение, хорошая видимость.

5. Больная В., 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на то, что в последнее время после какой-нибудь неприятности или домашней ссоры у нее отнимаются руки и ноги и она теряет на некоторое время возможность стоять и ходить. По словам больной, ноги у нее становятся «как ватные, как не мои». По профессии больная — балерина. Приходя после такого состояния на репетицию, не может танцевать. Очень тяжело переживает все это, постоянно плачет, жалуется на спазмы в горле, удушье. Подобные состояния имели место и раньше, но никогда не отличались такой силой. К врачам не обращалась. В настоящее время чувствует, что совершенно теряет работоспособность, и поэтому решила лечиться.

Начато лечение внушением в гипнозе. После шести сеансов отмечается заметное улучшение. Полное освобождение от болезненных ощущений наступило после 12 сеансов. Двухлетнее наблюдение за больной указывает на сохранение удовлетворительного состояния. Временами отмечаются обострения, которые снимаются одним-двумя сеансами.

Хорошие результаты гипнотерапия дает и при жалобах соматического характера, которые часто предъявляют больные, страдающие истерией. Весьма типична следующая история болезни.

6. Больная А., 36 лет, обратилась к врачу с жалобами на неприятные ощущения и боли в области сердца. Подробно описывает свои болезненные ощущения. Чувствует, как сердце у нее «холодеет», «немеет», «перестает биться» или, наоборот, бьется чересчур учащенно. Кроме того, предъявляет жалобы на спазмы в горле,

тошноту, покалывание в руках и ногах, мурашки по всему телу, потерю чувствительности в правой половине головы. В связи с постоянными неприятными ощущениями в области сердца развился страх внезапной смерти, боится ходить по улицам одна, ищет себе провожатых. В прошлом частые волнения и расстройств по различным незначительным поводам, сопровождающиеся приступами удушья, плаксивостью, покраснением лица, дрожанием рук и ног. Последние полгода все неприятные ощущения локализовались главным образом в области сердца — чувствует, как ей «обжигает» сердце, при этом начинает кружиться голова, «под ложечкой стоит комок», в горле «ощущает колотье», «руки и ноги холодеют». После первых же сеансов гипнотерапии отметила улучшение. Неприятные ощущения в области сердца исчезли. Однако мысль о внезапной смерти продолжала преследовать больную. На приемы к врачу приходила с сопровождающим. После восьми сеансов стала приходить одна. Жалобы смягчились, больная отметила значительное улучшение. Через 2 месяца обратилась повторно, в связи с ухудшением. Проведено еще шесть сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне. Степень глубины гипноза может быть отнесена к гипотаксии. Внушалось общее успокоение, отсутствие какого-либо серьезного сердечного или иного заболевания, возможность совершенно самостоятельно, не подвергаясь риску, ходить одной, без провожатых. В результате проведенного курса лечения наступило заметное улучшение, которое катамнестически прослежено более года.

Существенное значение приобретает гипнотерапия при так называемых реактивных состояниях, особенно часто развивающихся у лиц, предрасположенных к истерии. В таких случаях иногда удается полностью устранить возникшее в результате нервного потрясения психопатологическое состояние или в значительной степени смягчить остроту его. Вот некоторые из относящихся сюда примеров.

7. Больная З., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на тяжелую ситуацию, сложившуюся в связи с уходом мужа. Очень тяжело переживала этот разрыв. Резкое ухудшение в состоянии здоровья отметила несколько дней назад, после свидания с мужем, во время которого с ней случился истерический припадок. Больная кричала, плакала, бросала вещи. Обратилась к врачу, так как боялась кончить жизнь самоубийством.

Четыре сеанса внушения в гипнотическом состоянии принесли заметное улучшение. Перестала думать о самоубийстве, заявила, что спокойнее смотрит на происшедшее, понимает, что должна жить для сына, проявляет интерес к его учебным делам, хочет устроиться на работу. Во время сеансов лечебного внушения основное внимание обращалось на развитие здоровых устремлений, связанных с заботой по воспитанию сына и с проявлением интереса к самостоятельной трудовой деятельности.

8. Больная Б., 46 лет, год назад у больной внезапно скончался муж, в результате чего у нее развилось тяжелейшее депрессивное

состояние. Вольная подавлена, угнетена, лишилась сна и аппетита. Появились постоянные мысли о смерти. По ночам в галлюцинаторных переживаниях видит умершего мужа. Ей кажется, что он входит в комнату, она слышит его голос, разговаривает с ним. В таком состоянии обратилась к психотерапевту. Из анамнеза удается установить повышенную эгоцентричность, вспыльчивость, несдержанность, при ссорах — плаксивость, иногда спазмы в горле, приступы удушья, частые конфликты с мужем. Известие об его смерти перенесла очень тяжело — «была целые сутки без сознания».

В результате проведенного курса лечения, состоявшего из психотерапевтических бесед и сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне, в состоянии больной наступило некоторое улучшение. Наладился сон, галлюцинаторные переживания исчезли, однако настроение продолжало оставаться подавленным.

Весьма демонстративен случай, приведенный в книге К. И. Платонова «Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова». Приводим его полностью:

9. Больная 20 лет. Была испугана напавшей на нее собакой. В период острого переживания всплывает воспоминание о слышанном когда-то разговоре, будто укушенные собакой начинают лаять. У больной развивается неодолимое желание лаять, переходящее в дальнейшем в действительный лай, заставивший ее безвыходно в течение месяца сидеть дома и отказаться от общения с людьми. Соответствующие убеждения оказались безрезультатными. Лишь после четырех сеансов гипноза удалось устранить это тягостное состояние. Результат лечения подтвержден 22-летним наблюдением.

Приведенными примерами, естественно, не исчерпывается многообразие всевозможных проявлений истерических реакций, при которых лечебное внушение в гипнотическом состоянии может принести существенную помощь. Однако изложенные случаи наиболее типичны из встречающихся на психотерапевтическом приеме при работе с лицами, страдающими истерией.

Прочно вошло в психотерапевтическую практику применение лечебного внушения в гипнозе при различных навязчивых состояниях, характерных главным образом для психастении и энцефалита, хотя именно при этих видах расстройств эффект гипнотерапии наименее существен. Несмотря на это, от гипнотерапии в таких случаях отказываться не следует, во-первых, потому, что иногда она приносит больному известное облегчение и, во-вторых, за неимением других каких-либо более эффективных средств к лечению навязчивых состояний.

Приведем несколько примеров наиболее удачных в отношении терапевтического эффекта.

9!

10. Больная Б., 35 лет, обратилась с жалобами на навязчивые страхи острых и колющих предметов, преследующие ее всю жизнь. Детство прошло в тяжелых условиях. Девочка рано потеряла отца, воспитывалась строгим отчимом. В возрасте 25 лет после неудачного аборта стала подозревать у себя рак матки и, несмотря на то, что специалисты категорически отрицали это заболевание, продолжала считать себя тяжело больной. Постепенно стало развиваться состояние повышенной мнительности. Боялась чем-нибудь заразиться, причинить себе вред. Не могла спокойно держать в руках острые и колющие предметы: ножи, вилки, бритвы; появлялась навязчивая мысль о необходимости нанести себе повреждения. В 1947 г. кто-то сказал больной, что от нее пахнет л'адайм. Это ее очень испугало и она решила, что скоро умрет. Мысль о смерти не покидала ее. Несколько позднее больная стала бояться, что сойдет с ума. В это время услышала об одном случае самоповешения, после чего ей стало казаться, что она непременно сойдет с ума и повесится. Не могла смотреть на веревку, постоянно испытывала навязчивое желание набросить на шею петлю и затянуть ее. Несмотря на все эти переживания, больная успешно работает, удачно вышла замуж, имеет десятилетнего сына, занята его воспитанием. В сентябре 1949 г. за месяц до обращения к врачу вышеперечисленные страхи настолько усилились, что лишили ее аппетита, сна и работоспособности. Следует отметить, что с начала заболевания больная неоднократно обращалась, особенно в периоды обострения своего болезненного состояния, к психотерапевтам. Лечилась внушением и каждый раз получала некоторое облегчение. В последний раз обращалась к врачу в октябре 1949 г.

С диагнозом невроза навязчивых состояний была назначена на гипнотерапию. Во время сеансов лечебного внушения, длившихся 20 минут, отмечалось состояние легкой дремоты, сопровождавшееся расслабленностью мышц и ощущением приятного покоя. Внушение было направлено на необоснованность и прекращение упомянутых страхов. После 12 сеансов заметного улучшения не наступило. Сеансы были удлинены до 1—1,5 часов, причем содержание внушения оставалось тем же; после первого же такого внушения была отмечена более глубокая дремота и некоторое улучшение в состоянии. Последующие три сеанса значительно смягчили болезненные переживания. Сон улучшился, появился аппетит. Катамнестическое наблюдение в течение года указывает на удовлетворительное состояние, значительное уменьшение навязчивых страхов, хороший аппетит.

Некоторого улучшения удалось достигнуть при почти аналогичном состоянии у другого больного.

11. Больной Г., 55 лет, предъявляет жалобы на навязчивый страх высоты, мостов, движущегося транспорта. По словам больного, подобные страхи владеют им уже более 30 лет. Особенно мучительным является страх поездов. Не может подходить близко к поезду, так как при этом возникает непреодолимое желание броситься под колеса. Из-за подобных переживаний совершенно лишился возможности пользоваться железнодорожным транспортом. Острый приступ страха возникает при одном звуке паровозного гудка. Аналогичные болезненные состояния заставляют больного

избегать высоты. Он боится ходить по мосту: появляется непреодолимое желание броситься в воду. Не переносит открытых площадей, широких улиц. По поводу этих состояний многократно лечился у видных психиатров и психотерапевтов. После лечебных бесед с врачами и сеансов внушения испытывал некоторое облегчение. В целом рассматривает свое состояние мало изменившимся на протяжении всей жизни. Однако считает лечение у психотерапевтов целесообразным, так как «оно все же дает некоторое успокоение, а без лечения состояние становится совершенно непереносимым, появляются мысли о самоубийстве».

В результате проведенного курса лечебного внушения в гипнотическом состоянии, не превышающем уровня легкой сонливости, наступило некоторое улучшение. Больной перестал думать о смерти и приступил к прерванной работе.

Известные сдвиги в картине болезненного состояния может принести гипнотерапия при навязчивых состояниях, возникших в качестве остаточных явлений после перенесенного энцефалита. Здесь также речь может идти не столько о полном устранении навязчивости, сколько об известном смягчении болезненных переживаний, иногда настолько помогающем больному, что оно оправдывает применение лечебного внушения.

Следующая история болезни иллюстрирует вышесказанное.

12. Больной Р., 24 лет. В раннем детстве перенес почти все детские инфекции. Учился всегда хорошо. Во время войны находился в тяжелых жизненных условиях. В 1943 г. болел бронхаденитом. Весной 1951 г. очень утомлялся при учебе: приходилось заниматься по 12—14 часов в день. Выходя из лаборатории, испытывал головокружения. Весной 1952 г. перенес грипп, после которого расстроился сон. Больной стал тревожен, появился беспричинный навязчивый страх сойти с ума. Стал читать книги по психиатрии для того, чтобы понять, чем он болен. В это время обратился к невропатологу, который диагностировал у него гриппозный энцефалит и назначил лечение пенициллином. В июле 1952 г. вторичная гриппозная инфекция, сопровождавшаяся высокой температурой. С первых же дней заболевания была применена массивная пенициллинотерапия, которая дала быстрый терапевтический эффект. В конце июля 1952 г. обратился к психотерапевту по поводу сильно беспокоивших его навязчивых мыслей: боязнь выброситься из открытого окна, страх внезапной смерти, сильный страх сойти с ума, заболеть шизофренией. Врач, к которому он обратился, провел ему 11 сеансов гексеналового наркогипноза, что, по словам больного, дало очень хороший результат. Явления навязчивости уменьшились, настроение поднялось, стал понимать, что шизофренией не болен. С осени 1952 г. начал успешно заниматься на V курсе вуза и весной 1953 г. с отличной оценкой защитил диплом. В начале июня 1953 г. обратился к нам по поводу ухудшения в своем состоянии. Опять начали сильно беспокоить навязчивые мысли, особенно мысль о том, что он может против

своей воли выброситься из окна, вновь появился страх сойти с ума, заболеть шизофренией. В это время больному предстояла сдача государственных экзаменов. У него появилось неверие в свои силы, он считал, что экзаменов сдать не сможет. Упорно жаловался на полную потерю работоспособности, бессонницу, головные боли, подавленное и угнетенное настроение.

В течение июня 1953 г. больному было проведено 8 сеансов лечебного внушения в гипнозе, глубина которого не превышала легкой сонливости. После первого же сеанса наступило улучшение. В дальнейшем больной отмечал уменьшение навязчивых мыслей, общее успокоение, улучшение сна. Много и продуктивно занимался. Государственные экзамены сдал с отличной оценкой и уехал отдыхать на курорт.

Невысокую степень лечебного эффекта приходится отметить при типичных психастенических болезненных сомнениях и колебаниях. Навязчивые стремления к постоянному счету, проверка правильности собственных действий, навязчивая потребность прикосновения к определенным предметам, к совершению ритуальных движений и тому подобная психастеническая симптоматика проходит редко. Тем не менее и в этих случаях можно рекомендовать проведение лечебного внушения в гипнотическом сне, так как иногда, хотя и не принося радикального улучшения, последнее все же несколько смягчает болезненную симптоматику и облегчает тяжелое состояние больного.

Иногда несколько лучшие результаты достигаются при применении гипнотерапии для лечения навязчивых страхов, возникших у соматических больных, и таких навязчивостей, как канцерофобия, сифилофобия и т. д.

Ниже приводятся соответствующие истории болезни.

13. Больной С, 43 лет. Диагноз: навязчивый страх смерти у соматического больного. Рос и развивался правильно. В 8 лет получил травму головы, сопровождавшуюся потерей сознания. В 1944 г. получил легкую контузию. В январе 1950 г. перенес инфаркт миокарда. Два месяца лежал в больнице, затем был выписан с разрешением приступить к работе. После болезни развилась повышенная мнительность. Постоянно пребывает в страхе за свое сердце, прислушивается к его биению, считает пульс. Стал бояться один выходить на улицу. Особенно его пугают пустынные переулки, где мало прохожих: охватывает страх, что он упадет, что с ним будет плохо и ему не успеют оказать своевременной помощи. Все время боится упасть и внезапно умереть. К работе не приступает, хотя наблюдающие его врачи-терапевты настаивают на этом. В таком состоянии был направлен на консультацию к психиатру. Начата гипнотерапия.

После шести сеансов лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне (час-полтора) отмечает заметное улучшение в св-

стоянии. Приступил к работе, самостоятельно ходит по улицам Годовой катамнез указывает на сохранение работоспособности и удовлетворительное состояние больного.

14. Больной В., 38 лет, обратился с жалобами на навязчивый страх возможности возникновения раковой опухоли. Характеризует себя как чрезвычайно мнительного человека. Всегда боялся заражения, инфекции. Постоянно испытывает потребность мыть руки. Десять лет назад испытывал навязчивый страх заболеть сифилисом, в настоящее время все мысли направлены на то, что он болей раковой опухолью. Многократно обращался к терапевтам с просьбой подвергнуть его соответствующим исследованиям для того, чтобы доказать ложность его подозрений.

В результате проведенного курса лечения из 14 сеансов внушения наступило улучшение в состоянии. Больной перестал постоянно фиксировать внимание на возможности ракового заболевания.

На почве повышенной мнительности и психастенических черт характера при соответствующих специальностях иногда развиваются так называемые профессиональные неврозы, носящие также характер навязчивых страхов.

15. Больной Х., 20 лет, студент консерватории. Обратился с жалобами на навязчивый страх потери голоса, который охватывает его во время выступлений перед публикой. При пении в классе или дома никаких затруднений не отмечает, но как только выходит на сцену, чувствует спазмы в горле, не может петь. По характеру мнительный, впечатлительный, склонный к навязчивостям. После 6 сеансов лечебного внушения — улучшение, прослеженное более года. За это время часто выступал в концертах, вышеописанные болезненные явления больше не беспокоили.

Существенную помощь может оказать гипнотерапия при лечении различного рода невротических реакций и расстройств. Одно из видных мест здесь принадлежит лечению нарушений сна. Типичным примером такого вида расстройств может служить следующая история болезни.

16. Больная М., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на то, что за последние месяцы у нее совершенно расстроился сон, по ночам не может заснуть. Ложась спать, тревожится, что не заснет. Постоянно думает о своей бессоннице, чувствует себя очень утомленной, усталой, измученной. По характеру впечатлительная, обидчивая, неуравновешенная. Последние годы очень много работала, сильно переутомлялась, давно не отдыхала. Все это сказалось на общем самочувствии. Больная стала раздражительной, часто по незначительному поводу плакала, очень болезненно реагировала на малейшие замечания по работе и в семье. Стали беспокоить головные боли, головокружения. Начала отмечать повышенную утомляемость, пониженную работоспособность. Вскоре ко всем этим болезненным явлениям присоединилась бессонница, которая стала особенно мучить больную. Постоянно пребывает в страхе,

что опять не сможет заснуть и будет себя чувствовать усталой и разбитой на работе. Весь круг жизненных интересов фиксирован только на этих переживаниях. Ложась спать, анализирует свое состояние. «Стараюсь заставить себя заснуть, но ничего не помогает. Чем больше думаю о том, чтобы заснуть, тем труднее мне заснуть. Однако отделаться от этих мыслей не могу. Целый день хожу усталая, разбитая, а приближения ночи боюсь, как источника тяжелейших мучений», — говорит больная. Неоднократно прибегала к различным снотворным, но по утрам, после применения их, чувствовала общую разбитость, слабость, головные боли.

Больной был проведен курс гипнотерапии из 15 сеансов, во время которых отмечалось выраженное гипнотическое состояние, доходившее до стадии гипотаксии. Проводилось лечебное внушение следующего содержания: «Ваша бессонница не есть результат какого-нибудь тяжелого заболевания, которого вы опасаетесь. После проведенного курса лечения будете хорошо спать. Ложитесь спать каждый день в определенное время. Не думайте о том, что вы не заснете, и сон придет сам собой. Вы должны хорошо спать и будете хорошо спать. Головные боли, раздражительность пройдут, как только у вас наладится сон. Не анализируйте свое состояние, не разбирайтесь в нем, не думайте о нем, не говорите о своей бессоннице. Она пройдет, вы будете хорошо спать». В результате такого курса лечения, при котором некоторые сеансы продолжались до 1—1/2 часов, больная поправилась, расстройства сна исчезли. Катамнестическое наблюдение свыше 2 лет указывает на хорошее состояние.

Изложенное наблюдение можно расценивать как проявление определенного невроза ожидания. Больная зафиксировалась на своих расстройствах она, постоянно думала о них, ложилась ночью спать, беспокоясь о том, что она опять может не заснуть, при этом наблюдала за изменением своего состояния, напрягала свои мысли в направлении того, чтобы заснуть, и в результате только ухудшала свое состояние и затрудняла процесс нормального развития сна. Естественно, что в таком положении следовало в гипнотическом состоянии постараться заставить больную обращать как можно (меньше внимания на эту болезненную сторону, заставляя ее забыть связанные с бессонницей мысли, и тогда болезненное ожидание оставляло больную, и она погружалась в сон, который восстанавливал ее силы и нормализовал ее нервную динамику.

Существенную помощь принесла гипнотерапия и при лечении следующего больного.

17. Больной М., 27 лет, обратился с жалобами на беспричинные головные боли, которые беспокоят его с 24-летнего возраста, состояние апатии и пониженной работоспособности. Из анамнеза известно, что больной рос и развивался нормально. С 1941 по

1945 г. был на фронте в артиллерийских частях. Ранений и контузий не имел. По демобилизации поступил в институт, где ему приходилось много и напряженно работать. Больному было проведено три сеанса лечебного внушения в гипнотическом сне по 20 минут каждый. Глубина гипнотического состояния доходила до сомнамбулической фазы. Внушалось полное освобождение от головных болей, бодрое и хорошее самочувствие. В результате трех сеансов наступило полное выздоровление. Четырехлетний катамнез указывает на хорошее состояние. За это время больной успешно окончил институт. Работает по специальности.

Следующее наблюдение может иллюстрировать хорошие результаты, которых иногда удается достигнуть при применении гипнотерапии для лечения так называемого писчего спазма.

18. Больной К-, 48 лет, обратился с жалобами на затруднения при письме. По характеру тревожный, мнительный. В жизненных трудностях нерешительный. Часто испытывал различные страхи. Из истории настоящего заболевания известно, что больному по характеру его служебных обязанностей очень много приходилось писать. 20 лет назад у него развился писчий спазм в правой руке. Тогда он начал писать левой рукой. За последние несколько месяцев стал отмечать некоторое затруднение при писании левой рукой; постепенно развились такие же расстройства, которые он наблюдал 20 лет назад, когда начал терять возможность писать правой рукой. Никак не может правильно удержать 3 пальцах ручку. Едва только напишет несколько слов, как ручка начинает «как-то выпадать, выкручиваться из пальцев»; больной фиксирует на этом свое внимание, пытается помочь себе другой рукой, перехватить ручку, удержать ее в правильном положении, и от этого совершенно теряет возможность продолжать писать. Больной очень обеспокоен, говорит, что если не сможет писать левой рукой, то потеряет трудоспособность. Слышал о том, что подобные заболевания лечат гипнозом, очень верит в то, что гипноз ему поможет, хочет лечиться. Было проведено восемь сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне. Степень глубины гипноза не превышала стадии сонливости. Перед началом каждого сеанса больному давалось задание писать в присутствии врача, причем проводилось внушение в состоянии бодрствования о том, что писать ему стало легче, что он пишет лучше. После этого больной погружался в гипнотическое состояние, в котором продолжалось то же внушение. Кроме того, больному внушалось, что он не будет больше беспокоиться по поводу затруднений при письме, не будет думать об этом, волноваться и фиксировать внимание на своем состоянии. После проведенного курса лечения больной отметил значительное улучшение. Писать стало легче, исчезли беспокойство и страх потерять возможность писать.

Довольно широкое применение находит гипнотерапия при лечении ночного недержания мочи. Типичной для этого вида расстройств нам представляется история болезни следующего больного.

7 Гипноз

19. Больной Б., 20 лет, поступил в психиатрический стационар с жалобами на расстройство мочеиспускания, выражающееся в ночном недержании мочи. Из анамнеза известно, что больной приехал в Москву несколько месяцев назад и поступил в институт, в общежитии которого и было обращено внимание на это расстройство. До этого времени ни больной, ни его семья не обращали должного внимания на имевшие место единичные случаи ночного недержания мочи, объясняя их «чересчур глубоким сном». Попав в студенческую среду, стал очень тяготиться своим недугом, фиксировал на нем внимание. Случаи ночного недержания мочи участились. Консультировался у невропатологов и урологов. Органических нарушений со стороны мочеполового аппарата обнаружено не было. Больному рекомендовали обратиться в психоневрологическое учреждение для лечения психотерапией.

На протяжении 2 месяцев пребывания в стационаре больному было проведено свыше 20 сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне. Гипнотическое состояние развивалось скоро и доходило до стадии гипотаксии. Внушалось пробуждение среди ночи на позыв к мочеиспусканию. Помимо этого, была проведена большая психотерапевтическая работа, направленная на выработку рефлекса на пробуждение. Больному было объяснено, что его заболевание не есть результат какого-нибудь тяжелого неизлечимого страдания или физической неполноценности и что оно возникло в результате недостаточного внимания, которое уделяли родители больного его развитию в раннем возрасте. В силу этого явления ночного недержания зафиксировались. Больному было предложено выработать в себе привычку не пить на ночь и обязательно мочиться перед сном. В систему лечебных мероприятий было введено использование моментов самовнушения: больному предлагалось, ложась спать, не-сколько раз повторить фразу: «При желании мочиться немедленно проснись». Сеансы лечебного внушения в гипнотическом сне продолжались от получаса до часу. В результате вышеперечисленных лечебных мероприятий наступило заметное улучшение. Больной вначале отмечал удлинение промежутков между срывами, т. е. теми ночами, когда у него проявлялось недержание мочи. Так, если до лечения недержание происходило почти каждую ночь, иногда через ночь, то в начале лечения такие факты стали иметь место через три-четыре ночи, потом через неделю, полторы-две. Выписался с полной уверенностью, что окончательно освободился от своего недуга. Вскоре больной переехал в другой город. Ввиду этого длительный катамнез его неизвестен.

Существенную помощь может оказать гипнотерапия при лечении некоторых видов речевых расстройств. Сюда надо отнести те формы логоневрозов, при которых в основе речевых расстройств, чаще всего проявляющихся в форме заикания, лежат различные психогенные моменты, в первую очередь испуг, перенесенный в раннем детстве. В дальнейшем такие больные в ответственной и напряженной ситуации, как, например, при устном ответе на экзамене, при публичном выступлении, при чтении доклада, начинают заикаться или совершенно теряют

возможность говорить. Впоследствии у них обычно развивается страх перед подобными выступлениями, они уже заранее настраивают себя на то, что не смогут спокойно говорить, отчего болезненные состояния, естественно, только усиливаются. При разговоре с родными, с товарищами такие больные, как правило, не обнаруживают дефектов речи.

Примером может служить следующий больной.

20. Больной Л., 16 лет, ученик 8-го класса. Жалобы на заикание при устных ответах в школе. Не может отвечать с места, особенно трудно давать устные ответы во время экзаменов.

Из анамнеза известно, что рос и развивался правильно, в школу поступил в возрасте 8 лет. Учится хорошо. По характеру застенчивый, замкнутый. Заикаться начал с шестилетнего возраста, когда попал под бомбежку и сильно испугался. Особенно трудно бывает говорить при большом скоплении людей или в те моменты, когда он вынужден говорить, например, при ответах в школе, в магазине и тому подобных общественных местах. С родными и товарищами говорит без затруднений.

В результате проведенных десяти сеансов лечебного внушения отмечалось значительное улучшение состояния. Хорошо сдал весенние экзамены, почти не заикался при устных ответах. Длительность сеансов лечебного внушения 15—20 минут. Во время сеансов находился в сомнамбулической стадии гипноза. По указанию врача, не заикаясь, читал стихотворения.

Иногда логоневроз возникает без каких-нибудь заметных и ощутимых для больного причин. Такие больные затрудняются ответить, с чего у них началось заикание или какой момент послужил его ■ первоначальной причиной.

21. Больная Ф., 25 лет, студентка медицинского института, обратилась к врачу с жалобами на заикание, которое беспокоит ее с трехлетнего возраста. Особенно трудно говорить при ответах на экзаменах, во время докладов, выступлений. Считает, что заикание возникло без всякой причины, каких-либо испугов или страхов отметить не может. Говорит, что ничего подобного ее родные не наблюдали. Во время волнения заикание усиливается. В начале войны, когда больная была эвакуирована и жила без родителей, заикание у нее совершенно прошло. Связывает это с тем, что ей приходилось обо всем думать самой, проявлять большую жизненную активность, чувствовать на себе большую ответственность. По возвращении из эвакуации поступила в медицинский институт; при ответах на экзаменах и во время опросов опять начала заикаться. В течение 2 лет лечилась у логопедов без особенного эффекта.

Больной было проведено шесть сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне, продолжительностью по 20—25 минут каждый. Глубина гипноза не превышала первой степени. Больная

7*

99

пребывала в легком дремотном состоянии, гипотаксия не отмечалась. В результате проделанного внушения наблюдалось некоторое улучшение в состоянии. Во время внушения использовались моменты, которыми можно было объяснить освобождение от заикания, наблюдавшееся у больной в период эвакуации. Больной внушалось, что она в скором времени закончит институт, пойдет на самостоятельную работу, отмечающиеся у нее нерешительность, неуверенность придут в столкновение с реальными жизненными задачами, предъявляемыми самостоятельной трудовой деятельности. Внушалось также, что в связи с этим исчезнут затруднения речи. В скором времени больная окончила институт и выехала на самостоятельную работу. Год спустя она прислала врачу следующее письмо: «Попав в обстановку, полную самостоятельности и ответственности за жизнь вверенных мне ребятишек, я стала чувствовать себя хозяином положения. Я стала тверда, уверена, подчас строга и требовательна, разговариваю хорошо. Иногда немного заикнусь, но не обращаю на это внимания. И никто, как мне кажется, этого не замечает».

Менее обнадеживающие результаты дает применение гипнотерапии при лечении различного рода нарушений в сексуальной сфере, куда могут быть отнесены половая слабость и различные перверсии. Здесь требуется длительная психотерапевтическая подготовка, предшествующая применению гипнотерапии. В случаях, когда дело идет о половой слабости, необходимо тщательное исследование больного для исключения каких-либо органических нарушений со стороны урогенитальной сферы и нервной системы. Более обнадеживающие результаты могут встретиться в тех случаях, где в основе возникшей слабости лежат какие-либо психогенные моменты: испуг, чрезмерное волнение, связанное с боязнью быть застигнутым во время полового акта, какие-либо превратные представления или суждения, услышанные больным о якобы пагубных последствиях полового сношения. Так, например, один наш больной сообщил нам, что половая слабость развилась у него после того, как он в возрасте 15 лет имел половое сношение, а позднее услышал от товарищей, что якобы половой акт в таком раннем возрасте обязательно приводит в дальнейшем к половому бессилию. Эти слова произвели на больного настолько сильное впечатление, что он постоянно пребывал в страхе по поводу того, что якобы погубил себя. При попытке к половому акту в более позднем возрасте находился в состоянии большого волнения и страха, что не сможет осуществить его, и половой акт не удавался. Таким больным после предварительного психотерапевтического разъ-

яснения необоснованности подобного рода страхов рекомендуется провести такое же разъяснение в гипнотическом состоянии. Необходимо разрядить фиксацию больного на своих болезненных переживаниях и внушать ему возможность совершения нормального полового акта. При лечении таких больных большое значение приобретает правильный режим и общеукрепляющие мероприятия (физиопроцедуры, особенно в форме гидротерапии, утрення гигиеническая гимнастика, элементы дозированной физической культуры и апорта, витаминотерапия).

Гипнотерапия при наркоманиях. Видное место занимает гипнотерапия при лечении наркоманий.

На первом месте здесь следует поставить лечебное внушение в гипнотическом сне, проводимое больным, страдающим хроническим алкоголизмом. Следует сразу отметить, что этот вид лечения среди других многочисленных средств, предложенных для лечения этого заболевания, занимает по праву одно из первых и ведущих мест. При продуманном и настойчивом применении, в тех случаях, когда врач индивидуально и тщательно изучает каждого своего больного, его индивидуальные особенности и болезненное состояние и вырабатывает соответственно с этим правильный подход к нему, гипнотерапия может дать очень высокий процент выздоровления. Особенно этот процент увеличивается в тех случаях, когда врач после проведенного курса лечения не порывает контакта со своим больным, продолжает интересоваться его дальнейшей судьбой, наблюдает за ним и время от времени проводит подкрепляющие сеансы лечебного гипноза. Существенное значение при этом, естественно, приобретает оздоравливающее влияние коллектива и труда, правильное отношение к больному со стороны семьи, особенно в период лечения. Это правильное отношение должно выражаться в создании вокруг больного соответствующей атмосферы, проникнутой убеждением в успешности проводимого лечения.

В своей монографии «Клиника и лечение наркоманий» И. В. Стрельчук, анализируя данные различных авторов (В. М. Бехтерев, И. Н. Введенский, К. И. Платонов, А. М. Рапопорт, А. Форель и др.), применявших гипноз для лечения хронического алкоголизма, говорит о том, что в ряде случаев процент успешного лечения может дости-

гать 40—90. Гипнотерапию страдающих алкоголизмом лучше всего начинать в условиях стационара, продолжая ее затем некоторое время амбулаторно после выписки больного. К хорошим результатам может приводить также и применение коллективного метода гипнотерапии наркоманов, предложенного В. М. Бехтеревым. Этот метод целесообразен в стационарах, специально предназначенных для лечения алкоголиков и особенно при амбулаторном их обслуживании, так как он , позволяет охватывать этим методом лечения одновременно большие группы- больных. Однако, применяя коллективную методику и используя ее положительные стороны и преимущества, как-то: повышенную степень внушаемости, обычно наблюдаемую при коллективном гипнозе, положительное влияние больных со здоровыми установками на менее стойких и целенаправленных больных, не следует упускать из виду индивидуальные особенности каждого больного, входящего в группу, а в ряде случаев необходимо с некоторыми больными провести дополнительно сеансы индивидуальной психо- и гипнотерапии.

Гипнотерапию лиц, страдающих алкоголизмом, естественно, следует проводить не изолированно от других методов лечения, а в сочетании с дезинтоксикационной общеукрепляющей терапией, физио- и гидролечением. Основной целью лечебных сеансов внушения в гипнотическом сне при алкоголизме является, во-первых, разъяснение больному огромного вреда, который наносит алкоголь его здоровью, семейному и общественному положению, и, во-вторых, вызывание физического отвращения к запаху и вкусу алкоголя для того, чтобы сделать последний невозможным к употреблению. В данном случае путем словесного внушения вырабатывается условнорефлектор-ная тошнота и рвота при ощущении вкуса и запаха алкогольного напитка. В зависимости от глубины и характера гипнотического состояния, в качестве подкрепляющих моментов здесь .могут быть использованы как галлюцинаторные внушенные ощущения запаха и вкуса алкоголя путем императивных заявлений со стороны врача: «Вы слышите запах водки», «Вы чувствуете во рту противный тошнотворный вкус водки» и т. п., так и реальное обонятельное и вкусовое раздражение при поднесении к носу и рту больного, находящегося в гипнотическом состоянии, алкогольного напитка.

Проведение лечебного внушения в гипнотическом сне в таких случаях облегчается еще я тем, что большинство людей, страдающих алкоголизмом, обладает хорошей степенью внушаемости, легко и быстро впадает в глубокое гипнотическое состояние.

Следующие истории болезни служат иллюстрацией некоторых особенностей гипнотерапии алкоголизма.

22. Больной П., 45 лет, стационарирован в психиатрическое учреждение по поводу злоупотребления спиртными напитками. Из анамнеза известно, что он злоупотребляет вином с 1946 г. Больной пил и до этого, но не чаще двух-трех раз в месяц. С 1946 г. пьет почти ежедневно. В общей сложности за день выпивает до 1 л водки. На следующий день после выпивки появляется непреодолимое влечение к вину. Галлюцинаторных переживаний нет. Бредовых идей не высказывает. Пришел в лечебное учреждение самостоятельно: очень хочет лечиться.

Больному был проведен курс гипнотерапии из 15 сеансов по 15—20 минут каждый. Во время сеансов — выраженное гипнотическое состояние. Внушалось отвращение к запаху и вкусу водки. Галлюцинаторных переживаний соответствующего вкуса и запаха при внушении достигнуть не удалось. Начиная с четвертого сеанса, больному, находившемуся в гипнотическом состоянии, подносилась к носу водка. При этом отмечалась гримаса отвращения. После сеанса больной заявлял, что испытывал чувство тошноты. Выписан в хорошем состоянии. Продолжал лечение амбулаторно. Было проведено еще 4 сеанса внушения — через неделю, 2 недели, месяц и 6 месяцев спустя после выписки. Катамнез свыше 2 лет указывает на хорошее состояние. Больной не пьет, влечения к алкоголю не испытывает.

23. Больной К-, 52 лет, предъявляет жалобы на непреодолимое влечение к вину. Пьет с 1942 г. Тяга к вину носит запойный характер. Пьет по 5—7 дней, не прекращая. В эти периоды очень мало ест, выпивает по 1—1,5 л водки в сутки. В 1946 г. перенес белую горячку, по поводу которой был стационарирован в психиатрическое учреждение. После выписки некоторое время не пил, затем опять начал пить. В настоящее время больного беспокоят кошмарные сновидения. Иногда в темноте видит какие-то «страшные фигуры».

Начата гипнотерапия. В первом же сеансе было вызвано глубокое гипнотическое состояние с катаlepsией. В последующих сеансах глубина гипнотического сна достигала стадии сомнамбулизма. Больному внушалось полное отвращение к водке, причем это внушение сопровождалось вызыванием галлюцинаторных переживаний в сфере вкуса и обоняния словами: «Вы чувствуете запах водки, вы ощущаете во рту противный вкус водки, я даю вам водку — вам противно, водка вызывает тошноту и рвоту, пить больше не будете». Во время этого внушения лицо больного выражало гримасу отвращения. Больной краснел, покрывался потом, начинались рвотные движения, сопровождавшиеся кашлем и обильным выделением слюны. По окончании сеанса больной заявлял о непереносимо отвратительном запахе водки, который вы-

зывает у него рвоту. Обычно после сеансов больной не мог сказать ни слова: сразу же по выведении из гипнотического состояния, закрывая рот платком, устремлялся в уборную, где у него происходила обильная рвота. Больному было проведено 30 сеансов гипнотерапии. К концу лечения при одном разговоре о водке в состоянии бодрствования испытывав тошноту, которая заканчивалась рвотой.

Катамнестическое наблюдение в течение года без повторных применений лечебного внушения указывает на хорошее состояние и полное воздержание от вина.

Иногда применение лечебного внушения в гипнозе может производить благоприятные сдвиги в общем состоянии и самочувствии лиц, страдающих тяжелым алкоголизмом, способствуя смягчению бредовых и галлюцинаторных переживаний. Примером могут служить следующие больные.

24. Больной К., 50 лет, поступил для стационарного лечения с жалобами на то, что последние годы постоянно мучается мыслью о том, что жена изменяет ему. Из анамнеза известно, что больной с 18-летнего возраста злоупотребляет вином, пьет запой ю, иногда по 4—5 дней подряд, выпивая в эти периоды большое количество водки. В просоночном состоянии часто видит, как кто-то укладывается с ним рядом на постель, иногда слышит оклики по имени. Со своей женой живет 30 лет, всегда отличался ревнивым характером. Последние годы, по словам жены, совместная жизнь с больным стала невыносимой: требует, чтобы она постоянно находилась при нем. Ревнует ее к товарищам сына. Не дает ходить одной в магазин, всюду сопровождает ее. Специально устроился работать дворником в доме, в котором проживает, для того, чтобы постоянно держать жену в поле зрения. Настроение подавленное, угнетенное. В отделении держится обособленно, мало общается с другими больными, погружен в свои болезненные переживания. Постоянно мучается мыслью о том, что жена использует его пребывание в больнице для того, чтобы изменять ему.

После проведения дезинтоксикационной терапии и общеукрепляющего лечения начата гипнотерапия. В течение первых четырех сеансов отмечалось неглубокое гипнотическое состояние. К проводимым сеансам больной относился безразлично, какого-либо улучшения или изменения в состоянии не отмечалось. В отделении продолжал держаться обособленно, был подавлен и угнетен. Пятый сеанс лечебного внушения был продолжен до часа. Больной погрузился в глубокое гипнотическое состояние, отмечалась спонтанная каталепсия. Содержание внушения было таким же, как и в предыдущих сеансах; внушалось общее успокоение, хорошее самочувствие и настроение, полное отвращение к вину, тошнота и рвота при ощущении вкуса и запаха водки, необоснованность и болезненность его ревности. После этого сеанса состояние больного заметно изменилось к лучшему. С большим нетерпением ожидал следующего сеанса, просил продолжать лечение, говорил, что испытал очень приятные ощущения общего успокоения и хорошего самочувствия во время внушения. В дальнейшем

было проведено еще 15 сеансов лечебного внушения в гипнозе продолжительностью каждый от 45 минут до часа. Содержание, внушения оставалось тем же. В состоянии больного за это время наступило резкое улучшение: в отделении стал общителен, охотно принимал участие в настольных играх, начал высказывать критическое отношение к своим бредовым переживаниям, особенно подчеркивал свое хорошее самочувствие, бодрое настроение. В таком состоянии был выписан. Через 2 месяца после выписки явился на амбулаторный прием к врачу вместе с женой, которая сообщила, что это время больной совершенно не пил, в отношениях с ней проявлял значительно меньшую подозрительность, фон настроения был хорошим. Однако за несколько дней до обращения к врачу больной опять начал упрекать жену в изменах, стал следить за ней. Амбулаторно было проведено 4 сеанса гипнотерапии, которые опять изменили состояние больного к лучшему: идеи ревности исчезли, полугодовой катамнез указывает на хорошее состояние.

25. Больной К., 44 лет, страдает хроническим алкогольным галлюцинозом. Злоупотребляет вином около 20 лет. Неоднократно стационарировался в психиатрические больницы по поводу неотступно преследующих его зрительных и слуховых галлюцинаторных переживаний. Последнее стационарирование в загородную психиатрическую больницу в 1950 г. Лечился апоморфином и трудотерапией. После выписки к вину прибегает редко. Каждый прием алкоголя, даже в небольших количествах, сопровождается выраженными расстройствами сна, массовым наплывом зрительных галлюцинаций неприятного содержания: видит крыс, пауков, змей, чертей, какие-то угрожающие фигуры. Иногда галлюцинаторные переживания бывают и днем: вдруг видит, как мимо него пробегает крыса или пролетает насекомое. Стал очень суеверен. Надел на себя крест для «изгнания нечистого». В беседе с врачом выявляет критическое отношение к подобным мыслям, склонен иронизировать над собой, но тут же добавляет, что когда галлюцинации его посещают, то он испытывает такой страх и такие неприятные ощущения, что готов поверить во все, лишь бы от них избавиться.

В течение 4 месяцев больной лечился сеансами лечебного внушения в гипнозе, проводившимися на амбулаторном приеме. Гипнотическое состояние не бывало глубоким, в отдельных случаях отмечалась гипотаксия, но в общем глубина гипнотического сна не превышала первой стадии — стадии сонливости. Продолжительность сеансов была около получаса. Перерывы между некоторыми сеансами иногда достигали 2—3 недель, иногда сеансы проводились 2—3 раза в неделю. Внушалось отвращение к вину, необходимость совершенно отказаться от употребления спиртных напитков, даже в самых небольших количествах, общее успокоение, хороший сон. В периоды лечения больной отмечал улучшение самочувствия, вина не пил, галлюцинаторные переживания носили единичный характер. Неоднократно заявлял врачу о своем хорошем состоянии как во время сеанса внушения, так и после него. Длительные перерывы между сеансами приводили к ухудшению состояния.

Катамнестическое наблюдение в течение полугода показывает удовлетворительное состояние, уменьшение интенсивности галлюцинаторных переживаний, полный отказ от вина.

8* Гипноз

В некоторых случаях во время гипнотического состояния даже после многократных сеансов с подкреплением внушения вкусом и запахом водки не удается вызвать у страдающих алкоголизмом ощущения тошноты и рвоты. В таких случаях нам представляется целесообразным чередовать сеансы лечебного внушения в гипнозе с методикой условнорефлекторного лечения апоморфином. Такая комбинация находит оправдание и потому, что некоторые больные отличаются повышенной чувствительностью к апоморфину и применение полного курса .апоморфина (15—20 сеансов) переносят очень тяжело. При комбинации же гипнотерапии с апоморфинным лечением иногда бывает вполне достаточно 3—4 инъекций апоморфина для последующего возникновения тошнотно-рвотной реакции в гипнозе. Иллюстрацией сказанного выше может служить следующая история болезни.

26. Больной Т., 42 лет, поступил с жалобами на болезненное влечение к вину. Злоупотребляет вином более 10 лет, особенно сильно последние годы. Пьет почти ежедневно до 1 л водки. На другой день испытывает непреодолимое стремление опохмелиться. Галлюцинаторные переживания отрицает. Последнее время замечает, что на улице и в общественных местах к нему как-то «подозрительно» присматриваются окружающие, видимо «знают», что он алкоголик, смеются над ним, «презирают» его. Ввиду этого избегает общественных мест, не ходит в кино, старается как можно меньше пользоваться городским транспортом. На лечение по ступил впервые. Была начата гипнотерапия, которая, хотя проходила при выраженном гипнотическом состоянии, доходившем до второй стадии гипноза, заметных сдвигов в состоянии не давала. Больной отмечал приятное ощущение во время внушения, некоторое общее улучшение самочувствия, хороший сон. Содержание внушения в основном было направлено на то, чтобы вызвать отвращение к запаху и вкусу водки. Несмотря на проведение 12 сеансов гипнотерапии, подкреплявшихся дачей запаха и вкуса водки, никакого отвращения, тошноты и рвоты последняя у больного не вызывала. Галлюцинаторный запах и вкус водки в гипнозе вызвать не удалось. Тогда больному была проведена троекратно, через день, инъекция 0,5 см³ 0,5% раствора апоморфина. Через 6—8 минут после инъекции у больного начиналось ощущение тошноты. Тогда ему предлагали выпить 20—30 см³ водки, и одновременно врач проводил внушение больному такого же содержания, как и во время гипнотических сеансов: «Запах и вкус водки противны, они вызывают тошноту и рвоту. Начинается рвота. Пить водку больше никогда не будете. Теперь, после лечения, как только почувствуете вкус водки во рту, начнется рвота». Эти слова обычно сопровождалось начинающейся у больного рвотой. После 3 таких инъекции больному в тех же условиях было введено 0,5 см³ физиологического раствора, в сопровождении вышеописанного внушения и да-

чи такого же количества водки. Через 7 минут наступила рвота. На следующий день больному было проведено лечебное внушение в гипнотическом состоянии. При первом же упоминании о запахе и вкусе водки отмечалась выраженная вегетативная реакция. Больной покраснел, покрылся потом, лицо его выражало гримасу отвращения, появилось обильное слюноотделение и рвотные движения. Будучи выведен из гипнотического состояния, заявил, что он ощущал противный запах и вкус водки, чувствовал тошноту и позыв на рвоту. Аналогичное состояние отмечалось и в последующих пяти сеансах гипнотерапии. После этого одно только напоминание и разговор о водке, а также вкус и запах ее вызывали сильную тошноту и позывы на рвоту. В таком состоянии больной был выписан. Почти годовой катамнез указывает на хорошее самочувствие, больной не пьет.

К хорошим результатам приводит гипнотерапия курения. Иногда, помимо желания оставить курить, обратиться к врачу за помощью заставляет какое-нибудь заболевание, которое совершенно несовместимо с курением, обостряется от него и мучает больного. К таким заболеваниям можно отнести бронхиальную астму, язву желудка, различные заболевания органов дыхания и ряд других.

В этих случаях больной, не имея возможности сам оставить курение, попадает в очень тяжелое положение, так как лечащие врачи категорически запрещают ему курение, а он не в состоянии этого выполнить. Отучить такого больного от курения часто значит помочь ему и в основном, иногда тяжелом заболевании.

27. Больная Г., 47 лет, обратилась к психотерапевту с настоятельной просьбой отучить ее от курения, так как последнее чрезвычайно тягостно сказывается на ее здоровье. Из анамнеза известно, что больная росла и развивалась правильно. В 11-летнем возрасте перенесла острый суставной ревматизм, в дальнейшем периодически бывали обострения, особенно зимой. Обострения сопровождалось подъемом температуры, припуханием суставов. Лечилась грязями в различных санаториях. В 1920 г. перенесла сыпной тиф в тяжелой форме, длительное время находилась в бессознательном состоянии. Дважды получила травму головы: один раз в результате удара головой о стол с потерей сознания, другой раз вследствие падения с лошади. Часто болела ангиной. По характеру общительная, мнительная. С 1937 г. в результате семейных неприятностей, по словам больной, сделалась очень нервной, раздражительной, часто плакала, хотела выброситься в окно, бывали «сердечные припадки и бессознательные состояния», лечилась в санатории для нервнобольных, отмечала улучшение. С 1949 г. очень тяжело переживает разлуку с дочерью, тоскует по ней, по выражению больной, не находит себе места. Курит с 27 лет. За последние годы, особенно после операции по поводу аппендицита, стала очень тяготиться этой привычкой. Терапевты диагностирова-

8**

L07

ли у нее порок сердца, эмфизему легких и запретили курение. По словам больной, несколько лет назад страдала бронхиальной астмой, вследствие чего не переносят морозов, которую вызывают у нее сильные приступы удушья.

Больной был проведен сеанс лечебного внушения в гипнотическом состоянии продолжительностью 20 минут. В начале сеанса больной было предложено фиксировать свой взор на кончике перкуссионного молоточка. Одновременно внушался сон. Через 15—20 секунд после начала фиксации наступило глубокое гипнотическое состояние. Внушалось общее успокоение, необходимость бросить курить, отвращение к курению, тошнота и рвота при ощущении табачного дыма во рту. После сеанса больная отмечала расслабление, хотелось спать. Явилась к врачу через 3 дня в очень хорошем настроении, бросила курить. Желая испытать «силу внушения», взяла в рот папиросу. При этом почувствовала спазмы в горле, появилась тошнота, заболела голова, не была в состоянии сделать ни одной затяжки. Для закрепления достигнутого результата был проведен еще один сеанс гипноза продолжительностью 20 минут. Во время сеанса глубина гипнотического состояния достигала сомнамбулической фазы. Через неделю больная уехала к дочери. Явилась к врачу после возвращения через 6 месяцев. Самочувствие очень хорошее, совершенно не курит. Однажды, три месяца спустя после лечения, закурила по предложению знакомых, которым рассказала о своем лечении гипнозом, папиросу в целях проверить свое состояние. При первых же затяжках почувствовала головокружение и тошноту, ощущение недостатка воздуха — удушье, курить больше не могла и не хотела. Состояние тошноты беспокоило после этого в течение нескольких дней, особенно, когда мимо проходил человек, куривший папиросу. Катам-нез свыше 2 лет указывает на очень хорошее состояние. Больная не курит. Значительно прибавила в весе, стала менее раздражительна.

28. Больной Г., 50 лет, курит с 16-летнего возраста. Обратился к врачу с просьбой заставить его бросить курить, так как в последние годы очень плохо себя чувствует, стал раздражительным, сильно похудел, беспокоит кашель и головные боли. Все эти расстройства связывает с курением. Неоднократно пытался бросить курить, но всегда безуспешно: через несколько дней, иногда неделю-полторы вновь начинал курить. Больному проведен один сеанс гипнотерапии длительностью 20 минут. Отмечалось выраженное гипнотическое состояние с гипотаксией. Внушалось отвращение к вкусу и запаху табака. Выведенный из гипнотического состояния, больной отметил очень хорошее самочувствие и заявил, что глубоко верит в то, что больше не будет курить. Катамнестическое наблюдение около года указывает на очень хорошее состояние. Больной совершенно оставил курение, значительно прибавил в весе, головные боли прошли, сон налачился. Никакого влечения к курению не испытывает, попыток курить не предпринимает.

Вышеприведенные истории болезни показывают, как иногда удается избавить больного от упорного курения многолетней давности в течение одного-двух сеансов гипноза. Но следует помнить, что далеко не всегда при гип-

нотерапии курения результат достигается так быстро и успешно. Иногда встречаются больные, которых не удается с помощью гипнотерапии отучить от курения, бывают и такие случаи, когда успех достигается только в результате настойчивого и длительного лечения. Примером может служить следующая больная.

29. Больная И., 35 лет, обратилась к врачу с просьбой отучить ее от курения. Курит с 18 лет. За последнее время очень плохо себя чувствует, резко похудела, много кашляет, повышено раздражительна, плохо спит. Все эти расстройства связывает с курением. Попытку лечиться предпринимает впервые. Сеансы лечебного внушения в гипнозе начали проводиться в 1950 г. В течение 2 месяцев получила 12 сеансов. Гипнотическое состояние было неглубоким. Отмечала легкую дремоту. После первого же сеанса оставил; курение, но в течение всего лечения курить очень хотелось, воздержание стоило больших усилий, однако больная расценивала: это как успех, ибо без гипнотерапии собственными силами сдерживать себя не могла. После 12 сеансов 3 месяца не курила, затем опять начала курить. Вторично обратилась к врачу в 1951 г. Состояние было еще хуже, чем при первом обращении. Настоятельно просила врача помочь ей. Возобновлен курс гипнотерапии. Проведено еще шесть сеансов гипноза такой же глубины, как и при первом курсе лечения. Как и при первом обращении, больная уже в начале лечения оставила курение, что также давалось ей с трудом. Через 3 месяца был проведен еще один сеанс лечебного внушения. Катамнестическое наблюдение около 2 лет обнаруживает полное освобождение от курения. Больная чувствует себя хорошо, значительно прибавила в весе, головные боли исчезли, сон налажился, влечения к курению не испытывает.

Вышеприведенный случай показывает, что тогда, когда больной упорно хочет освободиться от курения, врач не должен прекращать своей работы даже при длительном отсутствии видимых результатов. Эти результаты могут появиться не сразу. Длительное и настойчивое применение гипнотерапии в сочетании с психотерапевтическими беседами весьма целесообразно здесь как средство к укреплению желания больного освободиться от тяготящей его болезненной привычки к наркотику.

Естественно, что сказанное выше имеет значение не только для гипно- и психотерапии курения, но относится и к наркоманиям вообще.

Мы остановились здесь более подробно только на двух основных видах наркомании — алкоголизме и курении, ввиду того, что в условиях нашей социалистической действительности такие виды наркоманий, как морфинизм, кокаинизм и им подобные, встречаются как исключение и

в силу этого большого практического значения не представляют. Но и в тех случаях, когда врачу придется встретиться с подобными больными, ^следует помнить, что гипнотерапия может принести и здесь хорошие результаты. Нам пришлось лечить гипнозом одну больную, употреблявшую в течение ряда лет в качестве наркотика кодеин в очень больших дозах (по 20—25 порошков в день).

Курс гипнотерапии в 10 сеансов освободил ее от этого заболевания. Система проведения гипнотерапии при подобных наркоманиях в основном такая же, как и при лечении больных алкоголизмом и при курении.

Приобретает некоторое значение гипнотерапия и при различного рода соматических заболеваниях. Однако если при неврозах и наркоманиях гипнотерапия с полным основанием и правом может рассматриваться как основное и ведущее лечебное средство, а все прочие мероприятия играют дополнительную, подсобную роль, то здесь дело обстоит как раз наоборот. Среди проводимых лечебных мероприятий при различного рода терапевтических, хирургических и иных заболеваниях гипнотерапия может рассматриваться как средство вспомогательного порядка. Чаще всего с ее помощью достигается общеуспокаивающее анестезирующее действие. При тяжелых заболеваниях внутренних органов, сопровождающихся выраженными болями, иногда удается облегчить страдания больного. Им*ае было несколько больных в исходной стадии ракового заболевания внутренних органов с выраженным болевым синдромом. Введение пантопона давало быстро проходящее обезболивающее действие. Больные тяжело страдали. Проведение трех-четырёх сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне приводило к ослаблению, а в некоторых случаях даже к исчезновению болевых ощущений. Внушалось общее успокоение, сонливость, дремота, освобождение от болевых ощущений. Такие ослабленные больные обычно после проведенного сеанса гипнотерапии еще в течение 2—3 часов, а иногда и больше находились в дремотном состоянии, лучше спали по ночам и сообщали о приятном успокаивающем действии лечебного внушения. Они с нетерпением ожидали сеансов, заявляя о значительно более длительном и выраженном успокаивающем действии внушения по сравнению с лекарственными средствами.

Ряд авторов (К. И. Платонов, М. С. Лебединский, К. А. Скворцов и др.) приводит очень показательные примеры эффективности гипнотерапии, главным образом в форме длительного гипнотического сна, при таких тяжелых соматических заболеваниях, как язвенная и гипертоническая болезнь, грудная жаба и др.

В ряде терапевтических мероприятий, проводящихся при бронхиальной астме, в некоторых случаях гипнотерапия приобретает существенное значение. У нас была больная, страдавшая выраженными приступами бронхиальной астмы с характерными для этого заболевания периодическими обострениями и ухудшениями. В один из таких периодов она попала под наше наблюдение, и мы решили провести ей гипнотерапию. Лечебное внушение, направленное на общее успокоение и освобождение от удушья, проводилось в течение 20—25-минутных сеансов гипноза, степень которого не превышала стадии сонливости с легкой гипотаксией. Во время внушения, а также на некоторое время после него приступы удушья прекращались.

Иногда, когда мы проводили внушение в состоянии острого приступа удушья, началу внушения и погружения в гипнотическое состояние предшествовало введение адреналина.

К анестезирующему действию сводится в основном роль гипнотерапии при хирургических и стоматологических заболеваниях. О том, до какой степени в некоторых случаях может доходить «наркотизирующее» действие гипноза, говорят описанные в специальной литературе, затрагивающей этот вопрос, серьезные хирургические вмешательства, производившиеся больным, находившимся в состоянии гипноза. Известно, например, о том, что даже такие операции, как лапаротомия и ампутация конечностей, производились без применения фармакологического наркоза больным, у которых было достигнуто полное обезболивание одним внушением в гипнотическом состоянии. Ввиду экзотичности подобных попыток в таких случаях использование гипноза практического значения пока не получило. Значительно чаще можно встретиться с использованием «анестезирующего» внушения в гипнозе для проведения небольших и кратковременных хирургических вмешательств, как-то: вскрытие абсцессов, флегмон, удаление зубов, вскрытие кист и т. п. К хо-

Ш

рошим результатам приводит иногда гипнотерапия фантомных болей.

Широкое распространение получила психо- и гипнотерапия в акушерстве и гинекологии. Гипноз находил себе применение в течение довольно длительного времени для обезболивания родового акта. За последнее время такое его использование уступило место более распространенному, в силу своей простоты и массовости применения, психопрофилактическому методу обезболивания родов, предложенному К. И. Платоновым и З. И. Вель-вовским. В отдельных случаях гипнотерапия для обезболивания родового акта не утрачивает своего значения и в настоящее время. Применение гипноза для обезболивания как во время гипнотического сна, так и постгипнотически приобретает особенное значение при патологических родах, при родах с наложением щипцов, при разрывах промежности и т. п.

Очень большое значение имеет гипнотерапия при лечении токсикозных рвот беременных. В этой области особенно много сделано К. И. Платоновым.

На материале 293 наблюдений им установлен чрезвычайно высокий процент (до 85) полного лечебного эффекта. Для иллюстрации того, какую большую роль может играть гипнотерапия при этом заболевании, мы приводим пример, заимствованный из работы К. И. Платонова «Лечение суггестивной терапией токсикозных рвот беременных»:

30. Беременная, 25 лет, 8-я неделя беременности. Третья беременность по счету, первые две прерваны из-за рвоты. Настоящую беременность стремится сохранить во что бы то ни стало. Привезена мужем в весьма тяжелом состоянии: непрерывное слюнотечение, затрудняющее дыхание, постоянные позывы на рвоту. Вступление с нею в речевой контакт невозможно. По словам мужа, рвоты и слюнотечение начались неделю назад. Полное голодание. Вследствие резкого исхудания и общей слабости, больная слегла в постель. Фармакологические средства не дали положительных результатов. Проведена гипнотерапия. Больную удалось быстро усыпить. Сделано соответствующее внушение: «Рвот уже больше нет! Они прекратились, слюноотделения нет и во рту сухо, можете дышать свободно и спокойно. Отвращение к еде исчезло. По пробуждении будете чувствовать себя хорошо, появится аппетит». Сон в течение 15—20 минут, во время которого повторялись те же внушения в различных вариациях. Внушение полностью реализовалось: по приезде поела без последующих рвот, впервые за неделю заснула и ночь спала хорошо. Ночью лишь дважды была рвота. На следующий день рвоты лишь через 2—3 часа (при хо-

рошем самочувствию и приемах пищи). На второй день второй сеанс, после которого последовало дальнейшее улучшение. После третьего сеанса весь синдром исчез. Родила в срок.

В гинекологической клинике применяется гипнотерапия с целью устранения таких расстройств, как бели, вагинит, дисменорреи, аменорреи, меноррагии.

Велико значение гипнотерапии и в дерматологии. В посвященной этому вопросу литературе имеются указания на то, что, наряду с психогенными расстройствами, к которым можно отнести некоторые нейродермиты, хороший лечебный эффект уже после нескольких сеансов внушения в гипнозе может дать гипнотерапия также и при заболеваниях непсихогенного характера, как-то: при лечении бородавок, лишаяев и др. При работе с больными, страдающими нейродермитами, большое значение приобретает комбинирование методов лечебного внушения в гипнозе с психотерапевтическими разъяснительными и успокаивающими беседами.

В качестве примера приведем следующие истории болезни.

31. Больная С, 48 лет, обратилась к нам с жалобами на мучительный зуд всего тела. Из анамнеза известно, что росла и развивалась правильно. Замужем с 18 лет. По характеру раздражительная, возбудимая, часто плачет. Периодически ощущает спазмы в горле, чувство удушья, нехватки воздуха. Иногда после неприятностей немеют руки, пропадает голос. С лета 1952 г. больную стал беспокоить зуд, который локализовался в области затылка, под грудями и внизу живота. Такое состояние удерживалось около полугода, затем наступило резкое обострение: зуд распространился по всему телу. Больная была стационарирована в кожную клинику, где было проведено лечение аутогемотерапией и ваннами с пшеничными отрубями. Улучшения не наступило. Больную продолжал беспокоить мучительный зуд всего тела. Расстроился сон, не могла спать по целым ночам, все время чесала тело. Начата гипнотерапия. Первый же сеанс сопровождался глубоким гипнотическим состоянием, которое доходило до стадии выраженной гипотаксии. Всего было проведено 10 сеансов по 20—25 минут каждый. После первых же сеансов наступило некоторое улучшение в состоянии. Больная стала немного спокойнее. Во время сеансов внушения зуда не чувствовала, после пятого сеанса стала хорошо спать по ночам. Не употребляет снотворных, хотя до внушения употребляла их регулярно, но сон не налаживался. Лечение было закончено на стадии выраженного улучшения, больная выписалась из клиники и поехала в санаторий для дальнейшего лечения и отдыха. Ка-гамнестическое наблюдение ведется.

Особенно много сделано для внедрения гипнотерапии в практику дерматологии А. И. Картамышевым. В своей

монографии «Лечение кожных болезней внушением» А. И. Картамышев приводит очень большое количество наблюдений, когда применение лечебного внушения в гипнозе приносило значительное облегчение, а иногда и полное выздоровление при различных болезнях кожи, длительно существовавших и не поддававшихся другим методам лечения.

У автора содержится указание на некоторые очень хорошие случаи излечения при таких, например, заболеваниях, как красный плоский лишай, чешуйчатый лишай, экземы, нейродермиты, крапивница, бородавки, герпес и ряд других кожных болезней. В качестве иллюстрации привожу наблюдение А. И. Картамышева из его вышеупомянутой книги:

32. Больной 44 лет, служащий, явился в Ташкент в клинику кожных болезней в марте 1931 г. по поводу бородавок на руках. Бородавки настолько разрослись, что не позволяли больному сгибать кисти. Неоднократное лечение — оперативное, рентгенооблучение, прижигающие средства — не давало заметного улучшения. По постановлению врачебной комиссии больной был переведен в инвалиды третьей группы. При осмотре обнаружено большое количество вульгарных бородавок, расположенных на кистях и захватывающих главным образом ладонные поверхности. Бородавки до 1—1,5 см возвышались над уровнем здоровой кожи, сливались вместе, образуя панцырь, не позволяющий больному сгибать пальцы рук, которые оставались в несколько согнутом состоянии. Подвижность их была минимальна. Словесное внушение: «Ваши бородавки теперь пройдут; вы совершенно избавились от них», причем взгляд больного фиксировался нашим взглядом, и одновременное смазывание бородавок раствором метиленовой синьки дали разительный эффект. Когда больной явился для повторного сеанса через 2 дня, подвижность пальцев заметно увеличилась, бородавки уплотились. Сеансы были повторены еще три раза, и дней через 12 у больного восстановилась подвижность пальцев рук (а вместе с этим и его трудоспособность) и бородавки почти совершенно исчезли.

Вышеизложенным не исчерпывается многообразие применения гипнотерапии как одного из эффективных методов лечения самых различных заболеваний. Объем настоящей книги не позволяет нам остановиться на более частных случаях использования гипноза как лечебного средства. Мы ставили себе целью вкратце осветить лишь основные, наиболее часто встречающиеся в практической работе врача области применения гипнотерапии в медицине.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Автор настоящей книги будет считать свою задачу выполненной, если читатель вынесет из нее убеждение в том, что гипноз . представляет собой сложное, но уже достаточно глубоко изученное явление живой природы.

Основные черты физиологического механизма гипноза, как и вызывающие его условия, раскрыты трудами Ивана Петровича Павлова и его учеников и последователей.

Воспроизводя некоторые нарушения высшей нервной деятельности в опытах на животных, И. П. Павлов пришел к чрезвычайно важному заключению о том, что гипноз является состоянием, охраняющим корковые клетки от угрожающих им глубоких нарушений и, следовательно, активно способствующим восстановлению болезненно ослабленной коры больших полушарий головного мозга.

Выяснение природы гипноза позволило И. П. Павлову усмотреть в гипнотическом состоянии защитную физиологическую меру в борьбе с болезнью, что открыло пути для патогенетически обоснованной терапии ряда заболеваний.

«Вообще надо сказать,—писал И. П. Павлов в 1935 г., — что при экспериментальных заболеваниях нервной системы почти постоянно выступают отдельные явления гипноза, и это дает право принимать, что это—нормальный п р и е м физиологической борьбы против болезнетворного агента» (разрядка наша.— В. Р.) (10, стр. 340).

В свете учения И. П. Павлова о ведущей роли нервной системы, в особенности коры больших полушарий головного мозга как в норме, так и в заболевании и в выздоровлении, эти его замечательные слова следует понимать как обобщение, сохраняющее свою справедливость для самых различных заболеваний.

Если учесть при этом также положение И. П. Павлова о гипнотическом состоянии как эффективном средстве к повышению внушаемости, то тем самым и определяется место гипнотерапии в системе лечебных мероприятий как одного из физиологически обоснованных видов терапии, могущих найти свое применение во многих областях медицины.

Павловское учение создало основу для дальнейшего углубленного экспериментального изучения гипноза и внушения, для дальнейших поисков к расширению и уточнению как показаний к гипнотерапии, так и новых модификаций методики ее применения.

Долг советских врачей и ученых развивать дальше великое павловское наследие и обогащать новыми исследованиями и открытиями теорию и практику гипнотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бехтерев В. М., Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение, СПб, 1911.
2. Бирман Б. Н., Экспериментальный сон, Материалы к вопросу о нервном механизме сна нормального и гипнотического, Предисловие акад. И. П. Павлова, Л., 1925.
3. Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, изд. 2-е, М. — Л., 1947.
4. Иванов-Голеницкий А. Г., Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности (по данным И. П. Павлова и его школы), изд. 2-е, М., 1952.
5. Каргамышев А. И., Лечение кожных болезней, внушением, Уфа, 1942.
5. Майоров Ф. П., Физиологическая теория сновидений, М. — Л., 1951.
7. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения акад. И. П. Павлова, Стенографический отчет, М., 1950.
8. Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга, М. — Л., 1927.
9. Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 1, изд. 2-е, М. — Л., 1951.
10. Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. 2-е, М. — Л., 1951.
11. Петрова М. К., О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, Л., 1946.
12. Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор, Харьков, 1930,
13. Платонов К. И., Гипноз и внушение в практической медицине, Харьков, 1925.
14. Стрельчук И. В., Клиника и лечение наркоманий, изд. 2-е, М., 1949.
15. Токарский А. А., К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования, Вестник психиатрии и неврологии, СПб, 1899.
16. Токарский А. А., Терапевтическое применение гипнотизма, Доклад, представленный на IV съезд русских врачей в Москве 3 января 1891 г., М., 1890.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Краткий исторический очерк.....	6
Глава II. Физиологические основы гипноза и внушения	13
Сон и торможение.....	13
Гипнотические фазы.....	25
Гипноз — частичный сон.....	35
Вторая сигнальная система во взаимодействии с первой — высший регулятор человеческого поведения ...	48
Внушение в гипнозе.....■	59
Глава III. Гипнотерапия	65
Гипнотерапия как один из методов психотерапии .	65
Методика гипнотерапии.....	70
Виды гипнотерапии.....	80
Гипнотерапия при различных заболеваниях	84
Заключение.....	И5
Литература.....	И7