

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./

П. И. БУЛЬ

ОСНОВЫ

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА» ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1974
УДК 615.851 + 615.851.2+ 615.852

Булъ П. И. ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ. 1974 г.

Книга посвящена актуальной проблеме применения психотерапии в различных областях медицины.

Монография может быть использована в качестве пособия как в практической работе психотерапевта, так и врача другой лечебной специальности.

В ней даются основные современные представления о психотерапии: рациональной, суггестивной и аналитической, рассматриваются физиологические механизмы гипноза и внушения. Описана методика (тесты) определения степени внушаемости и гипнабельности больного, техника гипнотизации методами воздействия на зрительный, слуховой и кожный анализаторы.

Специальный раздел посвящен применению гипносуггестивной психотерапии при некоторых заболеваниях в клинике нервных, психических, внутренних, эндокринных и кожных болезней, а также в хирургической, акушерско-гинекологической практике в клинике детских болезней.

Книга содержит — 45 рисунков, 15 таблиц, библиография — 263 источника.

© Издательство «Медицина», Москва, 1974 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В монографии П. И. Буля своевременно поднят вопрос о широком применении психотерапии при лечении больных разнообразными заболеваниями в различных клиниках. Психотерапия является, как известно, одним из старейших методов лечения в медицине. В настоящее время психотерапия широко применяется в терапевтической клинике, клинике нервных болезней, акушерско-гинекологической, в клинике кожных болезней и в педиатрии.

Психотерапия теоретически обоснована еще С. П. Боткиным, В. М. Бехтеревым, И. П. Павловым и их учениками и практически подкреплена в настоящее время работами А. Г. Иванова-Смоленского, В. Е. Рожнова, К. И. Платонова, И. В. Стрельчука и др. и не нуждается в комментариях.

В книге П. И. Буля рассматриваются современные теоретические взгляды на психотерапию, гипноз и внушение, даются рекомендации практического характера для лечения больных в различных клиниках при тех или иных заболеваниях. В монографии успешно обобщен тридцатилетний опыт работы автора в области лечения соматических заболеваний, а также по лечению больных эндокринными заболеваниями и другими расстройствами.

В книге П. И. Буля освещаются вопросы показаний и противопоказаний для лечения больных

гипносуггестивной психотерапией. Автор правильно рекомендует производить тщательный отбор больных для психотерапии.

В главе, относящейся к психотерапии больных внутренними болезнями, четко рекомендуется, при каких формах внутренних заболеваний следует применять тот или иной метод гипносуггестивной психотерапии. Так, например, в тех случаях, когда у больных бронхиальной астмой в органах дыхания не ликвидированы после лечения антибиотиками или другими лечебными средствами токсико-инфекционные очаги, проведение гипносуггестивной терапии малоэффективно. Лечение больного гипертонической болезнью III стадии или язвенной болезни желудка при наличии грубых морфологических изменений также неэффективно. Лечение больных

1*

3

стенокардией с явлениями выраженного атеросклероза венечных артерий также противопоказано и бесперспективно.

Как правильно указывает П. И. Буль, всем больным, у которых имеются патологические условно рефлекторные связи в механизме приступов бронхиальной астмы, стенокардии и ряда других заболеваний, проведение суггестивной психотерапии показано.

Автор убедительно показывает, что в клинике неврозов, дерматологической клинике, в детской и акушерско-гинекологической клиниках психотерапия, умело проводимая в соответствии с показаниями, вполне оправдывает себя.

В монографии даны приемы и способы определения внушаемости и гипнабельности, а также дана техника проведения врачебного гипноза. Изложены многочисленные методы и способы лечения современной суггестивной и рациональной психотерапией, а также подвергается критике психоанализ.

Книга П. И. Буля явится хорошим методическим пособием для врачей различных специальностей, занимающихся психотерапией в медицине, в различных клиниках, в особенности при лечении больных соматическими заболеваниями и неврозами.

Засл. деят. науки РСФСР и Узбекской ССР доктор мед. наук

проф, П. К. Булатов

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время интерес к психотерапии и особенно к гипнозу и внушению значительно возрос. Только за прошедшие десять лет были проведены международные конференции и конгрессы в Москве, Париже, Вероне, Токио, Майнце, на которых были заслушаны доклады ученых, посвященные гипнозу, внушению, психотерапии и применению их во всех областях медицины. Без преувеличения можно сказать, что нет такой клиники, где врачи любой специальности не применяли бы с большим успехом методы гипноса и внушения в психотерапии. С каждым годом среди клиницистов растет число врачей, овладевающих техникой гипноза и внушения, с эффектом применяющих гипно-суггестивную психотерапию при лечении многих заболеваний.

Все чаще стали выходить в свет книги, посвященные вопросам психотерапии, гипноза и внушения как теоретического, так и практического характера. Тем не менее, в этой области все еще имеет место некоторая недооценка значения гипносуггестивной психотерапии, несомненно тормозящая дальнейшее развитие этой, весьма важной области медицинской науки.

Недооценка важности психотерапевтических знаний и недостаток нужной литературы приводят к тому, что более частыми становятся случаи ятрогении, наблюдаются случаи нарушения медицинской деонтологии.

В мировой медицинской практике имеет место перегрузка лечебных воздействий на больного за счет фармакологических средств, зачастую без достаточных к тому оснований.

Эта сторона в работе современных клиник тем более нетерпима, что именно в нашей стране разработаны теоретические основы научно обоснованной психотерапии, получившие признание и за рубежом.

Особый акцент в данной работе сделан на лечение функциональных расстройств нервной системы, типа неврастения, истерии, психастении, а также на лечение нарушений функций внутренних органов при таких заболеваниях, как гипертоническая и язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.

Многочисленными исследованиями отечественных психотерапевтов, в первую очередь К. И. Платонова, В. Н. Мясищева, В. Е. Рожнова, И. В. Стрельчука, М. С. Лебединского, Ю. А. Поворинского и многих других, показана огромная роль речевого воздействия, особенно во время гипнотического торможения коры, на все стороны жизнедеятельности организма.

5

В настоящее время установлено, что длительные функциональные нарушения деятельности различных органов и систем могут при определенных условиях перейти в необратимые органические заболевания. Эта закономерность находит подтверждение в работах павловской школы и признана на Западе. Признание этого определяет необходимость своевременного включения в арсенал терапевтических мероприятий гипно-суггестивной психотерапии, как одного из мощных средств, с помощью которого можно успешно регулировать функции не только нервной системы, но также и функции различных внутренних органов и систем.

Весьма важно при этом, чтобы врачебное психотерапевтическое влияние начиналось еще тогда, когда обратимые функциональные сдвиги в деятельности внутренних органов еще не закрепились и не перешли в органические, необратимые изменения.

Очень важно учитывать, что совпадение патогенных раздражителей с различными другими индифферентными (непатогенными) может повести к образованию и закреплению патологических (как интеро-, так и экстерорецептивных) условных рефлексов.

Из многочисленных средств психотерапии наиболее эффективными, как показал наш опыт, оказались: гипноз, внушение и рациональная психотерапия. Конечно, нельзя считать гипно-суггестивную психотерапию панацеей от всех болезней. Не исключается возможность применения и других психотерапевтических методик при учете типа высшей нервной деятельности больного и характера заболевания. В нашей работе мы охотно сочетали методы гипно-суггестивной психотерапии с различными другими медикаментозными средствами, а также с методом электросна.

В результате анализа полученных данных мы пришли к заключению, что там, где имеются достаточные показания для проведения суггестивной психотерапии, можно рассчитывать на хороший непосредственный и стойкий отдаленный эффект.

В данной работе мы поставили перед собой задачу — привлечь внимание клиницистов к более широкому применению гипно-суггестивной психотерапии в различных областях медицины с тем, чтобы способствовать дальнейшему внедрению в клиническую практику этого эффективного метода лечения.

ГЛАВА ПЕРВАЯ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия — это метод лечебного воздействия врача на психику больного или одновременно группы больных с помощью слова через вторую сигнальную систему для терапии нервно-психических и соматических больных. Следует оговориться, что не всякое лечебное воздействие на психику больного является психотерапией. Так, лечебные воздействия на психику, осуществляемые с помощью применения психофармакологических средств, не относятся к психотерапии.

Основа психотерапевтического воздействия — речевое воздействие врача его врачебным словом. Однако не каждое слово врача является терапевтическим, лечебным. Так, слово произнесенное врачом, может оставить больного безучастным, не затронуть его. Слово врача может лечить больного лишь тогда, когда оно несет полезную информацию, дающую ответ на самые жизненно важные для больного проблемы, когда это слово способно затронуть больного, воодушевить, ободрить его или принести успокоение.

И наоборот, слово врача, сказанное необдуманно, оброненное случайно, без учета его влияния на психику больного, может оказать травмирующее воздействие и повести к возникновению иатрогенного заболевания. Вот почему врач должен чрезвычайно ответственно относиться к своим словам.

Применение психотерапии для лечения требует от врача глубокого знания типа высшей нервной деятельности больного, его индивидуальных особенностей характера, темперамента. В одних случаях психотерапия является основным методом лечения: при неврозах, заикании, алкоголизме, некоторых внутренних и кожных заболеваниях, отдельных эндокринных болезнях; в других случаях — психотерапия может быть важным вспомогательным средством при лечении больного. Особое место психотерапия занимает в комплексном лечении психических заболеваний.

Методы психотерапии меняются в зависимости от характера заболеваний, возраста пациента, а также особенностей медицинского учреждения, где проводится лечение (стационар, поликлиника или санаторий).

7

Все психотерапевтические методы можно условно разделить на три главных вида терапии: рациональную психотерапию, суггестивную психотерапию (лечение внушением) и аналитическую

(психоанализ). Ниже каждый метод будет подробно разобран и даны рекомендации, у каких больных выгоднее применять те или иные виды психотерапии.

Следует отметить, что методы рациональной и суггестивной психотерапии особенно распространены в Советском Союзе и совершенно не применяется аналитическая психотерапия (психоанализ по Фрейду). Наоборот, на Западе, и особенно в США, имеет место преобладание психоаналитической терапии и сравнительно мало распространены методы рациональной и суггестивной психотерапии.

Кроме этих основных методов психотерапии, имеют значение еще и другие методы: аутогенная тренировка, коллективная психотерапия, каузальная психотерапия, сочетанная терапия и др.

В настоящее время психотерапия обогатилась рядом новых средств и методов психотерапевтического воздействия на больного. Одно перечисление этих методов заняло бы много времени. Однако удельный вес тех или иных методов психотерапии далеко не одинаков по своей значимости и эффективности.

Следует учесть также, что один и тот же метод психотерапии в руках различных врачей может играть разную роль. Есть врачи, избирательно использующие какой-то один из методов психотерапии. У одного психотерапевта метод рациональной психотерапии дает лучший терапевтический эффект, чем, скажем, суггестивной, у другого, наоборот, — суггестивная психотерапия более эффективна, чем рациональная.

СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

В. А. Гиляровский (1960) формулировал понятие психотерапии как систему психических воздействий, использующих внушение. Эта система психического воздействия состоит из словесного внушения врача и медперсонала через вторую сигнальную систему, а также целого комплекса воздействий на психику различными индифферентными лекарствами, манипуляциями, различными видами сна (гипнотический, условнорефлекторный, медикаментозный, электросон) и некоторыми физиотерапевтическими процедурами.

В. Н. Мясичев (1966) считает, что психотерапия представляет собой теоретически обоснованную систему приемов врачебного воздействия на психику больного, а через психику — также и на его организм. Эта система основывается на знании: а) патогенеза болезненных состояний и б) приемов воздействия на психику, позволяющих достигнуть нужного лечебного эффекта.

Основой советской психотерапии являются принципы физиологического учения И. П. Павлова о нервизме, учение об условных рефлексах, раскрывающих влияние высшей нервной деятельности на различные физиологические и патологические процессы. Боль-

8

цкое значение имеет медицинская психология и правильное представление о целостности организма в его единстве соматического и психического. Весьма важно понимание диалектического единства человеческого организма и среды, в первую очередь — среды социальной.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Под рациональной психотерапией понимают логически обоснованную или разъяснительную психотерапию, которая осуществляется при деятельном состоянии коры головного мозга.

Основоположником рациональной психотерапии считается Dubois (1913). Если при суггестивной психотерапии мы адресуемся в основном к эмоциональной сфере больного, то при рациональной психотерапии мы обращаемся преимущественно к интеллектуальной, рассудочной сфере.

Известно, что чем богаче интеллект, чем больше представлений он в себе содержит, чем прочнее связь между антагонистическими представлениями (друг друга умеряющими), тем более отходит на задний план эмотивность, питаемая инстинктами, уступая свое место примату интеллекта.

Вот почему в тех случаях, когда перед нами больной с хорошо развитым интеллектом и недостаточно внушаем, то при наличии невроза следует избрать метод рациональной психотерапии. Этот путь является более целесообразным, так как данный метод позволяет устранить не только симптом заболевания, как это бывает при других видах психотерапии, но и саму причину невроза, заключающуюся в неправильном толковании больным своего состояния.

Так, например, больной, который страдает «страхом высоты», не может освободиться самостоятельно от своей фобии. Если путем логически обоснованных разъяснений врач поможет больному осознать необоснованность, бессмысленность своих страхов, то больной сможет их преодолеть.

Психотерапевтическое воздействие при этом методе направляется главным образом на разумное

перевоспитание мышления больного — на изменение оценки больным своего болезненного состояния. Эффект от рациональной психотерапии достигается систематическими беседами врача с больным, разъяснением его болезненных симптомов, расширением кругозора больного. При этом психотерапевт активно вовлекает в лечебный процесс самого больного, вырабатывает у него критическое отношение к своему болезненному состоянию, а главное — убеждает больного в том, что основой его заболевания является «болезненное воображение».

При проведении рациональной психотерапии нередко рекомендуется смена обстановки, окружающей больного, особенно в тех случаях, когда больной и окружающие его лица находятся в конфликтных отношениях.

9

Дюбуа считал, что разработанный им метод полностью сводится только к интеллектуальному воздействию на личность больного, категорически отрицая при этом фактор внушения. На самом деле это далеко не так. В настоящее время большинством психотерапевтов признано, что в рациональную психотерапию входит множество и чисто суггестивных факторов, связанных с косвенным внушением, значительным воздействием личности самого психотерапевта на эмоциональную сферу больного.

Следует отметить, что недостатком рациональной психотерапии является большая трудность осуществления чисто рассудочного воздействия на многие формы неврозов, в основе которых лежит острое и длительное перенапряжение нервной системы под влиянием психогенных и соматических факторов.

Немалое значение имеет тип нервной системы больного, а также тот скептицизм, который иногда имеется у больного по отношению к методу рациональной психотерапии или к данному врачу.

Благоприятный эффект лечения трудно полностью отнести всегда за счет рациональной психотерапии. Нередко многие патологические симптомы уже хорошо известны больному, и они фактически не нуждаются в разъяснении. Если больной в результате психотерапевтических бесед с врачом иногда и освобождается от своих невротических или иных расстройств, то едва ли только потому, что у него появилось более ясное понимание своих бессознательных страхов и критическое отношение к ним.

Рациональная психотерапия основывается подчас на неправильных концепциях, так как исходит из ложного представления о каком-то «отвлеченном человеке», целиком состоящем из «голого интеллекта», оторванного от окружающей среды, обстановки, социальных условий.

Дюбуа и его последователи зачастую стремятся направить мышление больного с помощью формально-логических схем, отрываясь от реальной действительности.

Тем не менее, несмотря на недостатки метода, отбрасывая слабые стороны теоретического его обоснования, советские психотерапевты используют метод рациональной психотерапии для лечения ряда соматических и нервно-психических заболеваний.

Доказано, что убеждением и разъяснением можно или стимулировать активность личности больного, или подавлять ее. Все зависит от содержания убеждающей и разъясняющей терапии, направленной на интеллектуальную сферу больного. Влияя на вторую сигнальную систему, а через нее на первую сигнальную систему, можно оказать воздействие на те или иные соматические симптомы и синдромы.

Важнейшей задачей рациональной психотерапии в состоянии бодрствования является правильное освещение характера болезни, причин ее возникновения, прогноза и характера намечаемого лечения. Основоположник рациональной психотерапии Дюбуа писал: «Пациент хочет и должен знать, отчего произошла его болезнь, какое врач дает предсказание. Предпочтительно,

ю

чтобы больной ясно видел план лечения, тем более, что он должен активно идти навстречу усилиям врача. В таком же обучении нуждаются и родственники больного».

Прежде чем говорить о показаниях и противопоказаниях к рациональной психотерапии, психотерапевт должен разобраться в жалобах больного, изучить анамнез болезни и жизни больного и рассмотреть все данные объективного исследования. Следует провести соматоневрологическое обследование и получить необходимые лабораторные данные.

По нашим наблюдениям, при выработке показаний и проведению рациональной психотерапии следует учитывать, к какому типу — «художественному» или «мыслительному» — относится данный больной. Для рациональной психотерапии более подходит больной «мыслительного типа», способный к абстрактному мышлению.

Несомненно, рациональная психотерапия, если она проводится умело, будет иметь успех только в том случае, когда личность врача в интеллектуальном отношении не ниже больного. Важно также, чтобы врач вообще импонировал больному и сумел бы завоевать симпатию и доверие больного с первых же сеансов рациональной психотерапии.

По нашим данным, метод рациональной психотерапии весьма эффективен при различных ипохондрических состояниях, при страхах и фобиях, например при канцерофобии, кардиофобии, сифилофобии и др., а также при различных неврозах внутренних органов.

Фактически рациональную (рассудочную) терапию в своей практической деятельности применяет врач каждой специальности. Мы также в своей деятельности психотерапевта, работающего в клинике внутренних болезней, в акушерско-гинекологической клинике, в кожной, детской, нервной и психиатрической, не раз с обнадеживающими результатами применяли этот вид психотерапии.

Методика рациональной психотерапии обычно такова. Врач усаживает больного в своем кабинете и проводит курс лечебных сеансов в виде собеседований с больным, не прибегая к гипнотическому торможению коры. Врач объясняет больному его болезненные симптомы, апеллируя к рассудку, вызывая у пациента критическое отношение к переживаемому болезненному состоянию, заставляя его активно участвовать в лечебном процессе. Врачу приходится часто пользоваться некоторыми новыми для больного научными медицинскими терминами, а если нужно, и философскими понятиями, что, несомненно, расширяет кругозор больного. Как видно, при применении метода рациональной психотерапии врач использует логические доказательства и доводы. При этом врач должен строить свои аргументы весьма ясно, формулировки должны быть просты и доходчивы, без сложных оборотов и нагромождения специальных терминов. Не следует впадать в крайность и полностью игнорировать все соображения и доводы больного

И

■

по поводу своего заболевания, считая их лишь «игрой воображения», так как при этом можно травмировать психику больного и потерять необходимый контакт.

Необходимо, чтобы больной по мере проведения сеансов рациональной психотерапии обретал уверенность в полном и скором выздоровлении. Эту уверенность следует поддерживать в течение всего курса лечения. Каждый раз, когда врач-психотерапевт замечает какой-либо факт, подтверждающий истинный диагноз и хороший прогноз, он должен фиксировать внимание больного на этом. Даже самое незначительное улучшение в течение болезни должно быть отмечено, акцентировано для того, чтобы вселить в больного бодрость и улучшить его жизненный тонус. Нельзя упускать ни одной мелочи, способной воздействовать на сознание больного в лечебном процессе. Когда врач, проводящий рациональную психотерапию, устанавливает диагноз заболевания, он должен сказать больному, что это заболевание нервное, функционального характера, а это значит, что оно вполне излечимо.

Необходимо тщательно собрать анамнез, очень внимательно и заботливо осмотреть больного, собрать объективные данные. Ознакомиться с лабораторно-инструментальными данными, делая акцент на тех исследованиях, которые подтверждают диагноз. Не рекомендуется спешить, обследуя больного. Врач, влетающий к больному как ветер и поглядывающий на часы и напоминающий ему, что страшно занят, просто не годится в качестве психотерапевта. Желательно каждый анализ и лабораторное исследование обсуждать вместе с больным, акцентируя его внимание на благоприятных для него моментах.

У больного должно создаваться впечатление, что врач не отбывает служебную обязанность, а занят только больным, отдает психотерапевтической беседе, объективному обследованию, анализу лабораторно-инструментальных данных все необходимое время.

Беседа между врачом и больным должна осуществляться в интимной обстановке, без присутствия третьих лиц. Не следует требовать от больного, чтобы он сразу же, с первой психотерапевтической беседы, раскрыл все свои самые сокровенные жалобы. Постепенно больной сам поделится с врачом-психотерапевтом своими переживаниями, доверит свои «маленькие тайны», тяготы и думы.

Как правило, мы даем больному возможность высказаться в полной мере, стараясь не прерывать его. Во время беседы, после того как он достаточно выскажется, врач укажет больному на его ошибочные мысли и заблуждения, деликатно раскритиковав их. В то же время врач обращает внимание на все положительные стороны личности больного, указав на все его нравственные

качества.

Несомненно, будет разумно отметить все сильные стороны характера больного, возвышающие его в собственных глазах. Хорошие качества, несомненно, можно обнаружить в каждом человеке. У одного — этой живой ум или здравый смысл, у другого —

12

доброе сердце или волевые качества, прекрасная память, богатая эрудиция. Больному не рекомендуют говорить о своей болезни с кем-либо, кроме своего врача.

Позволим себе привести примеры.

На амбулаторное лечение в кабинет гипнотерапии и электросна при госпитальной терапевтической клинике I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова явился больной Ш., 37 лет, инженер по специальности. Больной интеллектуально развит, образован, весьма контактен. Жалуется на сильные боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту после еды, заметное похудание. Дважды наблюдал кровь в кале. Больной крайне встревожен, угнетен, совершенно не спит, крайне раздражителен. По словам больного врачи поставили диагноз язвенной болезни желудка, но больной думает о худшем.

— Доктор, у меня рак желудка, — заявляет он. — Мой отец также страдал раком желудка и погиб на операционном столе.

Все заверения врачей о том, что никаких данных за «Са» желудка у него нет, что у него банальная язва желудка, — на больного не действуют. Сделанные попытки гипнотерапии эффекта не имели, так как больной крайне встревожен. Больной «мыслительного типа», плохо поддается гипнозу. Учитывая, что больной хорошо контактен и положительно настроен, решено провести рациональную (рассудочную) психотерапию.

Данные объективного обследования: больной нормостенической конституции, несколько истощен. При росте 175 см. вес 64 кг. Подкожножировой слой выражен слабо. Кожа чистая, бледная. Язык обложен беловатым налетом у корня. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс — 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца чистые. Шумов и акцентов нет. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. В легких — везикулярное дыхание. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Пальпация брюшной полости болезненна в эпигастральной области. При глубокой пальпации — защитная реакция мышечной стенки живота. Поколачивание по пояснице безболезненно. Нервная система: черепно-мозговые нервы в норме. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Глоточный рефлекс резко усилен. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Сухожильные рефлексы повышенной живости, равномерные. Симптом Ромберга — отрицательный. Чувствительная сфера без отклонений от нормы. Незначительный тремор вытянутых пальцев рук, век и языка. Повышенная эмотивность, раздражительность.

Лабораторные данные: анализы крови, мочи, мокроты без особенностей. Реакция Грегерсена (+ -]). Анализ желудочного содержимого: общая кислотность — 108; свободная соляная кислота — 94; слизь (-|—|-); крови и желчи в содержимом желудка нет. При микроскопии — измененные лейкоциты негусто покрывают поле зрения. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: контрастная масса свободно продвигается по пищеводу. Контуры желудка нормальные; желудочный пузырь тесно прилегает к куполу диафрагмы. Складки слизистой несколько утолщены. Желудок атоничен. Перистальтика живая. На малой кривизне желудка остается стойкое скопление контраста («симптом ниши»); желудок смещаем, пальпация этой области болезненна. Через 30 мин в желудке остается немного контрастного вещества. Изменений по ходу кишечника нет. При рентгенографии желудка те же данные: луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, на малой кривизне желудка «симптом ниши».

— Почему Вы решили, что у Вас рак желудка?

■— Потому, что я вычитал в брошюре, что при этом заболевании возникает резкое похудание, появляется тошнота и рвота, кровь в кале. Кроме того, у моего отца также было это заболевание.

— Похудание у Вас возникло в связи с тем, что Вы длительное время плохо питались. Кровь в кале была алого цвета, чего не бывает при раке, а бывает при геморрое! Вот посмотрите на Ваш рентгеновский снимок желудка! Это типичная «ниша», которая бывает только при заполнении язвы контрастным веществом и чего никогда не бывает при раке. Вот видите, у Вас анализ желудочного сока показывает высокую кислотность, чего никогда не бывает

13

при раке! Вы слышали, наверное, что при раке очень часто бывает нулевая кислотность, а у Вас концентрация соляной кислоты в желудочном содержимом высокая, что совершенно не типично

для рака!

— Да, верно, я читал об этом! — с облегчением сказал больной.

— Сколько времени длится Ваша болезнь? По справкам Ваше заболевание длится уже около трех лет, причем обостряется весной и летом, т. е. носит сезонный характер, не так ли?

— Да, это так! Теперь я понимаю, что при заболевании раком никакой сезонности не отмечается, и за три года я бы, наверно, дошел бы до крайности.

— Вот видите, Ваша болезнь никакого отношения к раку желудка не имеет! Так, шаг за шагом, врач полностью разуверил больного в наличии у него

злокачественной опухоли. В дальнейшем предпринятое лечение диетой, электросном и другими лечебными мероприятиями полностью вернули больного к работе. У больного наладился аппетит, он прибавил в весе на 5 кг за 1 месяц. Рентгенологически выявлено, что полностью зарубцевалась «ниша». Исчезла тошнота и рвота. Появилось хорошее, бодрое настроение и самочувствие.

— Я вспоминаю свои страхи о раке как дурной сон, — заявил больной. Ремиссия продолжается уже два года. Рецидива нет и, что особенно важно, полностью исчезла сезонность обострений и болей в области желудка.

Данный пример не может претендовать на полное раскрытие возможностей метода рациональной психотерапии, а отражает лишь одну из его сторон.

В связи с этим позволим себе привести еще один пример из нашей практики.

Больная К-> 30 лет, учительница. Явилась на прием в кабинет гипнотерапии при госпитальной терапевтической клинике I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, направленная из поликлиники с диагнозом: коронарный атеросклероз, стенокардия, функциональное расстройство центральной нервной системы типа неврастения с явлениями ангиоспазма.

При сборе анамнеза выяснилось что больная перенесла психическую травму, оказавшую на нее тяжелое воздействие. Больная потеряла ребенка, которого горячо любила. У больной возникли боли в области сердца, перебои и сердцебиения. До смерти ребенка больная не испытывала ощущений в области сердца. Незадолго до этой психической травмы из семьи ушел муж, который также доставлял больной много огорчений тем, что изрядно выпивал и вел себя крайне нетактично.

При объективном осмотре: больная среднего роста, гиперстенической конституции, со склонностью к тучности. Подкожно-жировой слой выражен избыточно. При росте 160 см вес тела больной — 80 кг.

Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не расширены. Тоны сердца отчетливы, шумов и акцентов нет. В легких — без патологии. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки — в норме. ЭКГ — без патологии. Рентгенологические данные — без нарушений.

Анализ крови, мочи, кала, другие анализы — без нарушений. Аппетит несколько повышен. Много пьет жидкости. Двигается крайне мало, отмечается небольшая одышка в связи с сидячим образом жизни.

Ввиду того, что больная является «мыслительным» типом (с увлечением преподает математику в школе) и плохо поддается гипнотерапии, решено провести курс лечения рациональной психотерапией. Больная хорошо контактна и хочет, чтобы ей помогли. Обещает активно участвовать в лечебном процессе. На вопрос, понимает ли она разницу между функциональным и органическим заболеванием сердца, отвечает, что «понимает».

— Знакомились ли Вы с вашей электрокардиограммой?

— Да, знакомилась, и хорошо знаю, что никаких изменений в сердце у меня нет. Но почему же у меня боли в области сердца и сердцебиения?

Больной объяснено:

14

Ряд психических травм, которые обрушились на Вашу нервную систему, вызвали «срыв» ее высшей нервной деятельности, а та в свою очередь вызвала ряд функциональных расстройств в деятельности сердца, в частности в виде спазма сосудов сердца. Понимаете ли Вы это?

— Да, понимаю это хорошо.

— Понимаете ли Вы, что Ваш вес, при сравнительно молодом возрасте, не мог не вызвать ряд нежелательных явлений в деятельности сердца?

— Да, понимаю.

— Вот Вы обещали активно участвовать в лечебном процессе, я потребую от Вас прежде всего значительного снижения веса, будете ли Вы помогать мне в этом?

- Конечно же, доктор, я сделаю все от меня зависящее.
- Вот Вы спрашиваете, почему у Вас возникают боли в области сердца при органически здоровом сердце, что подтверждается и электрокардиограммой, а понимаете ли Вы, что спазм сосудов сердца вызывает малокровие участков мшшцы сердца, что и вызывает боли в области сердца?
- Да, теперь я понимаю, откуда берутся эти боли в сердце.
- Понимаете ли Вы, что даже без всякого лечения, лишь при серьезном и значительном снижении веса и похудании, сердечный болевой синдром исчезнет?
- Да, пожалуй, это действительно так.
- Если Вы при этом начнете хорошо спать, немного заниматься лечебной гимнастикой и приведете Вашу нервную систему в порядок, то Ваше сердце полностью восстановится и начнет прекрасно работать! (твердо заявлено больной).

В результате ряда таких собеседований, адресованных к интеллекту больной, а также убеждения и разъяснения о необходимости похудения, больная резко снизила свой вес, так как стала меньше есть и пить. Вес снизился до 72 кг. Деятельность сердца у нашей больной К. резко улучшилась. Рецидива нет в течение уже трех лет. Все лабораторно-инструментальные данные остаются хорошими.

Анализируя результаты, полученные при применении рациональной психотерапии, следует отметить, что если показания для ее применения были правильными, то и эффект лечения был получен достаточно высокий. По нашим данным, эффективность рациональной психотерапии достигает 40%. Наоборот, если показания к применению данного вида психотерапии были выработаны недостаточно правильно, то и эффект лечения был незначительным.

Так, в одном случае наш сотрудник применил рациональную психотерапию к больной, страдавшей неврозом типа истерии. Больная женщина относилась к «художественному типу» с недостаточно развитым интеллектом, страдала канцерофобией. В этом случае не было получено положительных результатов от применения метода рациональной психотерапии. Когда к той же больной были применены другие методы психотерапии, то канцерофобия быстро исчезла и результаты лечения были стойкими.

Итак, суммируя сказанное, следует считать показанным применять метод рациональной психотерапии к больным «мыслительного типа», с преобладанием второй сигнальной системы над первой, с хорошо развитым интеллектом, способным к абстрактному мышлению.

Таким образом, метод рациональной (рассудочной) психотерапии в бодром состоянии, при всех ее теоретически слабых местах, оправдывает себя и может быть использован в практической деятельности врача-психотерапевта.

15

СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Под методом суггестивной психотерапии понимают способ психического воздействия врача на больного с помощью словесного внушения. Внушение (suggestio) — это явление, которое играет ведущую роль во всех психотерапевтических воздействиях врача на личность больного. Внушение, проводимое каким-либо действием врача, называют реальным внушением. Если же врач пользуется речевым воздействием, то говорят о словесном, вербальном внушении.

При суггестивной психотерапии различают прямое и косвенное внушение. При косвенном внушении в коре головного мозга возникает концентрированное возбуждение, которое связано с внушаемыми словами и с теми предметами, при помощи которых внушаемое должно будет реализоваться. В данном случае в коре больших полушарий образуются два очага возбуждения: один от слова — во второй сигнальной системе, другой от реального раздражителя — в первой сигнальной системе действительности.

Понятие суггестивной психотерапии включает в себя: внушение, проводимое в состоянии бодрствования, и внушение, проводимое в состоянии гипнотического сна.

Специального термина, определяющего метод психотерапии внушением в состоянии бодрствования, нет. Метод психотерапии внушением в состоянии гипнотического сна принято называть гипнотерапией или, точнее, — гипносуггестивной психотерапией.

В первом случае имеет место частичное торможение коры, вызванное внушением без явлений сна, во втором случае внушение осуществляется при гипнотическом торможении коры с явлениями выраженного сна той или иной глубины.

По нашему мнению, провести резкую грань между внушением в бодрствующем состоянии и внушением в состоянии гипнотического сна трудно, так как и в том и в другом случае имеет место

процесс торможения в коре больших полушарий, однако этот процесс, по-видимому, качественно и количественно различен.

Для понимания механизма суггестивной психотерапии необходимо хотя бы кратко рассмотреть взгляды ученых на сущность суггестии.

Наиболее близко к разгадке сущности внушения подошел известный психоневролог В. М. Бехтерев (1898), который считал, что на другого человека можно воздействовать различными способами: личным примером, прямым приказом и, наконец, внушением. Он писал: «Внушение есть не что иное, как вторжение в сознание или прививание к нему посторонней идеи; прививание — происходящее без участия воли и внимания воспринимающего лица и нередко без ясного даже с его стороны сознания».

Сущность внушения впервые была раскрыта с физиологических позиций И. П. Павловым: «...внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека. Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени

16

развивающегося в коре полушария торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений» (И. П. Павлов, 1924).

Под внушаемостью понимают определенную склонность подчиняться и изменять поведение не на основании разумных, логических доводов или мотивов, а по одному лишь требованию или предложению, которое исходит от другого внушающего лица, причем сам субъект, подвергнутый суггестии, не отдает себе отчета в такой подчиняемости, продолжая считать свой образ действий как бы следствием собственной инициативы или самостоятельного выбора.

Внушаемость есть свойство человеческой личности, вполне нормальное, но выраженное у разных людей в различной степени.

В. М. Бехтерев считал, что под внушаемостью «...следует понимать способность или склонность в большей или меньшей степени воспринимать и усваивать внушение, будет ли оно обуславливаться внутренними или внешними побуждениями. Внушение входит в сознание человека не «с парадного хода, а с черного крыльца», минуя сторожа — критику» (В. М. Бехтерев, 1898).

ВНУШЕНИЕ В СОСТОЯНИИ БОДРСТВОВАНИЯ

Этот вид психотерапии, по сути дела, в какой-то степени используется каждым врачом-клиницистом, положительно влияющим своим словом на психику больного.

Врач-психотерапевт, зная особенности личности больного и определив его внушаемость, может использовать внушение в бодром состоянии значительно шире. Этот вид психотерапии удобен еще и тем, что не требует создания особой обстановки и может проводиться в обычном врачебном кабинете.

Показатели для применения внушения в бодрственном состоянии являются прежде всего различные неврозы типа истерии, невротизации и, реже, психастении. Хорошие результаты достигаются при разных фобиях (кардиофобия, канцерофобия, сифило-фобия). Особенно эффективен этот метод психотерапии у детей, обладающих высокой внушаемостью.

Внушение в состоянии бодрствования показано и в тех случаях, когда проведение внушения в состоянии гипнотического сна не возможно из-за предубеждения больного к «гипнозу», боязни его.

Противопоказаниями для применения метода внушения следует считать больных, недавно перенесших инсульт, или острый инфаркт миокарда, так как внушение в состоянии бодрствования предполагает определенные эмоциональные реакции больного на повелительный императивный тон проводящего внушение.

17

Наш опыт проведения психотерапии путем внушения в состоянии бодрствования говорит о большой роли этого метода в клинике. По нашим данным, этот метод был применен у одной трети всех больных, лечившихся суггестивной психотерапией.

Методика проведения внушения в состоянии бодрствования сравнительно несложна, и ею в принципе может овладеть врач любой специальности. При этом он не пожалеет, что потратил время на овладение методом суггестивной психотерапии. Однако это касается главным образом внушения в бодрствующем состоянии больного. Значительно сложнее методика гипнотерапии.

При проведении внушения в бодрствующем состоянии без погружения во внушенный сон

больному рекомендуется сесть в удобной позе или, еще лучше, лечь. При этом больному рекомендуют расслабить всю мускулатуру своего тела, закрыть глаза и, по возможности, отбросить посторонние мысли. Больному предлагается внимательно слушать лечебные формулы врача, проводящего лечебный сеанс. Внимание больного обращается на то, что, по мере проведения сеанса, его начнет охватывать легкая дрема, чему не следует мешать и активно сопротивляться.

В помещении, где проводится внушение, должно быть тихо, желательна хорошая звуковая изоляция. Окна должны быть завешены шторами, а на полу кабинета положена ковровая дорожка, заглушающая шум шагов врача.

Перед началом сеанса внушения рекомендуется дать больному адаптироваться к обстановке в течение 5—10 мин. Затем врач начинает произносить специально составленные для данного больного фразы лечебного характера или, как их принято называть, «формулы внушения». Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и обязательно в повелительном наклонении.

Приведем пример из практики.

В кабинет гипнотерапии при клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова явился больной П. 40 лет с диагнозом поликлиники: функциональное расстройство нервной системы типа неврастения с преимущественными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Больной предъявлял жалобы на сильные сердцебиения, боли в области левой половины грудной клетки приступообразного характера, не проходящие от приема валидола и нитроглицерина, «страх за сердце» и плохой сон. Отмечалась раздражительность больного, взрывчатость по пустякам, плохое настроение, часто головные боли без локализации в какой-либо области черепа. Заболевание началось около года назад и возникло, по словам больного, в связи с крупными неприятностями на работе, а также конфликтными отношениями в семье (развод с женой, которую он обвинял в измене). При объективном обследовании: больной среднего роста, правильного сложения, нормостенической конституции. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс — 78 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца отчетливые, шумов и акцентов нет. Артериальное давление 120/75 мм рт. ст. Пульс на периферических сосудах отчетливый. В легких — без отклонений от нормы. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Неврологически: зрачки правильной формы, равномерны, живая реакция на свет. Лицо симметрично. Язык по средней линии, без девиаций. Сухожильные

18

рефлексы — повышенной живости, равномерны с обеих сторон. Симптом Ром-берга положительный. Чувствительная сфера без нарушений. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Анализы крови, мочи и кала — без патологии. Электрокардиограмма — без отклонений от нормы. При рентгенологическом обследовании также никаких отклонений от нормы выявить не удается. Кранио-грамма — без отклонений от нормы.

Больной достаточно внушаем и впечатлителен и должен быть отнесен к «художественному типу». Он просит его не лечить гипнозом, так как боится этого метода.

В связи с тем, что больной достаточно внушаем и относится к сильному неуравновешенному типу высшей нервной деятельности с преобладанием первой сигнальной системы над второй, решено провести курс суггестивной психотерапии без введения в гипнотическое состояние, к которому у него имеется предубеждение.

В несколько затененном помещении гипнотария больному предложено сесть в удобное кресло, закрыть глаза и внимательно слушать слова врача-психотерапевта, не стараясь напрягаться.

Затем врач тихим, но достаточно слышным голосом начинает сеанс суггестии в бодрствующем состоянии больного.

«Расслабьте всю мускулатуру Вашего тела!.. Дышите спокойно, глубоко... В этом состоянии покоя, отдыха Вы будете хорошо воспринимать все мои слова, все мои внушения! С каждым последующим сеансом суггестии Вы будете все лучше расслабляться в этом кабинете, все лучше воспринимать и фиксировать в своем сознании все мои формулы внушения. Спать Вы не будете, никакого гипноза у Вас не будет, но, тем не менее, с каждым последующим сеансом суггестивной психотерапии Вы будете отмечать, как улучшается Ваше состояние, самочувствие и настроение... Вы будете замечать, что улучшается Ваш обычный нормальный ночной сон... Вы будете ложиться в постель в строго определенное Вами самим время... К этому часу Вы будете отмечать, как с

каждым разом Вы все больше и больше хотите спать... Вы охотно будете ложиться в постель, и как только Ваша голова коснется подушки, Вы будете быстро, приятно и совершенно незаметно погружаться в физиологический сон. Ваш сон будет крепким и глубоким, без всяких неприятных сновидений, без неприятных ощущений, без излишних пробуждений. Сон имеет огромное значение для клеток Вашей нервной системы, поэтому я внушаю Вам — спать лучше, спать крепче и не менее 7—8 ч в сутки. По мере того, как будет укрепляться Ваш нормальный ночной сон, Вы будете отмечать, что исчезают Ваши боли в области сердца, которое, как показали специальные исследования, совершенно здорово и не имеет никаких органических изменений! У Вас прекрасное, молодое и совершенно здоровое сердце, сосуды, кровяное давление! Боли в сердце возникали у Вас из-за расстройства нервной системы функционального и вполне излечимого характера в связи с переживаниями и нарушениями сна.

Теперь, по мере того как Ваш сон нормализуется, станет лучше и совершенно безболезненно работать Ваше сердце.

...Исчезнет Ваша раздражительность, повысится аппетит, настроение. С каждым последующим сеансом внушения Вы будете замечать, как все новые и новые запасы сил, бодрости и энергии как бы вливаются в Ваш организм и делают Вас здоровым, бодрым и жизнерадостным человеком!»

По этой схеме было проведено 20 сеансов внушения в бодрствующем состоянии, и вскоре у больного стали отмечаться положительные сдвиги — наладился сон, аппетит, настроение. Уменьшились, а затем и исчезли боли в области сердца.

После 20-го сеанса суггестивной психотерапии больной сам попросил прекратить лечение в связи с тем, что чувствует себя совершенно здоровым. Наблюдения за больным показали, что результат лечения весьма стоек и рецидива не наблюдается в течение одного года.

На основании своего опыта и опыта других психотерапевтов можно прийти к заключению, что метод суггестивной психотерапии, проводимый без явлений внушенного сна, является весьма эффективным.

19

ВНУШЕНИЕ В СОСТОЯНИИ ГИПНОТИЧЕСКОГО СНА

Как уже указывалось выше, провести резкую грань между внушением в бодрственном состоянии и внушением, проводимым в состоянии гипнотического сна, трудно. Крупный советский психотерапевт К. И. Платонов считал, что лучше называть «лечение внушением в гипнозе» — внушением в состоянии внушенного сна.

К. И. Платонов (1966) на Всесоюзном совещании по психотерапии говорил: «Хотя меня не раз упрекали за увлечение гипнозом, я по сей день считаю, что гипнотерапия — это основной ствол психотерапии». Большим сторонником гипнотерапии был также известный психоневролог В. М. Бехтерев. В настоящее время такие психотерапевты, как В. Е. Рожнов и И. В. Стрельчук (1966), также считают метод гипнотерапии одним из важнейших разделов психотерапии.

Известно, какой огромной силой обладает слово, используемое для внушения в состоянии гипнотического сна.

На основании своего личного опыта психотерапевта, полученного во время работы в клинике внутренних болезней, метод гипнотерапии следует считать ведущим среди всех других методов психотерапии внушением. Ввиду того, что явления суггестии и гипноза тесно переплетаются друг с другом, мы считаем необходимым пользоваться термином — «гипно-суггестивная психотерапия».

Необходимо, хотя бы кратко, остановиться на механизме возникновения гипнотического сна. Следует вспомнить работы школы И. П. Павлова, установившие, что физиологический сон может развиваться не только при общем утомлении массы нервных клеток коры головного мозга, но и от истощения какого-либо изолированного участка коры при длительном воздействии раздражителя, падающего на эту группу нервных клеток. В этом случае физиологический механизм сна заключается в том, что определенные корковые клетки, реагирующие на данный длительно действующий внешний агент, истощаясь, переходят в тормозное состояние, а при отсутствии противодействия со стороны других деятельных пунктов коры тормозной процесс, распространяясь (ирра-дируя) на соседние районы, обуславливает сон.

Если проанализировать механизм гипнотического сна и условия его возникновения, то мы увидим, что основные законы, установленные И. П. Павловым для обычного сна, действительно и для гипноза.

Обычный естественный сон он рассматривал как разлитое торможение, охватившее всю кору и даже нижележащие отделы, гипноз же И. П. Павлов представлял как частичный или

«парциальный» сон, считая внутреннее торможение и сон одним и тем же процессом.

Для вызывания гипноза используются различные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой или кожный анализаторы.

На зрительный анализатор воздействуют светом мигающих зеленоватых лампочек или предлагают фиксировать взгляд больного на

20

блестящей поверхности медицинского молоточка; наконец, предлагают смотреть во влажно поблескивающие глаза гипнотерапевта. При этом в зрительном анализаторе испытуемого возникает процесс торможения, который, по законам иррадиации, распространяется на соседние участки мозговой коры. В результате этого возникает сон, но сон необычный, а искусственно вызванный — гипнотический.

При действии на слуховой анализатор пользуются различными звуковыми раздражителями. Это может быть звук метронома, ритмически раздражающий слух гипнотизируемого, или звук монотонно гудящего индуктора. В настоящее время, при наличии техники, мы записываем на пленку магнитофона различные слабые звуки, имитирующие шум падающего дождя, стук колес поезда, завывание ветра в трубе или шум морского прибоя.

Все эти звуковые раздражители, если они длительно действуют, истощают нервные клетки слухового анализатора гипнотизируемого, вызывая в них процесс охранительного торможения, что закономерно влечет за собою возникновение «частичного», т. е. гипнотического, сна.

Для того, чтобы этот сон остался частичным и не перешел в общий сон (полное разлитое торможение), гипнотизирующий путем словесного внушения, также действующего через слуховой анализатор, все время поддерживает необходимый контакт с усыпляемым, не давая тормозному процессу распространиться на всю зону слухового анализатора и за его пределы. Таким образом, в зоне слухового анализатора загипнотизированного создается своеобразный «сторожевой пункт», через который и поддерживается контакт больного с гипнотерапевтом. Для вызывания гипнотического сна через кожный анализатор пользуются воздействием на кожу в виде своеобразного массажа. Равномерно поглаживая кожу испытуемого своей теплой рукой, гипнотерапевт раздражает кожные рецепторы, от которых в кору головного мозга идет поток импульсов, постепенно истощающих нервные клетки кожного анализатора, что и вызывает в конце концов процесс торможения. Иррадиация этого тормозного процесса, как и в предыдущих случаях, ведет к возникновению сна, сна, искусственно вызванного — гипнотического. Воздействие через кожу также может сопровождаться произношением формул внушения, напоминающих усыпляемому признаки сонливости и сна, что позволяет сохранять «сторожевой пункт» в его звуковом анализаторе. Анализ методов, вызывающих гипнотический сон, позволяет увидеть большое сходство между гипнотическим и обычным, нормальным сном. Отсюда вытекает важный вывод о том, что гипноз по своей природе весьма физиологичен, а следовательно, лишен отрицательных для больного влияний и последствий.

В гипнотическом сне все сделанные врачом-психотерапевтом лечебные внушения реализуются и закрепляются на длительные сроки.

С другой стороны, достаточно погрузить больного, например гипертонической болезнью, в гипнотический сон, как артериаль-

21

ное давление у него снижается, устанавливаясь на нормальных цифрах. У лиц, испытывающих боли в области сердца, при погружении в гипнотическое состояние эти боли стихают.

Интересно отметить, что указанные явления возникают спонтанно, без специальных лечебных внушений, направленных на нормализацию кровяного давления или устранение болевого синдрома. Наоборот, при погружении в гипнотическое состояние, например, больных бронхиальной астмой, у которых, как правило, имеется гипотония, артериальное давление повышается — нормализуется.

Нередко мы переводили гипнотический сон в естественный ночной или, наоборот, переводили обычный сон в гипнотический. Эта возможность перевода гипнотического сна в обычный нормальный сон, как нам кажется, еще раз свидетельствует об идентичности обычного и гипнотического сна.

Показания для применения внушения в гипнотическом сне и при применении внушения в бодром состоянии зависят от ряда обстоятельств, связанных с личностью больного. Есть категории больных, у которых наблюдается достаточно высокая внушаемость в бодром состоянии, но они плохо впадают в гипнотический сон; с другой стороны, есть больные, которые боятся гипноза и

просят их не «усыплять». В ряде случаев родители больного ребенка возражают против гипнотизации. При таких обстоятельствах показана суггестия в бодрственном состоянии. Наоборот, есть больные, которые даже без достаточных к тому оснований требуют, чтобы их погрузили в глубокий гипноз; иногда следует применить в этих случаях суггестию для углубления гипнотического сна.

Суггестия в глубоком гипнотическом сне показана при необходимости снять сильные боли, не поддающиеся анальгетикам; при новообразованиях, невралгии тройничного нерва, сильных головных болях иной этиологии, а также при фантомных болях. В других случаях лечебное внушение хорошо реализуется даже при легких степенях гипнотического сна.

При выработке показаний к различным видам суггестии следует проверить так называемую гипнабельность больного, т. е. способность больного впасть в гипнотическое состояние достаточной глубины. Замечена большая зависимость гипнабельности больного от его внушаемости в бодром состоянии. Глубина гипнотического сна зависит также от типа высшей нервной деятельности больного, его темперамента и других особенностей личности. Второй фактор, от которого зависит гипнабельность, — это обстановка, в которой протекает сеанс гипнотерапии. Третий фактор, от которого зависит успешная гипнотизация больного, — это опыт врача-психотерапевта, его авторитет и техника.

По нашим наблюдениям, особенно хорошо лечится гипнотерапией бессонница всех видов и причин, ее вызвавших. Весьма положительные результаты получены при лечении атипических форм бронхиальной астмы, а также тех форм инфекционно-аллергической

22

астмы, где после устранения активного очага инфекции в органах дыхания приступы бронхиальной астмы продолжают по условно рефлекторному механизму. Хорошие результаты при применении гипнотерапии были получены при устранении приступов стенокардии, вызванной спазмом венечных артерий без выраженных проявлений атеросклероза. Вполне удовлетворительные результаты наблюдаются при лечении гипертонической болезни первой и второй стадии. Большой эффект от применения гипнотерапии наблюдается у больных, страдающих неврозами с преимущественными нарушениями со стороны внутренних органов («неврозы внутренних органов»).

Особенно хорошие результаты наблюдаются в нервной клинике при лечении неврозов типа истерии и неврастении. Весьма обнадеживающие результаты наблюдались нами при применении гипнотерапии у больных гипертиреозом, при некоторых формах несахарного и сахарного диабета. Мы применили с хорошим эффектом гипнотерапию при ожирении, не обусловленном серьезными органическими причинами и расстройством эндокринной системы.

Гипносуггестивная психотерапия применялась также при некоторых кожных заболеваниях. Весьма убедительный эффект отмечен нами при лечении ряда заболеваний у детей в виде различных логоневрозов, ночном недержании мочи, дурных привычках.

Удовлетворительные результаты были получены при применении гипнотерапии при наркоманиях (хронический алкоголизм, табакокурение, а также при кокаинизме и морфинизме).

Противопоказаниями для гипнотерапии следует считать острый инфаркт миокарда в острой стадии. Различные нарушения мозгового кровообращения (тромбоз, инсульт), третью стадию гипертонической болезни и гипертонический криз. Мы считаем противопоказанным применение гипнотерапии в тех случаях, когда человек боится гипноза или имеет к нему предубеждение.

В качестве примера приведем выписку из истории болезни больного Н.

В кабинет гипнотерапии при I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова направлен из поликлиники больной Н. с диагнозом: бронхиальная астма в стадии обострения (атипическая форма), хронический бронхит, хроническая эмфизема легких.

Больной Н. 45 лет. По профессии инженер-электрик. Заболел 8 лет назад. Причину заболевания связывает с частыми простудами и тяжелыми переживаниями. Пневмонией не болел. Первый приступ бронхиальной астмы возник в связи со смертью ребенка. После того, как было получено известие о гибели ребенка, внезапно почувствовал удушье, появились хрипы в груди. Приступы стали повторяться. Лечился амбулаторно. Принимал антаман, теофедрин, которые снимали приступы. Так как состояние ухудшалось, был помещен в больницу. Выписался с значительным улучшением. Но как только возвратился к себе на квартиру, сразу же стали возникать приступы бронхиальной астмы, частотой 2—3 приступа в сутки, плохой сон.

При обследовании: больной астенической конституции. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Подкожно-жировой слой выражен слабо. При росте 173 см вес 68 кг. Пульс — 80 в 1 мин,

ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены.

23

Артериальное давление— 115/70. Число дыханий — 22 в 1 мин, несколько удлинена фаза выдоха. Границы легких расширены. Подвижность нижних легочных краев — 3 см. При перкуссии — легочный звук с коробочным оттенком. Притупления нет. Аускультативно — в легких множество сухих, звучных хрипов над всеми отделами. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, равномерно участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Со стороны нервной системы: зрачки правильной формы, равномерны, с живой реакцией на свет. Язык по средней линии. Глоточный рефлекс усилен. Правая носо-губная складка чуть сглажена. Симптом Ромберга положительный. Тремор вытянутых пальцев рук и языка. Сухожильные рефлексы повышенной живости, равномерны. Чувствительная сфера без нарушений. Дермографизм — красный, стойкий, линейный.

Лабораторно-инструментальные данные: анализы крови, мочи, кала без отклонений от нормы. В анализе мокроты — эозинофилы в большом количестве. Кристаллов Шарко — Лейдена и спиралей Куршмана не обнаружено. Консистенция мокроты слизисто-гнойная, вязкая. Палочек Коха не обнаружено.

На электрокардиограмме — без существенных отклонений от нормы. При рентгеноскопии легких и сердца — без существенных изменений. Отмечается повышенная прозрачность легочных полей. Затенений нет.

В связи с выявившейся повышенной внушаемостью и гипнабельностью, а также желанием больного лечиться методом гипнотерапии и недостаточно эффективной медикаментозной терапией начато лечение внушением в состоянии гипнотического сна. С первого же сеанса впал в состояние глубокого гипнотического сна, с утратой кожной болевой чувствительности. Формула внушения была следующей: «Устройтесь поудобнее... дышите спокойно и глубоко, как в обычном сне... и по мере того, как я буду считать, Вас будет охватывать приятное состояние покоя, отдыха, приятной неподвижности... Раз!.. Все тело тяжелеет, словно наливается свинцом... в голове возникает легкий туман... Два!.. Уходят все тревоги, все волнения, впечатления дня... Три!.. Приятная сонливость, дремота все нарастают, все усиливаются... Четыре!.. Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг Вас... не хочется ни о чем думать, тревожиться, волноваться... Пять!.. Сонливость все нарастает, все усиливается... Шесть!.. Дыхание стало ровным, спокойным, глубоким, как в обычном сне... нет сил, нет желания двигаться... Семь!.. В голове возникает легкий туман... он все нарастает... все усиливается... все сгущается... Восемь!.. Вы слышите мой голос, он действует на Вас успокаивающим, словно убаюкивающим образом... Девять!.. Ничто Вас не волнует, не тревожит... не беспокоит... Десять!.. Все тело отяжелело, расслабилось, словно налилось свинцом... Одиннадцать!.. Засыпайте!.. Засыпайте глубже!.. Двенадцать!.. Это состояние, этот покой действуют на Вас благотворно, отдыхает все Ваше тело, вся Ваша нервная система... Тринадцать!.. Спите совсем крепко!»

После проверки глубины гипнотического сна мы переходим к специальным лечебным внушениям: «Теперь Ваша нервная система подготовлена к восприятию моих лечебных внушений... Я внушаю Вам, что с каждым последующим сеансом гипнотерапии Вы будете все глубже и крепче погружаться в лечебный сон, но мой голос, мои слова, мои внушения Вы будете слышать и воспринимать сквозь эту лечебную дремоту. Я внушаю Вам, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом Вы будете чувствовать себя все лучше, все спокойнее, все жизнерадостнее... С каждым последующим сеансом Вы будете отмечать, что Ваше дыхание становится все спокойнее, все ровнее... исчезают приступы бронхиальной астмы... они становятся все реже, все слабее в своей интенсивности, пока совершенно и окончательно не оставят Вас!.. Отныне на Вас не будут действовать отрицательно никакие воздействия внешнего мира... никакие запахи, никакие изменения погоды, температура, ветреность, влажность, барометрическое давление! Теперь Вы будете реагировать совершенно спокойно на все волнения, треноги, огорчения, не принимая ничего «близко к сердцу»! Исчезает нервный кашель, спазм бронхов, затрудненное дыхание... Ваше дыхание становится все спокойнее, все ровнее... дышится легко, свободно, полной грудью!» и т. д. Такова примерная формула внушений, проведенная для нашего больного. После пятого сеанса гипнотерапии приступы бронхиальной астмы резко уменьшились, стали слабее

24

в своей силе. После 10-го сеанса приступы астмы прекратились, однако для закрепления

достигнутых результатов сеансы гипнотерапии были продолжены. Всего на курс было проведено 18 сеансов. Ремиссия прослежена в течение двух лет. Рецидива заболевания нет.

Анализируя результаты, полученные у нашего больного, следует отметить следующее. Больной был достаточно гипнабелен и верил в успех проводимой психотерапии. У больного была атипичная форма бронхиальной астмы, что, по нашим наблюдениям, как правило, дает хороший эффект. Предыдущая медикаментозная терапия успеха не имела. Тяжесть течения заболевания была средней. Все эти данные давали основания считать показанной гипнотерапию. Эффект лечения оказался вполне удовлетворительным.

Интересно отметить следующее. Больной приходил на лечение в астматическом состоянии, но как только он переступал порог гипнотария и ложился на кушетку, спазм бронхов у него исчезал и дыхание становилось свободным, что отмечал и сам больной неоднократно. Это говорит за то, что сама обстановка кабинета и гипнотическое состояние, которое быстро развивалось у больного, действовали на него благотворно.

Оценивая эффективность гипнотерапии, следует сказать, что там, где показания были выработаны правильно, были получены положительные результаты.

Там, где показания для направления на гипнотерапию были неосновательными, эффект от проводимой гипнотерапии был низким.

Следует отметить, что если больным, принимающим сеансы гипнотерапии, верил в успех проводимой гипнотерапии, — эффект от лечения был положительным; если же проводимая психотерапия не вызывала почему-либо доверия у больного или у него было предубеждение к гипнозу, — эффект был недостаточным.

С другой стороны, было отмечено, что для реализации лечебных внушений в состоянии гипнотического сна совершенно не нужно особо глубокого погружения в гипнотическое состояние. Уже в первых степенях глубины гипнотического сна внушение хорошо воспринималось и реализовалось.

Было отмечено также, что с каждым последующим сеансом гипнотерапии глубина сна автоматически нарастала, что отмечали все наши больные.

По нашим наблюдениям, внушение, проводимое в состоянии гипнотического сна, весьма эффективно и данный метод является одним из ведущих в суггестивной психотерапии вообще.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ПСИХОАНАЛИЗ)

Дать четкую формулировку того, что нужно понимать под аналитической психотерапией, крайне трудно. Все авторы, занимавшиеся вопросом психоанализа, уклоняются от этой трудной

25

задачи и занимаются в основном критикой фрейдизма и неопрейдизма.

По нашему представлению, аналитическая психотерапия — это один из методов психотерапии, основанный на восстановлении специальной методикой у больного с помощью врача так называемых «ущемленных комплексов», находящихся в «бессознательной» сфере, «вскрытии» этих комплексов и доведении их до «сознания» больного.

Фрейдом разработана специальная терминология, без которой врачам, занимающимся психоанализом, трудно понять его концепцию.

Краеугольным камнем теории Фрейда и его последователей о происхождении неврозов и некоторых соматических заболеваний является пансексуализм, что является, по нашим представлениям, глубоко ошибочным.

В Западной Европе, и особенно в Соединенных Штатах Америки, широким признанием пользуется инфантильно-сексуальная теория неврозов, созданная Фрейдом. Эта методика основана на идеалистических концепциях Фрейда и его последователей, которые считают, что в основе всех неврозов и ряда других патологических состояний лежат различные явные и скрытые сексуальные переживания и влечения.

По этой теории, в раннем детском возрасте, обычно в первые три года жизни, и никогда не позже пятого года, у ребенка появляется ряд впечатлений, которые он не способен оценить, как недозволенные или запретные. Эти влечения носят сексуальный характер. Например, половое влечение девочки к отцу или мальчика к матери (так называемый «эдиповский комплекс»). Возможны также и аутоэротические влечения: нарциссизм, мастурбация, гомосексуальные влечения и т. п.

В процессе воспитания ребенок, по мнению Фрейда, узнает о запретности этих влечений, и они в сознании ребенка подавляются. Даже сама мысль о существовании этих влечений становится неприемлемой из-за несовместимости ее с понятиями о приличии.

Эти недозволенные мысли и желания не допускаются до сознания и вытесняются в так называемое бессознательное, в дальнейшем подвергаясь амнезии.

Силы, подавляющие эти недозволенные влечения, Фрейд назвал термином «цензура», а сам процесс подавления этих влечений — «вытеснением».

Переживания, которые оказались вытесненными в «бессознательное», получили название «комплексов». По мнению Фрейда, если последующие переживания приведут к усилению этих комплексов, то тогда может возникнуть заболевание неврозом.

В норме энергия вытесняемого сексуального влечения, по Фрейду, «сублимируется» (переводится) в допускаемые «цензурой» виды деятельности, такие, как, например, благотворительность, искусство, наука или религия. Если же этот процесс вытеснения

26

сексуального влечения встречает какое-либо препятствие и оказывается нарушенным, то аффективно заряженные комплексы могут оторваться от первоначально вызвавших их переживаний и присоединиться к каким-либо представлениям или психическим актам, находя в них свое, символическое выражение. В результате этого может появиться явление какой-либо навязчивости, либо истерический симптом или же болезненное влечение. Случаи, когда «вытесненный комплекс» присоединяется к симптому соматического заболевания, обозначается Фрейдом термином — «конверсия» («конверсионная истерия»).

Таким образом, причина болезни, по Фрейду, кроется в комплексных переживаниях, возникших в раннем детстве. Эта причина может быть долго скрытой, обнаруживаясь лишь спустя долгие годы. По Фрейду, во время неудачного замужества подавляемое чувство отвращения к мужу может усилить ущемленный комплекс и привести к появлению истерической рвоты, как символа отвращения.

Исходя из изложенных выше представлений, Фрейд предложил свой метод лечения неврозов, т. е. метод психоанализа, основанный на восстановлении в памяти («вскрытии») сексуальных переживаний детского возраста, по его мнению, являющихся причиной неврозов.

Для «вскрытия» этих инфантильно-сексуальных «комплексов» предложены различные истолкования высказываний больного при помощи особого кода сексуальной символики, также разработанной Фрейдом.

Сама по себе идея о роли сексуального не нова и была высказана известным русским физиологом И. М. Сеченовым, который считал, что у девяти женщин из десяти имеет место заболевание неврозом, возникшим на почве сексуальных переживаний и неудовлетворенности в половом отношении.

Однако Фрейд не только чрезвычайно переоценил значение сексуального в жизни человека, но и фактически свел чрезвычайно сложный и многосторонний генез неврозов только к пан-сексуализму.

В целом созданная Фрейдом теория неврозов является глубоко ошибочной. Ее основное исходное положение — признание «инфантильных сексуальных комплексов» в качестве универсальной причины болезни — является недоказанным и основано на весьма произвольном толковании фактов.

Положительной стороной в работах Фрейда являлось то, что он привлек внимание к вопросу о влиянии влечений на психические процессы, а также к проблеме бессознательного. В частности, он показал некоторые конкретные проявления «бессознательного»: влияние его на описки, оговорки, отдельные невротические симптомы. Кроме того, положительным в работе Фрейда является указание на роль конфликтов между «долгом и желанием» в возникновении неврозов (А. М. Свядош, 1963).

27

В ранних клинических работах Фрейдом был поставлен ряд важных психологических проблем, и в первую голову проблема бессознательного, скрытых мотивов поведения больного в клинике и значение этого фактора для клинициста. Фрейд привлек внимание к сложности и значимости «внутреннего мира» человека, к интимным переживаниям здоровых и невротиков, к вопросу о последствиях подавленного влечения, к конфликтам напряженных стремлений, к подчас трагическим противоречиям между сферами «желаемого» и «должного» (Ф. Бассин, В. Рожнов, М. Рожнова, 1972).

По Фрейду, подобно тому, как спящий во сне мечется, кричит, потеет, а иногда проливает слезы при кошмарном сновидении и тотчас же успокаивается, как только его разбудят, точно так же и у невротика наступает излечение, как только он «осознает» суть конфликтной, эротической

ситуации.

Для того, чтобы излечить больного и выяснить скрытые причины невроза, «вытесненные» в подсознание, фрейдисты подвергают анализу сновидения, случайные описки и оговорки, допущенные больным. При психоанализе по Фрейду, врач предлагает больному, находящемуся в расслабленном, полудремотном состоянии, как бы высказывать свои «мысли вслух», не мешая свободным ассоциациям, приходящим на ум больному, как бы неожиданными, а подчас и нелепыми, с точки зрения больного, они ни были.

В этой своеобразной психоаналитической «беседе» врача с больным, где ведущую роль осуществляет врач, «вскрываются», по мнению фрейдистов, «ущемленные комплексы». Насколько произвольны эти выводы, можно судить по тому, как анализируются подчас сновидения больного психоаналитиком-фрейдистом. Как правило, в любом сновидении в приснившихся образах по особому «коду» психоаналитиком усматривается сексуальный смысл.

Обрывки мыслей, обмолвки, ошибки в написанном тексте, несвязные слова, случайно оброненные больным, — все это таит для психоаналитика особый смысл, помогая проникнуть в «тайное тайных» больного. По Фрейду, искусство и мастерство психоаналитика заключаются в том, чтобы сам больной не проявлял нарочитой заинтересованности в излагаемом материале (информации), а врач умел бы направлять эту беседу в сторону отыскания источника тех или иных травмирующих психику эротических переживаний, находящихся в подсознании в виде «ущемленных комплексов». Психоаналитик «роется» в психике больного, анализируя его раннее детство, когда весь мир ребенка был полон символами, а первичные и оголенные желания распределяли все вещи и отношения по принципу удовольствия и неудовольствия.

Многие врачи-психоаналитики за рубежом считают психоанализ эффективным методом лечения. По данным Night, при лечении больных неврозами этим методом не менее шести месяцев выздоровление или значительное улучшение наблюдается в 63% случаев, в том числе у 46% больных неврозом навязчивых состояний.

28

Ближайший ученик Фрейда — венский психиатр Adler, отойдя от сексуальных концепций построения неврозов, отрицая роль полового влечения в их этиологии, считал, что в основе неврозов лежит конфликт между стремлением к могуществу и чувством собственной неполноценности. Невроз, по его представлению, — не болезнь, а лишь определенный способ изжития чувства собственной неполноценности и завоевания положения в обществе.

Интересно в этой связи высказывание И. П. Павлова, жившего в период наибольшего расцвета фрейдизма. Великий ученый-физиолог говорил: «Когда я думаю сейчас о Фрейде и о себе — мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный тоннель в подошве большой горы — человеческой психике. Разница состоит, однако, в том, что Фрейд взял немного вниз и зарылся в дебрях бессознательного, а мы добрались уже до света... Изучая явления иррадиации и концентрации торможения в мозгу, мы по часам можем ныне проследить, где начался интересующий нас нервный процесс, куда он перешел, сколько времени там оставался и в какой срок вернулся к исходному пункту. А Фрейд может только с большим или меньшим блеском и интуицией гадать о внутренних состояниях человека, он может, пожалуй, сам стать основателем новой религии».^x

Следует учесть, что в обосновании современных клинических, физиологических и психологических представлений огромное значение имеет павловское учение о нервизме. Именно на основе идеи нервизма были выявлены и конкретно исследованы сложнейшие влияния, которые нервная деятельность в своих высших (второсигнальных) формах, опирающихся на функции речи и обобщения и тесно связанных с аффективной жизнью, оказывает на разнообразные проявления физиологической активности человеческого организма.

Принципиальные расхождения, которые существуют между строго научным подходом к проблеме бессознательного и подходом психоаналитическим, выступают, например, при интерпретации причин различных невротических расстройств, которые психоаналитики пытаются обосновать на основе надуманного принципа «символизации». Как было показано еще И. П. Павловым и его школой, подобные расстройства связаны в действительности с процессами самовнушения, основанными на так называемых «роковых», по выражению И. П. Павлова, физиологических отношениях, характерных для нервной деятельности и психики невротиков (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1972).

Как правильно указывает А. М. Свядощ (1959), в некоторых случаях в результате лечения методом психоанализа устраняется болезненный симптом, что еще совсем не доказывает его инфантильно-

сексуальный генез. По всей вероятности, это объясняется Длительно и систематически проводимым внушением или убежде-

¹ С. Д. Каминский. Диагностические нарушения деятельности коры головного мозга. М. 1948, с. 195—196. Запись Ю. П. Фролова.

29

нием, сопутствующим психоанализу. Психотерапевты хорошо знают, что если болезненный симптом устраняется убеждением, то это еще не говорит о правильности того, в чем убеждали больного. Об этом же свидетельствуют факты исцеления больных знахарями.

С физиологической точки зрения, их можно рассматривать как очаги патологического инертного возбуждения, более или менее изолированные от остальной коры вследствие отрицательной индукции вокруг очага или индукционных влияний со стороны других участков коры.

Вопреки фрейдистам, ограничившим психическую деятельность первобытного человека инстинктами (преимущественно половым и агрессивным, якобы существовавшими в «первобытной орде»), учение И. П. Павлова доказало, что все народы, независимо от стадии исторического развития, обладают наследственным аппаратом высшей нервной деятельности — двумя сигнальными системами действительности. На протяжении миллионов лет механизмы обеих сигнальных систем стали частью физиологической структуры человека и передавались из поколения в поколение (М. В. Снежневский, 1960).

Если фрейдисты утверждают, что во всех психических проявлениях человека главенствуют инстинкты, вплоть до высших (общественная деятельность, наука, искусство и т. д.), то И. П. Павлов на основе экспериментальных данных показал, что главенство в высшей нервной деятельности принадлежит условно-рефлекторной системе.

Признание фрейдистами главенствующей роли бессознательных инстинктов над сознанием человека ведет к понижению роли сознания второй сигнальной системы действительности, возникшей благодаря общественно полезному труду. Биологизируя психику, человеческое поведение и закономерности, лежащие в основе общественно-исторических процессов, идеалистическое учение Фрейда отвлекает внимание от социальных проблем, делая человека игрушкой сексуальных инстинктов и страстей. Реакционная сущность фрейдизма обнажается при его попытке объяснить даже социальные явления, начиная с обрядов и мифов о «первобытной орде» и кончая современными войнами, якобы неизбежными в силу самой природы человека.

Так, например, в 1932 г. Фрейд, отвечая на призыв А. Эйнштейна принять участие в борьбе за сохранение мира, в открытом письме заявил, что война, по-видимому, вполне естественная вещь, ибо «агрессивный или разрушительный инстинкт... действует в каждом живом существе, стараясь разрушить его, свести жизнь к ее первоначальному состоянию неодушевленной материи».

Трагедия войн, якобы обусловленная самой природой человека, нарисованная Фрейдом, не только мрачна и принципиально неверна. Она, кроме того, по существу, глубоко аморальна. По Фрейду, человек, совершающий преступление, выполняет только неискоренимые зовы, якобы исходящие из глубин его животного

30

существа. Обилие трагедий в жизни народов и отдельных людей, согласно теории психоанализа, лишь следствие того, что усвоенные нормы нравственности заставляют постоянно вытеснять естественные порывы в тесные глубины бессознательного. Удерживать же в этих глубинах подобные порывы удается лишь ценой здоровья, и то только до поры до времени.

«Несомненно, что это своеобразное узаконивание животного начала в человеке как чего-то принципиально неустраняемого значительно способствовало оправданию и распространению аморальности там, где фрейдизм оказал через художественную и научную литературу и искусство широкое влияние на умы и сердца нескольких поколений» (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1972).

Фрейд применял гипноз для проникновения в бессознательное своих пациентов (метод гипнокатарзиса), но затем он отошел от гипноза, что и лишило его экспериментальной базы, на которую можно было бы опираться при изучении неосознаваемых форм психической деятельности.

Полученные при исследовании неосознаваемых форм высшей нервной деятельности данные советских исследователей заставляют отвергнуть то, что психоаналитическая концепция пыталась утвердить, обосновывают то, что теория психоанализа отклонила, и, наконец, подчеркивают моменты, которые эта теория игнорировала.

В настоящее время психоаналитическое течение переживает серьезный кризис, затрагивающий

его основы. Последний Международный психоаналитический конгресс (Майнц, ФРГ, 1971) показал, что в рамках самого психоаналитического направления существует серьезная оппозиция основным, традиционным теоретическим концепциям фрейдизма.

Все вышеизложенное показывает, почему психоанализ не приемлем для практического врача-психотерапевта, однако мы должны быть элементарно знакомы с основными концепциями фрейдизма.

Дальнейшее углубленное исследование проблемы бессознательного с позицией диалектико-материалистической методологии является одной из перспективных и важных задач, которую будут решать советские ученые.

ДРУГИЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА

Одним из современных методов психотерапии является метод аутогенной тренировки. За последние десятилетия темп жизни в мире чрезвычайно возрос, предъявляя к нервной системе человека повышенные требования.

Наблюдается известный диссонанс между большими требованиями к интеллекту человека, его эмоциональной сфере и сравнительно малой нагрузкой его мускулатуры. Действительно, больш-

31
тая нагрузка, предъявляемая к нервной системе, нередко приводит к «срыву». В свою очередь этот «срыв» проявляется значительными нарушениями не только со стороны нервно-психической деятельности, но и нарушениями функций ряда других органов и систем, в частности: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, желчевыделительной и других систем. В настоящее время твердо установлены этиология и патогенез многих невро-генных функциональных заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, стенокардия, дискинезия желчновыделительной и пищеварительной систем и др.

Терапия заболеваний этого типа только лекарственными средствами нередко оказывается безрезультатной. В этих случаях благоприятный эффект может оказать один из видов психотерапии.

За последнее десятилетие рядом ученых предложен и с успехом применяется новый метод психотерапии, так называемая аутогенная тренировка. Как показали исследования, волевыми усилиями человек может изменить в ряде случаев состояние регуляторных нервных механизмов, тем самым влияя на напряженность мускулатуры, ритм сердца, дыхание, тонус сосудистой системы, температуру тела.

Метод аутогенной тренировки оказался эффективным не только при чисто функциональных расстройствах нервной системы, но и при лечении ряда внутренних, кожных и других заболеваний.

В Советском Союзе этот метод стал систематически изучаться и применяться с 1957 г. в клинике неврозов Украинского психоневрологического института. В дальнейшем этот метод, в связи с его эффективностью, получил распространение в ряде клиник Москвы, Ленинграда, Горького, Харькова (Н. В. Иванов, В. Е. Рожнов, М. С. Лебединский). Более подробно этот метод описан в книге А. Г. Панова, В. С. Лобзина, Г. С. Беляева, И. А. Копыловой «Аутогенная тренировка» (1973).

Физиологические механизмы аутогенной тренировки еще далеко не изучены полностью. Сейчас показана связь функционального состояния центральной нервной системы с тонусом поперечнополосатой и гладкой мускулатуры (А. Г. Панов, В. С. Лобзин и др., 1971).

В настоящее время установлено, что отрицательные эмоции вызывают значительное мышечное напряжение. При гнев, страхе, значительном волнении возникает стесненное дыхание, нервная дрожь, сдавленный голос. Наоборот, при положительных эмоциях у человека наблюдается полное расслабление мышц, раскрепощение гладкой мускулатуры, состояние покоя всего тела.

Оказалось, что в состоянии мышечного расслабления возбудительный тонус коры больших полушарий головного мозга значительно снижается, и человек начинает управлять путем самовнушения теми процессами в организме, которые, казалось бы, не управляются волей.

Рядом ученых разработан метод целенаправленного самовнушения, когда человек приводит свой организм в состояние полной

32

релаксации (расслабления), во время которого он влияет на свою вегетативно-сосудистую систему, обменные процессы и психическое состояние.

Аутогенная тренировка, конечно, не дается легко, а требует значительных подготовительных

упражнений. Этот метод психотерапии предусматривает прежде всего волевую релаксацию — расслабление мышц с последующим целенаправленным самовнушением. Значительные возможности самовнушения в процессе аутогенной тренировки обусловлены возникновением концентрированного раздражения определенного участка коры полушарий на фоне общего снижения коркового тонуса. Преимущества аутогенной тренировки заключаются в том, что при правильном применении и под контролем врача она не имеет фактически противопоказаний. Показаниями для применения аутогенной тренировки являются различные заболевания, в основе которых лежат функциональные расстройства. Хорошие результаты достигаются при лечении бронхиальной астмы, неврогенных стадий гипертонической болезни и стенокардии, начальной стадии эндартериита, болезни Рейно и многих других нейро-висцеральных заболеваний.

Существует много методов проведения аутогенной тренировки. Наиболее известна методика Шульца. Эта методика состоит из шести основных упражнений. Первое упражнение заключается в обучении больного умению глубоко и быстро вызывать полное расслабление мышц тела. Второе упражнение — заключается в вызывании ощущения тепла в руках и ногах с помощью произвольного влияния на тонус периферических сосудов. Третье упражнение направлено на произвольную регуляцию ритма сердечной деятельности. С помощью четвертого упражнения аутогенной тренировки воздействуют на ритм и глубину дыхания. Пятое упражнение ставит задачу научить человека умению вызывать ощущение тепла в области живота (волевым воздействием на тонус сосудов брюшной полости). Шестое упражнение учит вызывать у себя чувство прохлады в области головы волевым влиянием на тонус сосудов этой области тела.

Все вышеописанные упражнения проводятся с помощью специально подобранных словесных формул целенаправленного самовнушения. Так, выполняя первое упражнение, человек мысленно произносит следующую формулу: «Моя правая рука становится все более и более тяжелой!» При этом вскоре можно отметить на специальных весах, как конечность действительно тяжелеет. В другом случае произносится формула: «Моя левая рука становится теплее, чем правая!», и действительно через некоторое время чувствительный термометр отметит значительное потепление левой руки, и т. д. Словесная формула, произносимая больным: «Мое сердце начинает биться медленнее, еще медленнее!» — может вызвать замедление ритма сердечной деятельности на 10—20 ударов в минуту.

Упражнения на релаксацию можно проводить в различных положениях: сидя на стуле или кресле, лежа на спине на диване

2 П, И, Буль

33

или кровати. Все упражнения проводятся с закрытыми глазами, с полным расслаблением всей скелетной мускулатуры.

Полный курс упражнений требует большой тренировки и длится около 12 недель. Каждое упражнение проводится в течение двух недель, по три раза в сутки, по 5—10 мин и более. Упражнения проводятся в разное время суток: утром — сразу после пробуждения в горизонтальном положении; днем — во время обеденного перерыва; вечером — перед сном в положении лежа, непосредственно перед засыпанием. Овладев полностью этими упражнениями, можно начать работу над более сложными комплексами релаксации, направленными к органотренировке.

Постоянно контроль и руководство аутогенной тренировкой больного должен осуществлять врач, и формулы самовнушения должны составляться в соответствии с характером болезни, жалоб больного и его индивидуальными особенностями.

Для лечения различных заболеваний и групп больных рядом авторов предлагаются специальные словесные формулы. Так, например, в «сердечной группе» (стенокардия, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь и др.) дается следующая развернутая формула самовнушения: «Я совершенно спокоен. В любой обстановке хорошо владею собой. Я ничто не принимаю близко к сердцу, хладнокровен. Мое сердце бьется спокойно, ритмично и сильно. Приятное тепло как бы струится от моей левой руки в левую половину груди!». При гипотонической болезни, наоборот, целесообразно вызывать не чувство тепла, а прохладу во всем теле и заканчивать тренировку резким вставанием (А. Г. Панов, В. С. Лобзин, И. А. Копылова, 1971).

В «легочной группе» подобраны больные, страдающие бронхиальной астмой, психогенными неврозами дыхательной системы.

В «брюшной группе» объединены больные со спастическими запорами, дискинезиями желчевыделительной системы и другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Созданы группы «нарушения сна», группы больных, страдающих головными болями, и другие. Насколько реальны и доступны упражнения при аутогенной тренировке, видно из того, что почти каждый человек сравнительно быстро может овладеть различными "видами релаксации. Например, достаточно лечь человеку на доску, установленную по принципу «детских качелей», и представить себе ярко, что он едет на велосипеде, как вскоре, при полной неподвижности тела, нижний конец доски начнет опускаться. Человек, вообразивший себе езду на велосипеде, невольно расширяет периферические сосуды нижних конечностей по механизму безусловных и условных рефлексов, кровь приливает к ногам и мышцам. В результате резко возрастает кровенаполнение в нижних конечностях, и «качели» перемещаются вниз. Каждый человек, как больной, так и здоровый, может в достаточной степени пользоваться аутогенной тренировкой, создавая у себя хорошее настроение. С помощью аутогенной тренировки легко снимается так называемая «предстартовая лихорадка» у спортсменов,

34

повышая спортивный стимул перед соревнованиями у боксеров, бегунов и других. Аутогенную тренировку психотерапевты советуют проводить (с психогигиеническими целями) утром и вечером. А. Г. Панов, В. С. Лобзин, И. А. Копылова (1971) рекомендуют проводить психогигиеническую гимнастику, состоящую из трех частей. Первая часть—лежа на спине с закрытыми глазами. Проводящий эти упражнения мысленно произносит следующие формулы самовнушения: «Я совершенно спокоен». Затем возможно более ярко надо представить себе, что правая рука очень тяжелая, мысленно произнося про себя: «Моя правая рука очень тяжелая. Она словно налилась свинцом. Тяжесть разливается по всему телу. Появляется приятное чувство тепла в правой руке. Я весь охвачен теплом, как в теплой ванне. Легкая прохлада обвеивает лоб». Вторая часть — надо представить себе: «Я весел и спокоен. Дыхание свободное, ровное, глубокое. Я словно заряжаюсь внутренней энергией. Свежесть и бодрость наполняют меня. Владею собой без усилий. Впереди плодотворный день. Воля собрана как пружина. Мышцы напряглись. Внимание... Встать!» Третья часть — встать с постели и приступить к физической зарядке. По мнению авторов, утренняя психогигиеническая гимнастика обеспечивает эмоциональную уравновешенность и сосредоточенность.

Вечерняя психогигиеническая гимнастика проводится перед сном. Лежа в постели, обращают особое внимание на ощущение тепла в конечностях и во всем теле.

Методика и принципы аутогенной тренировки еще полностью не сложились. Нужен поиск наиболее эффективных приемов, с учетом индивидуальности больного и особенностей каждого заболевания. Нам кажется, целесообразным изучать упражнения йогов, известные человечеству с древнейших времен, и брать от них самое нужное и ценное, отбрасывая все наносное и ложное.

Физиологическая трактовка этого вида психотерапии требует еще объяснения, и в этом отношении многое может дать изучение научного наследия И. П. Павлова, Н. Е. Введенского и А. А. Ухтомского.

Подробное изучение влияния аутогенной тренировки на физиологические процессы было проведено А. М. Свядош и А. С. Ромен (1961, 1966).

Во время мышечной релаксации, наблюдаемой во время аутогенной тренировки, возникает ослабление тонуса не только поперечнополосатой, но и гладкой мускулатуры. Резко уменьшается также и эмоциональная напряженность.

В состоянии релаксации наступает некоторое снижение артериального давления, замедление пульса (на 4—6 в минуту). Дыхание становится более медленным и поверхностным. В состоянии Релаксации наблюдается легкая сонливость, которая сравнительно ^Легко может переходить в сон.

Релаксация, уменьшая поток интерцептивных импульсов, ведет ^к снижению реактивности гипоталамуса и тем самым уменьшает

а*

35

эмоциональную возбудимость. По данным А.М. Свядоша и А. С. Ромена состояние покоя и релаксации является гипнотическим, фазовым. Отсюда понятна повышенная в этом состоянии внушаемость. Особую силу в этом состоянии приобретает и самовнушение. Особенностью релаксации является то, что это состояние вызывается самовнушением, и то, что при ней гипнотическое состояние может быть избирательным по направленности, в силу чего возможен контроль за своими переживаниями и осуществление дальнейших самовнушений.

Были проведены специальные исследования изменений температуры кожи при проведении аутогенной тренировки (А. С. Ромен, 1961): 100 здоровым испытуемым, ранее не занимавшимся

аутогенной тренировкой, было предложено сесть в удобной позе, закрыть глаза и мысленно внушать себе (представлять), что их рука стала теплой. В результате у 83 было отмечено, что у них действительно появилось ощущение тепла в руке. Однако, когда измерили температуру кожи, то оказалось, что у 97 из 100 температура кисти сколько-нибудь существенно не изменилась (колебание в пределах 0,1—0,2 градуса). Лишь у троих (2 актера-профессионала и 1 актер-любитель) она изменилась на 0,5—0,8 градуса.

После этого исследования 50 здоровых лиц из числа тех, которым не удалось произвольно изменить температуру кожи, были подвергнуты в течение 1—4 месяцев аутогенной тренировке. После этого 40 из 50 смогли за несколько десятков секунд путем соответствующего самовнушения в состоянии релаксации повысить или понизить у себя температуру кожи на 0,3—0,4 градуса; причем 30 из них — более чем на 0,6 градуса. Таким образом, испытуемые научились произвольно влиять на тонус кровеносных сосудов. Выработанную способность произвольного воздействия на температуру кожи у ряда испытуемых удавалось обнаружить даже через год после прекращения аутогенной тренировки. На возможность произвольного влияния на температуру кожи на несколько градусов с помощью аутогенной тренировки указывают многие и зарубежные ученые.

Японские авторы у больного с фистулой желудка при самовнушении «живот теплый» в состоянии релаксации наблюдали не только повышение температуры кожи живота на 2 градуса, но и увеличение кровотока в стенке желудка, а также усиление его моторной активности.

В другой серии опытов изучалась возможность возникновения анестезии при аутогенной тренировке (15 студентов и 2 врача). Испытуемые, овладевшие техникой аутогенной тренировки и никогда ранее не подвергавшиеся гипнозу, внушая себе, что тело их напряглось, научились вызывать у себя резкую мышечную каталепсию. При этом наступало сужение сознания, появлялось ощущение невесомости тела и оно свободно удерживалось на весу, образуя так называемый «каталептический мост». У них же при самовнушении: «рука ничего не чувствует», «рука не моя» возникала анестезия, при которой можно было безболезненно проколоть кожную складку,

36

Анестезию у 50% лиц, занимавшихся аутогенной тренировкой, можно было вызывать, используя метод Шульца.

Один из молодых врачей, занимавшийся аутогенной тренировкой, был способен путем самовнушения произвольно ускорять частоту сокращений сердца с 68 до 144 в минуту и замедлять ее до 46 в одну минуту. Во время одного из экспериментов при вызывании яркого образного представления — спазма сердца («коронарные сосуды сжались, участок сердца побелел») — у проводившего испытания тут же впервые в жизни возник выраженный приступ стенокардии, который был купирован представлением тепла в области сердца и в дальнейшем не повторялся. Аналогичные указания на возможность ускорения или замедления пульса имеются и у других авторов.

Видимо, у лиц «художественного типа» явления релаксации удается получить легче и быстрее, чем у людей «мыслительного типа». Имеются указания, что при истерическом неврозе большие женщины довольно часто путем патологического самовнушения вызывают у себя различные симптомы «воображаемой беременности» (увеличение живота, набухание грудных желез, прекращение регул и т. д.). Этим же можно объяснить случаи получения «стигм христовых» у религиозных фанатичек путем самовнушения, воздействующего на сосудистые проявления кожи.

Изучение биоэлектрической активности головного мозга, проводившееся во время аутогенной тренировки, показало четкие изменения на ЭЭГ.

Исследование электрической активности головного мозга показало, что в начале релаксации отчетливо выступает альфа-ритм. В дальнейшем в одних случаях отмечается снижение электрической активности мозга, в других — появление медленных волн различной частоты (от 2 до 7 в секунду) и амплитуды (от 25 до 100 мкВ). Они были либо единичными, либо следовали целыми сериями, появляясь периодически. Во время самовнушений, вызываемых представлением тепла, отмечалась депрессия фонового ритма, главным образом в начале самовнушений. У ряда испытуемых в состоянии релаксации, а также во время самовнушений каких-либо изменений на ЭЭГ по сравнению с бодрствованием обнаружить не удавалось.

Диффузный характер изменений электрической активности как во время релаксации, так и в момент самовнушений говорит в пользу зависимости их от тоногенных влияний ретикулярной формации (О. П. Барановская, А. М. Свядощ, А. С. Ромен, 1966). А. Lus, К. Lus (1961) провели электроэнцефалографические, электрокардиографические, пневмографические и плетизмографические исследования у 12 здоровых людей, занимавшихся аутогенной тренировкой.

У испытуемых людей были обнаружены два типа изменений электроэнцефалографической картины во время аутогенной тренировки. У лице преобладанием альфа-ритма обычно быстро наступала фаза «веретен сна», а при выраженном бета-ритме этой фазы не наблюдалось или переход осуществлялся значительно медленнее. На ЭЭГ

37

обычно наблюдалось нарастание медленных волн с одновременным замедлением ритма пульса и дыхания. Анализируя реактивность электроэнцефалограмм, авторы пришли к выводу, что между состоянием аутогенного тренинга и обычного физиологического сна имеется значительное сходство, но отнюдь не тождество.

КОЛЛЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Существует коллективная и групповая психотерапия. Разница между этими формами заключается в том, что при групповой психотерапии воздействие врача направлено на больных, на всю группу в целом.

При коллективной психотерапии используется лечебное влияние коллектива, влияние больных друг на друга. При коллективной психотерапии увеличивается объем внимания и количество воспринимаемой полезной информации возрастает.

Что касается эмоций, то в коллективе происходит эмоциональное воздействие одних больных на других. Правильный подбор больных в психотерапевтическую группу приводит к общему повышению настроения в группе, созданию благоприятного фона для «лечебного ободрения» в группе (Н. В. Иванов, 1962).

Неправильные установки больных, скептическое отношение к лечению некоторых больных и их пессимистические взгляды подвергаются критике и развенчанию со стороны других, более активно настроенных к лечению больных. В. М. Бехтерев (1924) и его сотрудники показали, что суждения больных психотерапевтической группы о каком-либо предмете или явлении после обсуждения их в коллективе становятся более правильными и устойчивыми.

Коллективная психотерапия в России стала широко внедряться с 1900 г. И. В. Вяземским и В. М. Бехтеревым. Стройную систему коллективной гипнотерапии создал В. М. Бехтерев. Собирая в лечебные психотерапевтические группы алкоголиков, он разъяснял им вредное действие алкоголя на организм, после чего больные погружались в гипнотический сон и им проводилось соответствующее лечебное внушение.

Г. Д. Неткачевым и И. Д. Тартаковским (1909) были собраны в лечебные группы больные, страдавшие заиканием. Под руководством врача больные обсуждали особенности заболевания каждого из заикающихся, отчитываясь в своих «победах и неудачах». В. А. Гиляровский (1926) создал группы коллективной психотерапии для невротиков. Он рекомендовал врачебные беседы, сочетая их с максимальным отвлечением от концентрации внимания больных на своей болезни.

Б. Н. Бирман (1930) также применял коллективную психотерапию невротиков, которая заключалась в систематических беседах психотерапевта с больными. Во время этих собеседований вскрывались механизмы невроза у того или иного больного, выяснялись особенности личностной установки.

38

Особенно полно коллективная психотерапия была разработана Н. В. Ивановым (1958). Этот видный психотерапевт считает коллективную психотерапию стимулирующей терапией, во время которой используется механизм создания в головном мозге новых очагов возбуждения благодаря организации лечебного перевоспитания больного. Это перевоспитание достигается с помощью следующих методических задач: а) постоянное поддерживание живой эмоциональной заинтересованности больного в содержании каждой беседы, проводимой врачом в процессе психотерапии; б) внушение больному твердой убежденности в излечимости своей болезни, что прежде всего связано с укреплением спокойного отношения к возникшему болезненному симптомокомплексу; в) внушение больному необходимости активного проведения мероприятий, способствующих преодолению болезненного процесса.

«Коллективная психотерапия принципиально соответствует советскому мировоззрению, согласно которому принцип коллективизма является мощным фактором, организующим представления советского человека» (Н. В. Иванов, 1958).

Отечественная коллективная психотерапия существенно отличается от групповой психотерапии, существующей на Западе, которая базируется на фрейдистских концепциях («психология толпы», «глубинная психология» и т. д.).

Мобилизуя здоровые стороны высшей нервной деятельности субъекта, отечественная

коллективная психотерапия обеспечивает возможность создания новых очагов возбуждения в коре головного мозга, вселяя в больного бодрость и энергию.

Коллективная психотерапия осуществляется в форме бесед врача-психотерапевта в коллективе специально подобранных больных. Подбор больных организуется путем собеседования индивидуально с каждым больным, после обследования пациента неврологически, соматически и лабораторно-инструментально.

Составив коллективные группы больных, врач разъясняет больным, например, что такое невроз типа неврастении или психастении, рассеивает их сомнения и заблуждения, внушает веру в выздоровление. В дальнейшем психотерапевт указывает пути, по которым должно пойти лечение, говорит, что мешает успешному излечению, показывает, что каждый невроз может быть излечен полностью. Важным звеном коллективной психотерапии является изучение условий жизни больных. При этом необходимы индивидуальные встречи с больными, во время которых производится разбор конфликтных ситуаций жизни больного, своего рода «путешествие по конфликтам» (А. П. Слободяник, 1966).

Заключительным этапом лечения является трудовая активизация больных.

Коллективная психотерапия облегчает условия для тесного контакта врача с больным, хорошо совместима с охранительным Режимом, индивидуальным и коллективным гипнозом, а также ЗДектросном. Вопросам коллективной психотерапии посвящена монография С. С. Либиха (1974).

39

Е. К. Яковлева, Р. А. Зачепиский и В. А. Часов (1959) в коллективную психотерапию включили систематические беседы с группами больных, трудотерапию, занятия лечебной гимнастикой и художественную самодеятельность. При этом авторы исходят из работ видного психотерапевта В. Н. Мясищева (1954), показавшего, что в патогенезе неврозов человека главную роль играет эмоциональное отражение личных трудностей больного, вытекающих из сформированных в течение жизни характерологических его особенностей.

В. Н. Мясищев (1958) считает, что наиболее целесообразными представляются три варианта коллективной психотерапии: первый вариант — «обсуждение с больными форм и происхождения различных психогенных заболеваний; второй вариант — обсуждение реальных случаев заболеваний; третий вариант — разбор больного в присутствии других больных».

В системе советской коллективной психотерапии группа больных—это дружный коллектив, каждый из членов которого активно помогает друг другу. Здесь и большая общность целей, и товарищеская взаимопомощь в выполнении рекомендаций врача. Во время коллективной психотерапии идет интеллектуальная, сознательная переоценка больным своих болезненных переживаний. Наконец, в основе советской коллективной психотерапии лежит ведущая роль врача, что обеспечивает разумное обсуждение, понятие и усвоение больными врачебных указаний и разъяснений.

Физиологический механизм коллективной психотерапии еще не вполне ясен. Правда, много в этом отношении сделано Н. В. Ивановым (1962), который показал, что при методике коллективной психотерапии происходит активная мобилизация личности, ее компенсаторных сил на основе выработки новых связей, тренировки нервных процессов путем создания в мозге новых сильных динамических структур, которые, будучи более сильными, по закону индукции могут погасить или разрушить патодинамические структуры, обуславливающие заболевание.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ТРУДА

Идея психотерапевтического воздействия труда при некоторых психических и соматических заболеваниях не нова. Уже в 1901 г. в России И. Ф. Рюль и В. Ф. Саблер указывали, что трудовая терапия в понимании психиатра тесно смыкается с психотерапией. Крупнейший зарубежный авторитет в области лечения трудом — Simon (1920), проводивший эту работу в Германии, также придерживался этого взгляда. Вместе с тем было бы неправильно полностью отождествлять терапию трудом с психотерапией, так как та и другая терапия имеют свои определенные задачи и свои особые методы. Компенсирующая терапия трудом при ряде психических заболеваний бывает весьма эффективна в психиатрической клинике. В качестве примера можно сослаться на случай, описанный Ре-пондом (цитируется по С. Л. Цетлину и М. С. Лебединскому, 1959).

40

Больная, медицинская сестра, находилась несколько месяцев в клинике Репонда в состоянии кататонического возбуждения со слуховыми галлюцинациями и агрессивным поведением по отношению к персоналу. Некоторый контакт имелся у больной с самим Репондом. Однажды последний предложил больной заменить на ночном дежурстве заболевшую сестру. Больная с

благодарностью приняла предложение, облеклась в халат сестры, добросовестно и толково исполняла свои обязанности, внимательно относилась к больным и сделала интересные, показавшие активную наблюдательность записки в дневнике. Сняв на следующее утро халат, уединилась в углу палаты; больная вновь ушла в себя, перебраниваясь со слышащимися ей голосами. Благоприятные изменения состояния наступали у больной каждый раз с включением ее в работу.

Включение больной в иную, близкую к ее личности систему отношений с окружающими резко изменяло ее поведение. Заставляло ее, хотя и временно, иначе относиться к больным и врачам. В этом случае влияние труда на больную было, по-видимому, более широким, чем это описано автором.

Трудовая терапия дает весьма благоприятные условия для проведения коллективной психотерапии. М. С. Лебединский (1959) считает, что труд занимает столь большое место в формировании личности, в перестройке ее, а также в преодолении различных функциональных нарушений и в построении совершенных компенсаций, что, не прибегая в процессе психотерапии к использованию этих возможностей, весьма часто бывает крайне трудно и даже невозможно достигнуть существенного успеха.

Нередко больные, главным образом шизофренией, именно в процессе коллективно проводимого труда хорошо преодолевают свои аутистические установки и асоциальные тенденции. В свою очередь трудовая терапия создает благоприятные условия для проведения психотерапии. Для понимания роли трудотерапии имеют значение исследования, проведенные еще И. М. Сеченовым, который доказал, что при утомлении руки перерыв в ее работе для отдыха обеспечивает более полное восстановление ее функций, если в это время испытуемый будет делать ритмичные движения другой рукой. И. М. Сеченов показал, что соответствующим образом подобранная работа поведет к «зарядке энергии нервных клеток» (цитируется по М. С. Лебединскому, М., 1959).

С другой стороны, следует учитывать высказывания И. П. Павлова о роли и значении эмоционального фактора, весьма существенного в трудовой деятельности, в работе коры больших полушарий.

Психотерапия и лечение трудом вместе составляют особую группу тесно связанных между собой методов лечения, отличную от прочих методов лечения, хотя их и не следует чрезмерно противопоставлять друг другу.

Труд, будучи правильно подобран, удовлетворяет все жизненно важные потребности человека, он крайне необходим для человека, он благотворно влияет на его эмоциональную сферу, и его лечебное значение как в теоретическом, так и практическом плане исключительно велико. Значение труда как средства терапевтического воздействия подтверждается в лечебной практике, стимулируя и нормализуя жизнедеятельность человека.

41

При организации трудотерапии, решая задачи как теоретического, так и практического порядка, нужно исходить из теснейшей связи психотерапевтического метода лечения с методом лечебного воздействия трудом.

Решая вопросы трудовой терапии, нельзя исходить только из соматического статуса больного, а необходимо учитывать психическое его состояние.

Насколько важное и положительное значение для больного имеет его постоянный привычный труд, показывает тот факт, что перевод на инвалидность иногда резко ухудшает состояние больного.

Все мероприятия и поступки врача-психотерапевта должны быть пронизаны психотерапевтическим подходом к больному, с учетом его внушаемости, однако без потакания его болезненным (и подлежащим устранению в процессе лечения) тенденциям больного. «Мы не должны сужать понимание трудотерапии, ограничивая ее трудом больных только в лечебных мастерских. Особенно в СССР и во всех строящих социализм странах положительная роль труда для личности настолько выросла, что почти невозможно проводить психотерапию без самого серьезного внимания к вопросам, связанным с трудом» (М. С. Лебединский, 1959, с. 282).

Психотерапевтическое значение трудовой терапии крайне велико, она требует особого внимания как к выбору труда, так и к возможности удовлетворить моральные и материальные потребности пациента. Следует добиться позитивного отношения больного к условиям труда, к коллективу, в котором будет работать больной, к вопросам материального характера, что имеет большое значение для лечебного эффекта трудовой терапии.

Лечение психических заболеваний, неврозов и ряда соматических заболеваний методом трудовой терапии непосредственно связано с вовлечением в этот процесс психотерапии в самом широком аспекте. Желательно, чтобы больные в процессе трудовой терапии как можно сознательнее и позитивнее относились к окончательным результатам воздействия этим методом и конечным целям лечения.

Однако было бы неправильно рассматривать трудовую терапию как только стимулирующее или активирующее лечение. Нельзя упускать из виду и возможности применения трудовой терапии как фактора, успокаивающего и уменьшающего нагрузку на центральную нервную систему.

Задачи трудовой терапии на разных стадиях болезни и лечения для каждого больного весьма индивидуальны и зависят от многих факторов: типа высшей нервной деятельности, конституции, степени внушаемости и т. п.

Рациональное лечение трудом показано, как и всякого метода психотерапии, только при постановке для каждого больного своих индивидуальных строго определенных задач. Изучение материалов и историй болезни некоторых больных показывает, что трудотерапия не только отвлекает больного от болезненных переживаний

42

в процессе труда, но в ряде случаев полностью освобождает его от таковых.

А. О. Долин, С. В. Клещев, М. К. Петрова (1938) показали возможность достижения лечебного эффекта путем образования отрицательной индукции. По-видимому, то, что раньше понимали как отвлекающую терапию трудом, имеет физиологическую основу в воздействии отрицательной индукцией.

Психотерапевтическое вербальное воздействие как врача, так и всего окружающего медперсонала, организующих трудовую терапию, должно стремиться усилить интерес больного к трудовым операциям, тем самым содействуя образованию на их базе доминирующих очагов в коре полушарий головного мозга.

Иногда под влиянием тех или иных проявлений болезни возникают антитрудовые установки, связанные с общим нарушением социальных установок личности (М. С. Лебединский, 1959, 1971). Перестройка их наиболее эффективно решается в процессе трудовой терапии. Вовлечение такого больного в трудовые действия является крайне необходимым, ибо без этого невозможно достичь перестройки установок личности по отношению к труду, коллективу и близким. Антитрудовые установки личности бывают крайне разнообразны. Часто они связаны с неправильной оценкой своих возможностей. Часто это недооценка своих возможностей, а нередко и переоценка таковых.

Как уже указывалось, крайне важно подобрать наиболее соответствующий данному больному характер труда, так как неправильно подобранный труд, в частности недоступный ему труд, может закрепить или даже создать у него ложное чувство ограниченности своих возможностей, образовать у больного мысль об отсутствии жизненной перспективы. Для целей трудовой терапии важно предоставить больному такой труд, с которым он способен хорошо справиться, однако не слишком простой и примитивный, чтобы у больного не возникло чувства пренебрежения к своей личности, что в свою очередь могло бы отрицательно сказаться на его самолюбии. Врач должен вселить в больного уверенность, поддержать его при первых неудачах в лечебном труде, внушить ему веру в дальнейшие успехи его трудовой деятельности.

Психотерапевтическое значение труда накладывает на врача-психотерапевта обязанность строго индивидуального подхода к больному с учетом всех его особенностей, используя все, что осталось в его психике сохранным.

Нередко в некоторых лечебных учреждениях трудовая терапия организуется с большой недооценкой психотерапевтических возможностей этого метода, без учета которых нет и не может быть лечебного эффекта.

Трудовая терапия является эффективным методом и средством преодоления многих патологических механизмов, укоренившихся у ряда больных уже тогда, когда предшествующим лечением созданы достаточно благоприятные условия для их компенсации. Кроме того, трудовая терапия способствует более рациональной органи-

43

зации режима и быта больных, взаимоотношении между больными. В лечебных учреждениях, где стационарированы соматические, длительно болеющие больные, хорошо поставленная трудотерапия дает возможность предупредить возникновение у них вторичных неврозов и патологическое развитие личности.

Таким образом, трудотерапия, наряду с психотерапией, создают все условия для успешного и

более полного эффективного лечения как нервно-психических, так и некоторых соматических заболеваний.

КАУЗАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Для того, чтобы избавиться от некоторых болезненных синдромов, имеющих в своей основе условнорефлекторный генез, достаточно выявить и осознать вызвавшую их причину. По-латыни слово *causa* — причина, поэтому и метод лечения, основанный на выяснении и осознании причины, называют каузальной, или причинной, психотерапией.

Физиологам давно известно, что если человеку многократно вводить подкожно инсулин, то вскоре замена инсулина инъекцией физиологического раствора или даже дистиллированной воды может вызывать, по законам условнорефлекторных связей, условнореф-лекторную гипогликемию.

Выработанный таким образом условный рефлекс возникает независимо от желания человека и не может им быть произвольно угашен. Однако, если больному станет известно, что ему вместо инсулина была введена дистиллированная вода или физиологический раствор, то условнорефлекторная гипогликемия у него не возникнет.

По-видимому, в данном случае условнорефлекторная связь, замкнувшаяся на уровне первой сигнальной системы, окажется заторможенной импульсами, идущими из второй сигнальной системы после того, как она получила в первой сигнальной системе достаточное отражение и оказалась с ней связанной. А. М. Свядощ (1959) считает, что условный рефлекс в этом случае не возникает, так как вызвавший его условнорефлекторный раздражитель получил новое сигнальное значение, т. е. наступление условнорефлекторной реакции будет объясняться переделкой сигнального значения услов-норефлекторного раздражителя.

На этих предпосылках и основывается каузальная психотерапия, дающая возможность устранения патологической условнорефлекторной реакции или влияния очага патологического инертного возбуждения при осознании тех обстоятельств, которые привели к их возникновению. Так, например, О. В. Кербиков (1955) рассказывает о человеке, эрудированном в вопросах медицины, который имел впервые приступы стенокардии тогда, когда он находился в парикмахерской. Когда в следующий раз он пришел в парикмахерскую, приступ повторился. Больной решил бриться дома. Но как только он взял в руки бритву — опять сжимающая боль в области сердца, опять стенокардитические явления. Так установилась временная

44

патологическая связь. Однако, как только он осознал, что эта патологическая связь носит временный характер, и уяснил это, он вновь мог посещать парикмахерскую и бриться сам.

Под нашим наблюдением находился больной М., у которого приступы стенокардии стали повторяться в связи с приходом в палату его родной сестры и закономерно исчезали или купировались либо с уходом сестры или при даче нитроглицерина. При опросе больного выяснилось, что после смерти матери он и его сестра стали делить имущество покойной, при разделе возникла конфликтная ситуация, и в этот момент у больного развился первый приступ стенокардии. В дальнейшем, несмотря на то, что больной и его сестра помирились, приступы стенокардии продолжали возникать при виде сестры. В процессе каузальной психотерапии нам удалось показать условнорефлекторный механизм этих приступов стенокардии.

Как только наш больной понял механизм своих приступов — они полностью исчезли и больше не повторялись.

«Вместе с больным или помимо его, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения» (И. П. Павлов, 1951). К сожалению, отыскание причины, породившей заболевание, иногда удается с трудом. Только хорошо собранный, углубленный анамнез жизни и заболевания дает в руки врача возможность отыскать истинную причину заболевания. В ряде случаев много ценного может дать ассоциативный эксперимент, а также изучение сновидений больного. Нередко весьма помогает расспрос во время гипнотического сна, позволяющий больному под руководством врача вспомнить давно забытые подробности из жизни больного.

Когда обнаружены причины, вызвавшие заболевание, и выявились имевшиеся у больного очаги застойного инертного возбуждения или патологически зафиксировавшиеся условнорефлекторные связи, не нашедшие достаточного отражения во второй сигнальной системе, то тогда приступают к разъяснению их больному (А. М. Свядощ, 1959). При этом стремятся, чтобы сам больной пришел к выводу о существовании этих связей.

При лечении по методу каузальной психотерапии, особенно при лечении истерического невроза,

следует учесть, что при прикосновении так сказать к «больному пункту», т. е. при воздействии условно-норефлекторного раздражителя на очаг патологического инертного возбуждения, у больного нередко возникает бурная эмоциональная реакция, часто сопровождаемая рядом экспрессивных движений. По мнению А. М. Свядоща (1959), в достижении психотерапевтического эффекта в этих случаях, вероятно, играет роль и ослабление очага патологического инертного возбуждения.

К сожалению, метод каузальной психотерапии как таковой не всегда приводит к терапевтическому эффекту. Значительно выгоднее применять этот метод в комплексе с психотерапией рациональной и суггестивной. Этот метод следует применять при лечении невро-

45

зов, когда причина, вызвавшая заболевание, не ясна, но ее удастся выяснить в процессе раскрытия анамнеза больного.

В качестве примера можно привести следующее наблюдение.

В гипнотарий был доставлен мальчик 13 лет в крайне истощенном состоянии. Мать сообщила, что у ее сына имеют место многократные рвоты, связанные с приемом пищи. Все, что ни съест, немедленно вызывает рвоту. Заболевание длится уже полгода. Врачи-терапевты не находят органических изменений в пищеварительной системе. Все предпринятые исследования, лабораторные и рентгенологические, отклонений от нормы не выявляют. Невропатологи также не находят органических изменений и ставят диагноз: «анарексия невроза». Между тем истощение ребенка достигло устрашающих размеров (снижение веса на 15 кг). Это заставило обратиться к психотерапевту за помощью. При расспросе выяснилось, что заболевание возникло вслед за смертью отца. Выяснилось также, что рвота возникает чаще при приближении ребенка к цветам, которые мать очень любит. На одном из сеансов гипноза, в который наш больной легко и глубоко погружается, ему было внушено, что он отчетливо вспоминает те обстоятельства, при которых у него впервые появилось отвращение к цветам и возник первый акт рвоты. Мальчик рассказал, что впервые отвращение к запаху цветов возникло у него в тот день, когда он простался с телом отца и нагнулся, чтобы его поцеловать. Он почувствовал резкий запах цветов и еще чего-то неприятного. Дело было летом, и от трупа исходил специфический запах разложения. Помнится, что его чуть не стошнило. На вопрос врача-психотерапевта: «Что же является, по Вашему мнению, причиной вашей рвоты?» — мальчик ответил: «Запах трупа в перемешку с запахом цветов». После того как причина заболевания была вскрыта и проведено лечебное внушение, рвоты полностью прекратились. Отдаленные результаты прослежены в течение одного года. Рецидива не наступило. В этом случае каузальной психотерапии отчетливо выступает факт того, что условно-норефлекторная реакция (рвота) исчезла, как только были вскрыты условия ее возникновения и осознаны больным, а условный раздражитель (в данном случае запах цветов) — устранен.

В другом случае нами наблюдался больной, страдавший повторными приступами бронхиальной астмы. Первый приступ астмы возник в комнате, при укладке вещей на зиму, обильно посыпавших нафталином. В дальнейшем, как только больной обонял запах нафталина, закономерно возникал приступ астмы. Однако больной сам об этом не догадывался, и эта зависимость была вскрыта врачом-психотерапевтом в процессе изучения анамнеза. Была взята пустая коробка и на ее крышку наклеена этикетка с надписью «нафталин», в коробку насыпан мел. На одном из приемов врач заявила больному, что сейчас придется вызвать обычный приступ бронхиальной астмы вдыханием запаха нафталина. После чего больного попросили понюхать коробку с этикеткой «нафталин». Как только больной сделал над коробкой несколько глубоких вдохов, у него тотчас же появилось стесненное дыхание, появились хрипы, а затем развился обычный приступ удушья. Тогда врач обратился к жене больного с вопросом: «Разве в этой коробке нафталин?» Женщина понюхала порошок и отрицательно покачала головой. Больной удивленно посмотрел на нас, еще раз понюхал коробку и радостно заявил: «Теперь понимаю! Это у меня условный рефлекс!» После чего приступ удушья немедленно прекратился. В дальнейшем у данного больного и истинный запах нафталина уже не вызывал

46

приступов бронхиальной астмы, так как больному стала ясна причина его повторных приступов. Анализ этого случая показывает, что условно-норефлекторный раздражитель перестал действовать, как только больной осознал причины, вызывающие повторные симптомы заболевания; к сожалению, каузальная терапия эффективна лишь в тех случаях, когда нет активного патологического процесса, обуславливающего заболевание.

ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ

Ввиду того, что нередко психотерапевтическое воздействие проводится наряду с лечебным воздействием ряда фармакологических средств, возникает вопрос, всегда ли лечебный эффект при таком сочетании зависит от лекарственного средства и его химического состава.

Было отмечено, что нередко действие лекарственных средств зависит от состояния нервной системы и психики больных, что особенно проявляется при применении новых лекарственных препаратов. В связи с этим психотерапевты стали использовать прием-плацебо.

Плацебо — это индифферентное (контрольное) вещество, которое по своим внешним свойствам, а также цвету, запаху и вкусу весьма сходно с лекарственными препаратами, но не содержит действующего фармакологического начала.

Эффект плацебо оказывает свое воздействие на всех людей. Более того, эффект плацебо может даже у некоторых людей превышать силу подлинного лекарственного вещества. Та или другая сила воздействия, психотерапевтическое воздействие и действие фармакологического агента, зависят от многих факторов, в том числе от степени желания больного быть излеченным, от степени его внушаемости и т. п.

По данным С. С. Либиха (1970), отмечается положительный эффект плацебо: у больных грудной жабой — 38%, после тяжелых послеоперационных болей — 30%, при морской болезни — 58% и т. д.

Плацебо может оказывать действие во время приступа мигрени, возникшей под влиянием психического напряжения. Например, когда приступ мигрени возник после неприятной беседы у больного с собеседником, больному было сделано подкожное введение физиологического раствора, т. е. вещества, которое не должно было оказать действия на болезненный симптом. После инъекции физиологического раствора приступ мигрени быстро купировался, а физиологический раствор сыграл роль плацебо.

Известно также, что у некоторых больных неврозами в состоянии тревоги или страха даже повышенные дозы лекарственных средств оказываются неэффективными, в то время, как раньше, в состоянии покоя, они действовали благотворно. Наблюдаются также факты, когда больные неврозами и другими соматическими заболеваниями не могут уснуть даже после приема больших доз снотворных средств,

47

если они чем-либо встревожены или возбуждены. Известны случаи, когда у больного с фистулой желудка лекарственные вещества, действующие в спокойном состоянии пациента, в состоянии тревожного возбуждения никакого действия не оказывали.

Для уяснения характера действия плацебо уместно привести данные экспериментального исследования И. П. Павлова. В опытах на животных доказано, что если собаке, поставленной в станок, вводить морфин, то она быстро засыпает. Если провести серию таких опытов, то в дальнейшем собака начинает засыпать даже от впрыскивания обычного физиологического раствора. В дальнейшем даже один укол иглой с пустым шприцем действует безотказно. И, наконец, даже один вид шприца с иглой, одно помещение собаки в станок начинали вызывать у нее засыпание. И. П. Павлов расценивал это как образование условного рефлекса на все элементы обстановки, связанные с введением безусловно действующего фармакологического вещества — морфина. Итак, после ряда процедур одна обстановка, в которой проводилось исследование, становилась условным раздражителем, вызывающим такое же действие, как морфин.

Известны многочисленные исследования в гипнозе, когда испытуемому давали индифферентную жидкость, но при этом внушали, что дается определенное лекарственное вещество, эффект действия которого больному был известен, — при этом получали положительный терапевтический эффект.

В ряде случаев оказывалось, что внушение превышало химическое действие фармакологического лечебного средства.

Общеизвестно, что при лечении фармакологическими средствами, в том числе психофармакологическими, большое влияние оказывает коллектив больных, то взаимовнушение и взаимовоздействие, которое они оказывают друг на друга, сообщая друг другу об эффективности фармакологического препарата.

Однако большинство врачей считают, что злоупотреблять назначением плацебо не следует, так как это может подорвать доверие больного к врачу. С другой стороны, есть случаи, когда индифферентное вещество, данное больному в качестве плацебо, вызывало явления токсикоза под влиянием того же внушения.

Целесообразно и при изучении влияния новых лекарственных препаратов составлять специальные

группы больных и «волонтеров», на которых проверяется действие данного лекарственного вещества. Давая препарат в качестве лекарства и плацебо, следует «засекречивать» их и от врача, дабы и врач не внушал больному его целебные свойства.

ПСИХООРТОПЕДИЯ

Этот вид терапии — функциональная тренировка или методическая терапия при помощи упражнений — является одним из основных методов лечения убеждением и суггестивной терапией. Психиатры и невропатологи часто встречаются с больными, страдающими истерическим неврозом с частичной агравацией и даже симуляцией. Психотерапевты хорошо знают, что эта категория боль-

48

ных особенно трудно поддается лечению. Эта категория больных плохо поддается разъяснительной терапии, внушению в бодром состоянии, не приносит успеха также и замаскированная терапия. А. П. Слободяник (1966) рекомендует психотерапевтам прибегать к прямому воздействию через первую сигнальную систему действительности, к методам функциональной тренировки или методической терапии при помощи упражнений. В легких случаях различных фобий наиболее результативной будет терапия с помощью упражнений при содействии слова, убеждения. Здесь больного следует перевоспитывать ласково-убеждающими формулировками, избегать применять повелительные и императивные словесные команды.

Так, например, если у больного агрофобия или понтофобия, вследствие чего он не решается покинуть дом, то рекомендуется первые попытки выхода из дома проделать в сопровождении врача-психотерапевта на короткие расстояния.

При этом врач дает соответствующие ободряющие и внушающие советы и постепенно увеличивает проходимое расстояние, а затем рекомендует больному сделать самостоятельный выход под контролем кого-либо из близких. Как показывает опыт, таким путем удастся получить хороший эффект даже при тяжелых фобиях. Однако в некоторых случаях достигнутый успех может быть непрочным и в течение нескольких мгновений уничтожен неожиданно возникшим чувством страха.

Психотерапевт, проводя беседу с больным, ни в коем случае не должен употреблять таких выражений, как «это у вас пустое воображение» или «с таким слабовольным, как вы, ничего не поделаешь!».

Примером методической терапии при помощи упражнений может служить следующее наблюдение.

Больная Б., 52 лет, мать двоих взрослых детей. Всегда была спокойной, уравновешенной. С раннего детства отличалась мнительностью, нерешительностью, застенчивостью, неуверенностью в себе. Год назад у нее умерла сестра от инфекционного заболевания. После этого у больной появились мысли о том, что она тоже заболеет заразной болезнью и умрет. Больная стала бояться прикосновения к различным предметам, рукопожатий и особенно страшилась выйти на улицу. Она считала, что на тротуарах особенно много бактерий, которые на подошвах могут быть занесены в комнату и вызвать заболевание. Не выходила из дома уже около 8 месяцев.

Ввиду наличия типичного фобического синдрома психоортопедия была направлена на устранение симптома страха перед возможностью заразиться и явлений агрофобии. Полностью доверяя врачу, больная вышла с ним из дома сначала только во двор, на другой день ■— за калитку, позже проходила несколько шагов по тротуару, наконец решилась проехать в трамвае до центра города. Затем больной внушили, что она будет себя так же спокойно чувствовать на улице со своей дочерью. После передачи больной под контроль дочери больная перестала испытывать страх перед улицей и опасностью заражения. Через три Месяца больную убедили в том, что она может самостоятельно совершать прогулки. Через пять месяцев (лечение включало также прием успокаивающих средств) больная уже могла самостоятельно выходить на улицу, гулять, делать покупки^в магазине (А. П. Слободяник, 1966).

Особенно показана психоортопедия (функциональная тренировка) "При массивной истерии с различными телесными симптомами, при

49

нарушении походки, различных параличах, контрактурах, истерической рвоте, икоте, а также при различных видах расстройства чувствительности, психогенной глухоте и истерическом аморозе. Психоортопедия, являясь эффективной формой психотерапии, включает: строгое соблюдение режима, лечебную ритмическую гимнастику, интеллектуальные упражнения, направленные на укрепление волевого процесса; разъяснение больному причин болезни и убеждение. Лечение

рекомендуется проводить в клинике, где больному назначается строгий индивидуальный режим. Рекомендуется проводить лечение в строго определенное время (один-два раза в день с экспозицией упражнений по 10—20 мин). Врач демонстрирует все упражнения и активно участвует в их выполнении.

СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

В Советском Союзе психотерапия рассматривается как сочетанная (неотъемлемая) часть лечебного процесса в комбинации с другими фармакологическими и физиотерапевтическими методами лечения и отнюдь не противопоставляется другим формам лечебного воздействия на психику и соматику больного.

За последнее время опубликовано большое количество научных работ ряда ученых, предложивших сочетанные и комбинированные методы лечения (И. В. Стрельчук, В. Е. Рожнов, А. М. Свядош, И. С. Сумбаев, А. П. Слободяник, М. Э. Телешевская, П. И. Буль, Kretschmer, Dubois и др.). Приведем наиболее интересные и действенные способы сочетанной психотерапии.

Метод И. В. Стрельчука (1949) — комбинированное сочетание прямого внушения с приемом апоморфина при лечении алкоголизма.

Метод А. М. Свядоша (1943) — быстрое купирование истерических выпадений способом наложения на лицо больного маски с незначительным количеством эфира при одновременном внушении нужных формул.

Метод В. Е. Рожнова (1953) — пролонгированный гипноз больных с различными заболеваниями, когда лечебный сеанс длится час-полтора и более. Этот метод может быть применен и в амбулаторной практике. При этом врач проводит свой амбулаторный психотерапевтический прием, наблюдая за другими больными, погруженными в гипнотическое состояние и находящимися в соседних кабинетах. По данным В. Е. Рожнова, такое удлиненное пребывание в гипнозе углубляет их гипнотическое состояние, повышая терапевтическую ценность самого внушения «благодаря суммации словесных раздражителей, так как в удлиненных сеансах больной, как правило, получает большее количество внушений».

Метод Е. А. Попова и В. А. Гиляровского (1939) — лечение сурдомутизма путем сочетания психотерапевтических воздействий с эфирным опьянением.

Метод Kretschmer (1928), который рекомендует для усиления суггестии в состоянии бодрствования применять фарадический ток,

50

что, по его мнению, оказывает на больного сильное непривычное чувственное раздражение скелетной мускулатуры, а также влияние и на его психику. При лечении истерического пареза конечности врач-психотерапевт энергично сгибает и разгибает конечность, сопровождая свои манипуляции формулами суггестии: «Вот смотрите, уже начинает появляться движение, кожа уже покраснела, мускулы уже вздрагивают. Обратите внимание, сейчас начнется движение, помогайте себе! Смелее! Не жалуйтесь! Раз, два! Раз, два!» В это же время врач вызывает в парализованной конечности с помощью фарадического тока, пусть незначительные, но достаточные для демонстрации больному сокращения мускулатуры, стараясь использовать суггестию и побуждая больного к активному движению конечностью. Формулы внушения, в зависимости от обстоятельств, произносятся то спокойно, то повелительно, вплоть до громкого окрика. Сочетанный метод лечения внушением и воздействием фарадического тока применяется успешно и при истерической рвоте. После фарадизации области желудка рекомендуется заставлять больного принимать пищу, начиная с жидких блюд, кончая теми блюдами, которые не принимались ранее больным совершенно. И здесь каждая манипуляция также сопровождается формулами суггестии.

Метод К. И. Стрибмана (1940) — лечение функциональных афоний путем сочетания убеждений в излечимости болезни в комбинации с одновременной гальванизацией корня языка.

Метод Н. В. Канторовича (1959) — сочетание электрокожного раздражения с демонстрацией пациенту наглядных медицинских текстов, плакатов и проч.

Метод Б. Н. Бирмана (1937) — используется при лечении сонно-гипнотической терапией неврастении. У больных во второй половине дня или непосредственно перед сном определяется их внушаемость путем поглаживания надбровной области, сопровождаемого словесным внушением о невозможности поднять веки. Если у больного результаты внушаемости хорошие, то ему внушается углубленный и удлиненный сон. Если данные на внушаемость отрицательны, то назначаются малые дозы снотворных средств, действие которых подкрепляется гипнотическим торможением коры головного мозга. Такой наркогипноз поддерживается до 15 ч в сутки.

Длительность курса, по Б. Н. Бирману, поддерживается от 5 до 15 суток. Лечение проводится только в стационаре.

Метод наркогипноза по М. Э. Телешевской (1959) — медленное введение больному внутривенно 10% раствора гексенала в дозе от 0,5 до 3—4 мл в течение 3—4 мин. При этом больной не доводится до глубокого сна или наркоза. Терапевтический эффект достигается в стадии оглушенности с явлениями некоторой эйфории. Очень важно уже на первом сеансе получить положительные результаты.

Важным показанием в наркопсихотерапии является недостаточная гипнабельность и внушаемость больных. Автор считает показанным свой метод при следующих заболеваниях: психогенный ^мУтизм, афония, заикание, амороз, блефороспазм, астазия-абазия-

51

функциональные параличи, кривошея, судорожные припадки, рвота, отрыжка, икота длительного характера и т. д.; при явлениях навязчивости (фобии), развившейся на фоне неврастении и истерического невроза; при ипохондрической симптоматике невротического генеза; длительных и стойких расстройствах сна и некоторых эмоциональных нарушениях, возникающих при различных неврозах. Рекомендуется произносить четкие и ясные формулы внушения на протяжении всего сеанса наркопсихотерапии.

Метод И. М. Виш и В. П. Ларионова (1957) — сочетание гипноза с электросном. Метод заключается в том, что гипнотическое внушение предшествует воздействию электротокком аппарата «Элек-тросон». Когда больной начинает засыпать под воздействием внушения, тогда присоединяют действие электросна. С включением тока сон быстро достигает значительной глубины. Эту методику авторы предложили использовать для лечения хронического алкоголизма. Методика гипноэлектросна особенно тщательно разработана в трудах М. М. Желтакова, Ю. К. Скрипкина, В. А. Сомова, М. С. Лебединского, А. М. Михайлова (1963).

Метод П. К. Булатова и П. И. Буля (1956) — сочетанное применение электросна и гипноза; предложен для лечения ряда внутренних заболеваний (язвенная и гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и ряд неврозов внутренних органов). Этот метод заключается в том, что вначале с помощью аппарата «Электросон» создается глубокое сонное торможение, и уже на фоне его производится гипнотическое вербальное внушение. Как показал клинический опыт, именно такая комбинация давала более высокий терапевтический эффект и оказалась более целесообразной. Было установлено, что при применении электросна степень насыщения кислородом крови не изменялась, в то время как при гипнозе и обычном физиологическом сне отмечалось падение степени насыщения крови кислородом на 2%.

Выявленный тест — падение насыщения крови кислородом — помогал диагностировать наступление гипнотического состояния и даже его глубину. Выход больного из гипнотического сна сопровождается возвращением к исходному уровню насыщения крови кислородом.

Метод П. И. Буля (1960) — комплексное применение гипноза, фармакологических средств и электросна. Этот метод рассчитан на введение ряда фармакологических средств с отрицательного полюса электрода аппарата «Электросон».

Этот метод гипносуггестивного воздействия и электросна с одновременным введением ряда лекарственных средств (анионы и катионы) через электроды дал весьма обнадеживающие результаты, особенно у больных с бронхиальной астмой и гипертонической болезнью. Введение ионов лекарственных веществ под гипнозом во время электросна сопровождалось контролем пульса, дыхания, артериального давления, ЭКГ, а также пальцевой плетизмографии. Чаще всего вводилась никотиновая кислота, некоторые снотворные, адреналин и другие средства.

ГЛАВА ВТОРАЯ

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Гипнотический сон и явления внушения были известны человечеству в глубочайшей древности. В «папирусе гностиков», относящегося ко второму веку нашей эры, дается описание приемов гипнотизирования, применяемых и поныне. Эти приемы широко использовались жрецами Древней Греции и Египта с религиозными целями. Из дошедшего до наших дней описания жизни и деятельности знаменитого врача древности Асклепиада можно видеть, что в Древней Греции гипноз и внушение применялись уже с лечебными целями.

В средние века скудные знания древних народов о гипнозе и внушении были забыты, а способы и приемы гипнотизирования утрачены. Новые попытки подойти к объяснению гипноза относятся к

XVI—XVII века. Ученые эпохи Возрождения положили начало фантастическому и мистическому учению, известному под названием животного магнетизма. Знаменитый врач того времени, Парацельс, а также его последователи утверждали, что один человек может оказывать влияние на психику другого посредством особой жизненной силы, якобы истекающей из глаз, рук и других частей тела. Эта предполагаемая сила, или эманация, стала называться флюидом. В дальнейшем стали усматривать сходство флюида с действием магнита, и учение получило название «животный магнетизм», а лица, обладавшие способностью передавать его, были названы магнетизерами.

Во второй половине XVIII века это далекое от истины учение было сформулировано и распространено венским врачом Антоном Месмером в тезисах, представленных им в 1774 г. в Парижскую академию наук. Однако честь открытия явлений гипнотизма оспаривал у него ученый-натуралист — Пюисежер. Вполне понятно, что эта мистико-фантастическая теория гипнотизма не могла раскрыть сущности весьма сложных явлений гипноза.

Второй научный период развития гипнотизма начинается с XIX века. Врач-хирург Бред в труде «Нейрогипнология» (1846),

53

отвергая теорию флюидов, рассматривал гипноз как развитие своеобразного сноподобного состояния, возникающего вследствие утомления глаз при длительной фиксации ими блестящего предмета. Бред нашел, что это сноподобное состояние имеет известное сходство с естественным сном, и назвал его греческим словом «гипноз», что означает — сон. Им же было сделано первое описание гипноза и показана возможность вызывать его различными техническими приемами, а также внушением. Он начал использовать гипноз не только для лечения различных болезней, но впервые применил его для обезболивания хирургических операций. Однако труды хирурга Бреда, к сожалению, вскоре были забыты.

В конце 70-х годов XIX века изучением явлений гипноза начали заниматься Шарко и одновременно с ним Бернгейм.

Гипнотическое состояние у испытуемых Шарко вызывал внезапными короткими сильными раздражителями или применял слабые, но длительно действующие раздражения органов чувств (зрения, слуха, осязания). Словесному внушению отводилось второстепенное значение. Он усматривал в гипнозе и истерии много сходного, что привело к ложному представлению о единстве явлений гипноза и истерического невроза. В дальнейшем эта концепция явилась большим тормозом для применения гипноза в клинике.

Более правильную точку зрения занял другой исследователь — профессор Нансийского университета Бернгейм. По его мнению, в основе явлений гипноза лежит нормальное человеческое свойство — внушаемость, заключающееся в склонности одной личности поддаваться влиянию другого человека без достаточной критической проверки. Гипноз рассматривался им как внушенный сон, который может быть вызван у большинства здоровых нормальных людей, главным образом с помощью словесного внушения.

Так как Шарко изучал явления гипноза на больных людях, а Бернгейм — на здоровых, то оба исследователя пришли к двум прямо противоположным выводам, что и послужило поводом к возникновению двух различных школ гипноза: парижской школы и нансийской школы. Первая рассматривала гипноз как патологическое состояние, вторая — как частичный физиологический сон.

Изучение гипноза и внушения в конце XIX века привлекло внимание многих ученых — врачей, биологов, а также представителей педагогики и психологии. Со временем стал накапливаться большой фактический материал. Однако факты, наблюдавшиеся в гипнозе, продолжали поражать своей «загадочностью» и приводили к возникновению самых различных теорий и взглядов на природу и сущность этого явления. Было совершенно непонятно, почему загипнотизированные люди под влиянием внушения с видимым удовольствием ели такие несъедобные вещества, как мел, вату, уголь и т. п., или, например, взрослый человек начинал вести себя как маленький ребенок, у него появлялась детская речь, изменялся почерк и т. д. Непонятным был механизм возникновения анестезии кожи, часто самопроизвольно возникавшей в глубоком гипнотическом состоянии.

54

В конце XIX и начале XX века было выдвинуто много теорий, пытавшихся раскрыть физиологические механизмы гипноза. Одни считали гипноз состоянием сильного раздражения головного мозга, другие — состоянием угнетения его, наконец, третьи рассматривали гипноз как

наивысшую степень бодрствования. Однако ни одна из этих теорий не давала исчерпывающих объяснений.

Такая беспомощность объяснялась тем, что исследователи подходили к вопросу или с идеалистических, или механистических позиций. Физиологическая наука того времени также не могла объяснить сущности гипноза. К этому надо добавить, что ученые, особенно за рубежом, легко становились жертвами шарлатанов и магнетизеров, демонстрировавших различные феномены гипноза с эстрады. Ученые того времени нередко увлекались оккультизмом и спиритизмом и легко скатывались в болото мистики.

Ф. Энгельс (1843), однажды присутствовавший на сеансе некоего престижитора Спенсера Холла в городе Манчестере, вспоминал: «Это был самый обыкновенный шарлатан, разъезжавший по стране под покровительством некоторых попов и продельвавший над одной молодой девицей магнетическо-френологические опыты, имевшие целью доказать бытие божие...»¹ Между тем, известно, что Спенсер Холл получал солидную поддержку со стороны известного зоолога и ботаника А. Рэссел Уоллеса.

Ф. Энгельс сам изучил явления гипноза и повторил ряд виденных им опытов, но пришел к совершенно другим, научно обоснованным выводам: «...Мы заинтересовались этими явлениями¹ и стали пробовать, в какой мере можно их воспроизвести. Субъектом мы выбрали одного бойкого двенадцатилетнего мальчугана. При неподвижно устремленном на него взгляде или легком поглаживании было нетрудно вызвать у него гипнотическое состояние. Но так как мы приступили к делу с несколько меньшим легковерием и пылкостью, чем г-н Уоллес, то мы и пришли к совершенно иным результатам. Помимо легко получавшегося ооченения мускулов и потери чувствительности мы могли констатировать состояние полной пассивности воли в соединении со своеобразной сверхвозбудимостью ощущений»².

Материалистические пути для объяснения единства психических и телесных процессов в организме нашли свое обоснование и развитие в трудах и других крупных ученых.

Несколько подробнее остановимся на развитии учения о гипнозе^в нашей стране. В России впервые гипноз начал изучать известный украинский физиолог профессор Харьковского университета "• Я. Данилевский. В 70-х годах прошлого столетия он первый приступил к экспериментальному изучению явлений гипноза у различных животных (лягушки, раки, крабы, крокодилы, черепахи, змеи, кролики, птицы).

Энгельс Ф. Диалектика природы — Маркс К., Энгельс Ф. Собр. соч.,^{Изд.} 2-е, т. 20, с 374. ^а Там же.

55

В. Я. Данилевский быстро обездвигивал животное, придавая ему при этом несвойственную позу или воздействуя различными физическими раздражениями, и наблюдал, как животное впадало в особое оцепенение с потерей реакции на болевые раздражители. Ученый правильно считал, что изучение явлений гипноза на животных будет в дальнейшем способствовать пониманию этих явлений у человека. Он рассматривал гипноз как явление, сходное у животных и человека, и считал главным условием для его вызывания — эмоцию страха.

Однако В. Я. Данилевский в 1924 г. пришел к выводу, что говорить о физиологии гипноза еще рано и потребуется много экспериментов и исследований, прежде чем удастся объяснить механизм гипноза как у животных, так, и тем более, у человека.

Большой заслугой В. Я. Данилевского следует считать его попытку широкого эволюционного подхода к изучению явлений гипноза у человека.

Московский психиатр А. А. Токарский опубликовал большую работу, в которой представил описание и привел научную трактовку явлений, наблюдаемых им в гипнотическом состоянии. В его взглядах заметно уже влияние идей И. М. Сеченова. А. А. Токарский (1887) писал: «Я не хочу этим приравнять явления внушения к простым рефлекторным актам низших мозговых центров. Принимая во внимание ясно выраженный характер рефлексов, явления эти остаются тем не менее психическими, так как в цепи развивающихся явлений находится та же идея. Это условие резко отличает простой рефлекс от акта внушенного, хотя последний по неизбежности своего развития и не отличается от первого».

Так, в 70-х годах прошлого столетия, когда зарубежные психиатры не могли вырваться из плена мистических и идеалистических концепций, русский ученый стал, в основном, на правильный материалистический путь решения вопроса о механизме внушения в гипнозе. Будучи сотрудником известного русского психиатра С. С. Корсакова, А. А. Токарский применял внушение и гипноз в клинике с лечебной целью. Он первый начал читать в 1880 г. курс гипнологии в Московском

университете. Его ближайшие ученики и последователи (Е. Н. Довбня, Ф. Е. Рыбаков, В. К. Хорошко, П. П. Подъяпольский и др.) также внесли много ценного в область экспериментального и лечебного гипноза.

Дальнейшие исследования в этой области были, однако, задержаны ограничительным законоположением в отношении применения гипноза, изданным медицинским департаментом царского правительства.

Громадную роль в развитии учения о гипнозе и внушении сыграл выдающийся русский ученый, отец русской психотерапии В. М. Бехтерев. Начиная с 80-х годов и до последних дней своей жизни, он настойчиво проводил идею о необходимости более широкого использования гипноза и внушения в лечебной практике. Им было положено начало экспериментального изучения явлений гипноза и внушения.

56

В механизме возникновения гипнотического состояния В. М. Бехтерев придавал значение как психическим, так и физическим факторам. По его мнению, однообразные физические раздражения в соединении со словесным внушением лучше всего ведут к развитию гипноза.

Внушению В. М. Бехтерев (1911) придавал ведущую роль. Говоря о природе гипноза, он считал его не патологическим состоянием, а «своеобразным видоизменением естественного сна».

Однако физиологическая сущность гипноза и внушения была раскрыта И. П. Павловым.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ ПО И. П. ПАВЛОВУ

Обычный естественный сон И. П. Павлов рассматривал как разлитое торможение, охватившее всю кору и даже нижележащие его отделы; гипноз же он представлял как частичный или «парциальный» сон, считая внутреннее торможение и сон одним и тем же процессом.

«Сон есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже — на средний мозг» (И. П. Павлов, 1951). Опытами на животных он установил, что слабые длительно действующие раздражители, утомляя корковые анализаторы через один из органов чувств (слух, зрение, осязание, температурные рецепторы кожи), быстрее всего вызывают сонливость — тормозной процесс в коре головного мозга. Особенно активными тормозными агентами являются кожно-температурные раздражители. Как было установлено, сон может развиваться не только при общем утомлении головного мозга — массы нервных клеток коры, но и от истощения какого-либо изолированного участка коры при длительном воздействии раздражителя, падающего на эту группу нервных клеток. В этом случае физиологический механизм сна заключается в том, что определенные корковые клетки, реагирующие на данный длительно действующий внешний агент, истощаясь, переходят в тормозное состояние, а при отсутствии противодействия со стороны других деятельных пунктов коры тормозной процесс, распространяясь (иррадируя) на соседние районы, обуславливает физиологический сон.

С этих позиций становятся понятны и механизмы гипнотического сна и условия его вызывания. Основные физиологические законы, установленные для обычного сна, действуют и при развитии гипноза.

Для вызывания гипноза используются различные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой и кожный анализаторы. «Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний классический способ гипнотизирования — это так называемые пассы, т. е. слабые, однообразно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах. Теперь постоянно применяющийся способ — повторяющиеся слова

57

(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 все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием» (И. П. Павлов, 1951).

Обычный метод погружения в гипнотический сон, применяющийся в настоящее время большинством гелиотерапевтов, заключается в следующем: испытуемый лежит в затемненном помещении на кушетке, гипнотерапевт, слегка поглаживая теплой рукой кожу лба гипнотизируемого, тихо произносит слова, напоминающие гипнотизируемому те состояния, какие он обычно испытывает перед сном. В другом случае больному предлагают пристально смотреть на блестящий неврологический молоточек, утомляют его орган зрения и добиваются истощения клеток коры в зрительном анализаторе; возникшее здесь охранительное торможение по законам иррадиации распространяется дальше, захватывая соседние районы коры. Гипнотизирующее лицо при этом также повторяет известные формулы словесного внушения, навевающие сонливость на

испытуемого.

Кроме таких слабых, длительно действующих, однообразных раздражителей, можно применять метод сильных, внезапных «шоковых» воздействий в виде внезапной вспышки света, сильного словесного или звукового раздражителя. Так, например, у здорового человека можно вызвать гипноз внезапным окриком «спите!», который приводит к быстрому истощению нервных клеток слухового анализатора и развитию там запредельного охранительного торможения.

Таким образом, обычный нормальный сон и гипноз — явления одного и того же порядка, различающиеся между собой только количественно, но отнюдь не качественно. Это положение наглядно подтверждает следующие факты: если оставить человека в гипнозе, не пробуждая его, то вскоре его частичный сон (частичное торможение) перейдет в обычный естественный сон (общее торможение) и он проснется сам от действия какого-либо внешнего фактора. С другой стороны, существуют способы, применив которые, можно перевести человека из обычного сна в гипнотический, т. е. разлитое торможение коры сделать локализованным, частичным («парциальным»).

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что гипнотический сон физиологичен и является модификацией обычного, естественного сна.

С гипнотическими явлениями И. П. Павлов встретился с самого начала своих исследований по изучению условных рефлексов и в дальнейшем во многих своих работах постоянно возвращался к освещению физиологического механизма гипноза, условий его возникновения и протекания.

На основе точных экспериментальных данных было установлено, что в основе гипноза, как и естественного сна, лежит процесс

58

торможения. «...Гипноз — это есть, конечно, тот же сон. По сущности своей он от сна не отличается, а отличается только по частным особенностям, тем, например, что это есть медленно наступающий сон, т. е. сон, который ограничивается сперва очень маленьким, узким районом, а потом, все расширяясь и расширяясь, доходит до того, наконец, что с больших полушарий доходит до подкорки, оставляя нетронутыми лишь центры дыхания, сердцебиения и т. Д., хотя и их в известной мере ослабляет» (И. П. Павлов, 1951). Итак, гипноз рассматривается как частичный («парциальный») сон. В зависимости от ряда условий гипнотическое торможение может охватить то один, то другие районы полушарий, то на большем, то на меньшем протяжении. Гипнотическое торможение может быть различным по своей глубине и интенсивности. Изменения экстенсивности и интенсивности тормозного процесса определяют различные степени гипнотического сна.

СТЕПЕНИ ГЛУБИНЫ ГИПНОЗА

Практически различают три степени глубины гипнотического сна: поверхностный (первая степень), средний (вторая степень) и глубокий (третья степень).

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

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

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

«Как показывают наблюдения Бернгейма и других на загипнотизированных здоровых субъектах, а также и наши приведенные в физиологической части наблюдения над собаками, нужно признать длинный ряд степеней гипнотического состояния, от едва отличимой от бодрого состояния степени до полного сна» (И. П. Павлов, 1932).

В. М. Бехтерев также различал три степени гипнотического сна: малый гипноз, средний гипноз (гипотаксия) и глубокий гипноз (сомнамбулизм).

При малом гипнозе загипнотизированный, находясь в дремотном состоянии, еще может противостоять воздействиям словесного внушения; не теряя связи с окружающим, способен двигать конечностями, хотя и имеется слабость в теле и тяжесть век.

При среднем гипнозе наблюдается притупление органов чувств, пассивное подчинение внушениям с сохранением их и памяти.

59

Ориентировка сохранена. Наблюдается каталепсия (длительное сохранение приданных подчас неудобных поз). Загипнотизированный самостоятельно выйти из этого состояния не может, отмечается неполная амнезия.

Глубокий гипноз характеризуется полным отсутствием ориентировки в окружающей среде и постгипнотической амнезией. Forel делит гипноз на три степени, считая, что достаточно установить три степени восприимчивости к внушению, обнаруживающие, впрочем, переходы от одной к другой: 1) сонливость — загипнотизированный может при известном усилии противостоять внушению и раскрыть глаза; 2) гипотаксия, или легкий сон, — загипнотизированный не может уже открыть глаз и подчиняется некоторым или даже всем внушениям, амнезии нет; 3) сомнамбулизм, или глубокий сон, который характеризуется амнезией по пробуждении.

В настоящее время большинство авторов придерживаются этой наиболее простой классификации деления глубины гипнотического сна на три степени.

Е. С. Катков (1957) на основе учения И. П. Павлова разработал более детальную и подробную классификацию различных стадий и степеней глубины гипноза. Эта классификация включает три стадии, как схемы В. М. Бехтерева и Фореля, а всего содержит девять степеней глубины внушенного сна.

Стадии и степени глубины гипнотического сна (классификация Е. С. Каткова)

Первая стадия. Первая степень. Наблюдается нарастающее снижение тонуса коры головного мозга. Основные процессы — торможение и возбуждение — изменены, что создает условия для иррадиации торможения на двигательный анализатор и вторую сигнальную систему действительности. Субъект ощущает приятный покой. Это исходное, прегипноидное состояние.

Показатели первой степени первой стадии: у загипнотизированного — ощущение покоя; приятное состояние легкости в теле; окружающее слышит, свои мысли контролирует; чувствительность сохранена; легко реализуется внушение двигательных реакций; из этого состояния гипнотизируемый легко может выйти.

Вторая степень. Тонус коры еще более снижается. Глубоко заторможен двигательный анализатор. Постепенно закрываются глаза. Испытуемый чувствует тяжесть в теле.

Показатели второй степени первой стадии: глаза закрыты, но при внушении легко открываются; глотательные движения; прикосновение к руке вызывает активное нормальное напряжение; двигательные реакции легко реализуются; слышит и активно воспринимает внешние раздражители; чувствительность сохранена; легко может быть разбужен.

Третья степень. Тонус коры головного мозга значительно снижен. Более глубокое угнетение двигательного анализатора и второй сигнальной системы.

60

Показатели третьей степени первой стадии: ощущение гипно-тиком дремоты и сонливости; течение мыслей вялое; тяжесть в теле; мышцы расслаблены; поднятая рука бессильно падает; невозможно открыть веки, двинуть рукой; моторные внушения часто не реализуются; спрошенный о самочувствии отвечает медленно или молчит; окружающие звуки слышит; после пробуждения уверен, что мог бы выйти и сам из этого состояния.

Вторая стадия. Первая степень. Тонус коры головного мозга снижен, возникает зона раппорта. Разлитое торможение выключает кинестетическую систему (каталепсия). Торможение и второй сигнальной системы действительности. Торможение иррадирует и на кожный анализатор (анальгезия). Появляются «переходные состояния» — уравнивательная фаза.

Показатели первой степени второй стадии: загипнотизированный отмечает значительную сонливость, движения затруднены; более ровное и спокойное дыхание; легкая каталепсия — поднятая рука в воздухе остается недолго; не удается внушить однообразные движения, например покачивание руки, поставленной на локоть, а если удастся, то лишь после настойчивых внушений; внушить двигательные реакции не удается; окружающие звуки воспринимает, хотя и без интереса.

Вторая степень. Еще большее углубление предыдущего состояния. Достигается восковидная каталепсия, самопроизвольная аналгезия. Больше торможение второй сигнальной системы.

Показатели второй степени второй стадии: резкая сонливость; загипнотизированный отмечает «скованность»; восковидная каталепсия; значительное ослабление кожной чувствительности, усиливающееся путем внушения; реализуются внушения двигательных реакций, латентный период их укорочен; начавшееся автоматическое движение быстро ослабевает, прекращается; внушенные иллюзии не реализуются.

Третья степень. В коре головного мозга появляются фазовые явления — уравнивательная фаза.

Более глубокое торможение второй сигнальной системы; реализуются при закрытых глазах внушенные иллюзии.

Показатели третьей степени второй стадии: у загипнотизированного отмечается полное исчезновение собственных мыслей, он слышит только голос гипнотерапевта; наблюдается тетаническая катаlepsия (поднята рука «пружинит»); внушение активных и пассивных двигательных реакций реализуется хорошо: медленные движения отдельными толчками, невозможность разжать кулак, двинуть рукой; автоматические однообразные движения выражены хорошо; реализуются при закрытых глазах внушения иллюзий; имеется анестезия слизистой носа; при пробе с нашатырным спиртом реакция отрицательная.

Третья стадия. *Первая степень.* Зона раппорта формируется полностью. Вторая сигнальная система выключена, кроме пункта Раппорта. Превалирует первая сигнальная система. Налицо паро-Доксальная фаза. Амнезия после пробуждения. Иллюзия при откры-

61

тых глазах хорошо реализуется во всех анализаторах, за исключением слухового и зрительного. Самопроизвольная катаlepsия исчезает. Положительный симптом Платонова — поднятая рука быстро падает.

Показатели первой степени третьей стадии: самопроизвольная катаlepsия исчезает; иллюзия при открытых глазах полностью реализуется (кроме слуха и зрения); при раздражении носа, языка, кожи вызываются галлюцинации; можно вызвать ощущение голода, жажды; хорошо реализуются внушенные двигательные реакции; амнезия отсутствует.

Вторая степень. Почти полное торможение деятельности второй сигнальной системы. Вызываются все положительные галлюцинации.

Показатели второй степени третьей стадии: зрительные галлюцинации хорошо реализуются (с закрытыми глазами «ловит бабочек»); при внушении открыть глаза галлюцинации исчезают, часто наступает пробуждение; легко реализуются внушенные двигательные реакции (пассивные и активные); частичная амнезия.

Третья степень. Полное изолирование раппорта. Вторая сигнальная система выключена, кроме пункта раппорта. Амнезия после пробуждения. Слово психотерапевта сильнее реального раздражителя.

Показатели третьей степени третьей стадии: легко реализуются все типы положительных и отрицательных галлюцинаций, даже при открытых глазах; положительные и отрицательные галлюцинации реализуются и постгипнотически; амнезия после пробуждения; с легкостью реализуются «трансформации» возраста, например перевод в детское состояние; при открытии век глаза мутны, влажны; возможность вызвать «молниеносный» повторный гипноз после пробуждения.

Можно с уверенностью сказать, что эта классификация Е. С. Каткова глубины гипнотических состояний на сегодняшний день является наиболее полной и детально разработанной.

Различная глубина гипнотического сна отдельными физиологами объясняется по-разному.

Считалось, что сомнамбулическая фаза гипноза является показателем его глубины. Однако исследования Ф. П. Майорова (1957) показали, что «...сомнамбулическая фаза гипноза характеризуется глубокой диссоциацией корковой деятельности, в основе которой лежит механизм отрицательной индукции с одной корковой функциональной системы на другие».

Исследования К. И. Платонова, И. Е. Вольперта, Е. С. Каткова (1952) показали, что наиболее легко сомнамбулическая фаза гипноза достигается у людей художественного типа. К. И. Платонов (1957) пишет, что «...для исследуемых с сомнамбулической стадией, по-видимому, может быть специфична функциональная слабость — легкая тормозимость второй сигнальной системы и возможность функционального разобщения ее от первой сигнальной системы».

62

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

При гипнотическом сне не вся кора головного мозга охвачена процессом торможения. Та ограниченная область звукового анализатора в коре, которая связана с восприятием голоса

гипнотерапевта и его внушений, продолжает функционировать, сохраняется так называемый «сторожевой очаг возбуждения». Наличие последнего определяет возможность возникновения особой связи между загипнотизированным и врачом — так называемого раппорта.

В явлениях изолированного раппорта в гипнозе нет ничего необычного. Сторожевой пункт нередко при особых условиях обнаруживается и в обычном сне. Например, солдаты на фронте после длительных боев спят и не слышат посторонних сильных звуков, но стоит раздаться словам команды, сказанных даже шепотом, и они немедленно просыпаются, так как в слуховом анализаторе коры головного мозга у них оставался изолированный «сторожевой очаг возбуждения», воспринимающий слова команды, исходящие от командира.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВНУШЕНИЯ

Научные, объективные физиологические основы для объяснения механизма явлений внушения и самовнушения впервые были даны И. П. Павловым (1951), который доказал, что «внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».

Внушаемость есть нормальное свойство человеческой психики.

Внушение в виде речевого воздействия используют и для вызывания гипноза в виде определенным образом построенных фраз (формул внушения). «...Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия,

63

реакции организма, которые обуславливают те раздражения» (И. П. Павлов, 1951).

Рассмотрим основные физиологические материалы, касающиеся метода внушения.

Внушаемость выражена у отдельных людей в разной степени. Она бывает особенно выражена в детском возрасте, несколько слабее в среднем и начинает уменьшаться к старости. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца», минуя сторожа — критику.

«Таким образом, внушать — значит более или менее непосредственно прививать к психической сфере другого лица идеи, чувства, эмоции и другие физиологические состояния, иначе говоря, воздействовать так, чтобы по возможности не было места критике и суждению; под внушением же следует понимать непосредственное прививание большей частью путем слова и жестов к психической сфере данного лица идеи, чувства, эмоции и других физиологических состояний, помимо его активного внимания, т. е. в обход его критикующей личности» (В. М. Бехтерев, 1911).

Известный советский психотерапевт Ю. В. Каннабих (1928) писал, что о внушении можно говорить лишь в том случае, когда осуществление его при обычных условиях встретило бы сопротивление, будучи подвергнуто критике, в то время как при реализации внушения оно «осуществляется слепо», благодаря тому, что в нервно-психическом аппарате человека наступила задержка всех противоположных тенденций. «Вызвать в человеке такую задержку, заставить его действовать, не рассуждая, — и означает сделать внушение».

Какова же физиологическая сущность внушаемости? По И. П. Павлову, внушаемость основана на быстром и легком переходе корковых клеток в тормозное состояние. Отсюда основной механизм внушаемости есть разорванность нормальной, более или менее объединенной работы всей коры.

Таким образом, можно считать, что основным физиологическим критерием внушаемости является снижение тонуса коры больших полушарий головного мозга и легко возникающая при этом функциональная разобщенность корковой деятельности (К. И. Платонов, 1957).

По Dubois (1924), внушаемость «оказывает то или иное влияние на все наши поступки, придает ту или иную окраску нашим ощущениям, служит источником постоянных иллюзий, предохранить себя от которых является крайне трудной задачей, даже при всем возможном для нас напряжении ума». Автор указывает, что «не следует принимать за внушение воздействие одного человека на другого доводами разума. Впрочем, имеются всевозможные переходные ступени от подобного воздействия до совершенно неосознаваемого, настоящего внушения».

А. Г. Иванов-Смоленский с сотр. (1945) на основе точных экспериментальных исследований показали, что словесное внушение,

64

слово, может вызывать учащение или замедление сердечного ритма, повышение артериального

давления, сужение или расширение зрачка в условиях полного бодрствования.

О внушающей силе человеческого слова можно судить по следующему примеру. В одной большой студенческой аудитории состоялась лекция. Профессор химии, увидев, что студенты утомлены, решил их «расторгнуть». Он заявил студентам, что сейчас произведет опыт в целях изучения скорости распространения запаха одного пахучего вещества.

Он попросил студентов поднять руки, как только они ощутят тот или иной запах. С этими словами профессор налил несколько капель темной жидкости на вату перед собой с видом отвращения и отошел в сторону. Вскоре многие студенты почувствовали неприятный запах. Выяснилось, что запахи ощущались разные, но все неприятные. Наконец, на задних рядах амфитеатра стали также «ощущать дошедший туда» запах. В это время некоторых лиц, сидящих вблизи «источника запаха», пришлось вывести из аудитории, так как им стало дурно. После опыта студентам открыли правду: «Химическая жидкость была простой водой, подкрашенной чернилами» (П. И. Буль, 1958).

В этом опыте следует учитывать два момента. Можно считать, что если бы с каждым студентом такой опыт поставить индивидуально, то внушаемых оказалось бы значительно меньше, так как в большой аудитории внушающее воздействие реализуется значительно сильнее из-за взаимовнушения, которое студенты производят друг на друга в порядке взаимоиндукции. Вот почему следует считать групповое внушение более целесообразным в ряде случаев, чем индивидуальное.

Вторым моментом является характер внушения. В данном опыте неопределенное внушение запаха реализовалось достаточно четко, чем, скажем, такое же внушение, направленное на зрительный аппарат. Вряд ли бы внушение: «Вы видите на этой белой стене такую-то картину!» реализовалось бы также успешно. Значительно труднее внушить более четкое, определенное и конкретное внушение (М. С. Лебединский, 1971).

По-видимому, поэтому так сравнительно легко внушаются различные ощущения со стороны внутренних органов из-за своей известной неопределенности.

Эти же «темные ощущения» легко возникают и на почве самовнушения. С другой стороны, ощущения, возникшие в области внутренних органов, сравнительно легко устраняются внушением в бодром состоянии.

Существуют понятия «внушение», или «гетеросуггестия», и «самовнушение», или «аутосуггестия». Если внушение производится, как правило, другим лицом, то при самовнушении оно возникает без прямого внешнего побуждения, по принципу собственной ассоциативной деятельности.

Если внушение производится лицом с помощью речи, то говорят о словесном, вербальном внушении. Существует понятие о пря-

3 П. И. Буль

05

мом и косвенном внушении. При прямом словесном внушении мы имеем дело с непосредственным речевым воздействием с помощью словесных формул внушения, в которых содержится смысловое значение и которые произносятся императивно, в форме приказа.

При косвенном или опосредованном внушении на индивидуума действуют не прямо, а организуют суггестивную, внушающую ситуацию скрытно, череспредметно. Так, например, производят внушение другим лицам в присутствии того, на кого направлено косвенное внушение. Иногда косвенное внушение связывают с той или иной процедурой, приемом индифферентного лекарственного средства, инъекцией физиологического раствора (вместо адреналина, наркотика и т. д.), не давая прямого словесного внушения. По мнению К. И. Платонова (1957), в случае косвенного внушения в коре больших полушарий образуется очаг концентрированного возбуждения, который связывается и с внушаемыми словами и с теми предметами, при «наличии которых внушаемое должно будет реализоваться».

«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 посредством внутренних связей, ассоциацией — раздражение, получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение. Оно существует и действует, т. е. переходит в движение, в тот или иной двигательный акт не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражениями, ощущениями и представлениями, — тогда это твердый и разумный акт, как полагается нормальной и сильной коре, а потому, что при слабой коре, при слабом, низком тоне оно как концентрированное сопровождается сильной

отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний. Это и есть механизм гипнотического и постгипнотического внушения... Когда на такую кору в определенный пункт как раздражитель направляется слово, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответственном пункте и сейчас же сопровождается отрицательной индукцией, которая, благодаря малому сопротивлению, распространяется на всю кору, почему слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютным, неодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом при возвращении субъекта в бодрое состояние» (И. П. Павлов, 1951).

Явления внушения, самовнушения, взаимовнушения чрезвычайно широко распространены и преследуют нас, по мнению В. М. Бехтерева, с детских лет до глубокой старости.

Очень интересно высказывание по этому поводу гениального русского писателя Л. Н. Толстого, который с удивительной прозорливостью, не будучи врачом, писал: «Дети всегда находятся, и тем более, чем моложе, в том состоянии, которое врачи называют

66

первой степенью гипноза. И учатся и воспитываются дети благодаря этому их состоянию (эта их способность ко внушению отдает их в полную власть старших, и потому нельзя быть недостаточно внимательным к тому, что и как мы внушаем им). Так что учатся и воспитываются люди всегда только через внушение, совершающееся двояко: сознательно и бессознательно» (Л. Н. Толстой, 1937).

Интересно отметить, что писатель Л. Н. Толстой и ученый-психоневролог В. М. Бехтерев в разное время и разными путями приходят к одной и той же мысли о громадном значении внушения в воспитании.

Несомненно, что хотя понятия «внушение», «разъяснение» и «убеждение» и соприкасаются весьма близко, но между ними есть и значительное расхождение. Внушение проникает в сознание человека в обход его критики, принимается на веру. При разъяснении же и убеждении поступающая в мозг информация перерабатывается нашим сознанием, творчески осмысливается, частично принимается или отвергается.

Зарубежные авторы (Dubois, 1924; Forel, 1924) и отечественные выдающиеся ученые (В. М. Бехтерев, И. П. Павлов) считали, что убеждение и разъяснение адресуются к рассудку, к критике больного, а внушение действует вопреки им.

С другой стороны, известный французский ученый Bernheim (1930) отождествлял понятия внушения и убеждения, считая, что в самом убеждении и разъяснении уже скрыто внушение.

Нам лично весьма импонирует точка зрения К. И. Платонова, который хотя и считал внушение и убеждение разными понятиями, но видел в них и качественное родство, и общую направленность их на высшую нервную деятельность. Убеждение, разъяснение, внушение — в конце концов нацелены на сознание больного, на его высшую нервную деятельность, благодаря чему возникает торможение или возбуждение высших кортикальных образований. Это достигается через вторую сигнальную систему с помощью словесного внушения.

Слово в сигнальной деятельности головного мозга заменяет непосредственный раздражитель. Это положение можно проиллюстрировать известным в литературе примером. Если ломтик лимона был бы положен непосредственно в ротовую полость, то здесь бы проявилось действие безусловного рефлекса. Если человеку показывают лимон, то в анализе ощущений участвует первая сигнальная система. Слово же «лимон» как условный раздражитель, адресующийся ко второй сигнальной системе, возбуждает находящуюся в телесной связи с ней первую сигнальную систему и вызывает условную физиологическую реакцию — слюноотделение.

Слово-раздражитель может оказывать аналогичное физиологическое действие даже и тогда, когда оно не произносится, как это бывает при самовнушении.

При анализе явлений внушения необходимо помнить, что первая сигнальная система находится в неразрывной связи и нераз-

3*

67

рывном взаимодействии со второй сигнальной системой, лежащей в основе речи и мышления, что первой сигнальной системы в «чистом виде» у человека не существует.

Слово отражает социально-исторический опыт человечества и индивидуальный опыт данного человека. Новые словесные раздражители благодаря установившимся в коре головного мозга функциональным связям могут оживлять следы старых речевых раздражителей. Работами А. Г. Иванова-Смоленского и его сотрудников доказано, что при словесном условном раздражителе

могут возникать новые условные рефлексy — цепные рефлексy, все более и более отдаляющиеся от безусловных основных раздражителей.

Метод внушения в бодрственном состоянии, осуществляемый с помощью конкретных формул внушения на вторую сигнальную систему, а через нее на первую сигнальную систему и далее на подкорку, может в ряде случаев привести к устранению тех или иных соматических синдромов и вегетативно-эндокринных расстройств.

Весьма интересной кажется нам концепция А. М. Свядоца (1964), который считает, что лечение внушением можно рассматривать как метод лечения информацией.

Внушение по Свядоцу — это введение информации, принимаемой больным без критической оценки и оказывающей влияние на нейро-психические процессы. Оно невозможно при отсутствии смыслового содержания вводимой информации.

Однако далеко не всякая информация оказывает внушающее действие. В зависимости от форм подачи, источника поступления и индивидуальных особенностей личности одна и та же информация может оказывать или не оказывать на личность суггестивное влияние.

Работами ряда ученых было показано, что в мозге человека и животных протекают процессы вероятностного прогнозирования.

Наблюдения А. М. Свядоца над явлениями внушения, конформизма и плацебо-эффекта привели его к убеждению, что при этом здесь протекают и процессы верификации информации, т. е. определение ее достоверности.

На живой организм падает огромное количество различных, порой противоречивых сигналов, несущих информацию о происходящем как во внешней, так и во внутренней среде. Более сложные из этих сигналов подвергаются логической переработке и оценке, осуществляемых путем сознательного целенаправленного мышления.

В то же время большая часть поступающей информации подвергается автоматической неосознаваемой оценке с точки зрения ее достоверности, а также и ее значимости. Благодаря этому организм, не загружая сознание, ограждается от неадекватного реагирования на сигналы, которые к нему не имеют отношения или несут ложную или незначимую информацию.

Особенность внушения кроется в том, что помимо основной информации, определяющей содержание внушения, вводится еще

R8

добавочная — верификационная информация, придающая достоверность основной информации. Так, например, я просто говорю больной: «Руке не больно». Я внушаю ей же: «Руке не больно!» Во втором случае добавочную информацию несет голос, интонация, Ёршика, авторитет врача. Если этой добавочной информации не будет или окажется недостаточно, то эффекта внушения не наступит.

А. М. Свядоц записал на студийном магнитофоне одни и те же фразы, произнесенные одним и тем же лицом повествовательным, обычным тоном и тоном внушения, и подверг их спектральному анализу с помощью интонографа и электронной вычислительной машины. Таким путем удалось получить цифровые физические характеристики, отличающие повествовательную речь от внушающей, и выявить некоторые особенности верификационной информации. Оказалось, чем более уверенным тоном говорит человек, тем большим верифицирующим действием обладает его речь.

В этих опытах явления конформизма, т. е. навязывание явно ложного мнения, высказываемого группой лиц одному из членов этой группы, исчезали, если хотя бы два-три члена группы высказывали это мнение неуверенным тоном.

Нередко верифицирующий эффект оказывает повторность поступления информации.

Ложная верификация информации лежит в основе плацебо-эффекта и в косвенном внушении, при котором больной приписывает терапевтическую силу лекарству, которым оно в действительности не обладает.

При внушениях, направленных на вегетативные процессы, поступающая информация влияет чаще всего путем усиления соответствующих представлений. Последнее может быть получено и при помощи самовнушения, т. е. повторного оживления следов хранящейся информации.

Взгляд на психотерапию как на процесс обмена информацией не требует отказа от психологических понятий. Однако он позволяет лучше понять некоторые особенности психотерапевтического воздействия, связанные с передачей и приемом информации в процессе лечения, дать количественные оценки, привлечь моделирование для их изучения (А. М. Свядоц, 1957).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВНУШАЕМОСТИ И ГИПНАБЕЛЬНОСТИ

Прежде чем применить по медицинским показаниям суггестив-^ную психотерапию, следует установить, как относится к этому ^ну лечения больной. В тех случаях, когда больной положительно относится к предложенному лечению, необходимо предварительно ^няснить степень его внушаемости.

Для определения степени внушаемости (А. А. Токарский, ^н п. н. Николаев, С. Н. Астахов, Б. Н. Бирман, В. Е. Рожнов, *• И. Буль и др.) рекомендованы следующие методики.

69

Первый прием. Врач заявляет больному о своем желании проверить некоторые стороны его нервной деятельности предлагает ему встать к себе спиной, поставив ноги вместе и опустив руки вдоль тела. Пусть больной откинёт голову назад и положит ее на поставленную руку врача (как показано на рис. 1),



Рис. 1. Прием первый для определения внушаемости.

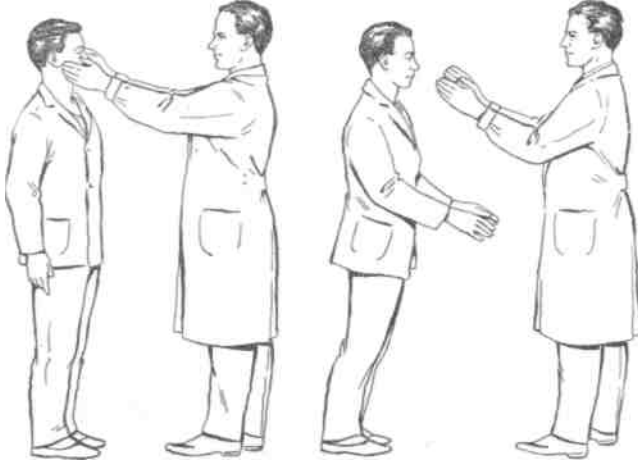


Рис. 2. Прием второй для определения внушаемости.

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

70

При этих словах врач отводит свою руку и в случае падения больного подхватывает его.

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

Второй прием. Поставив испытуемого к себе лицом, как показано на рис. 2 (ноги вместе, руки вдоль туловища), врач предлагает ему смотреть себе прямо в глаза. Затем врач вытягивает руки, сложенные ладонями внутрь, так, чтобы достать ими до висков пациента, и слегка прикасается к коже в этой области.

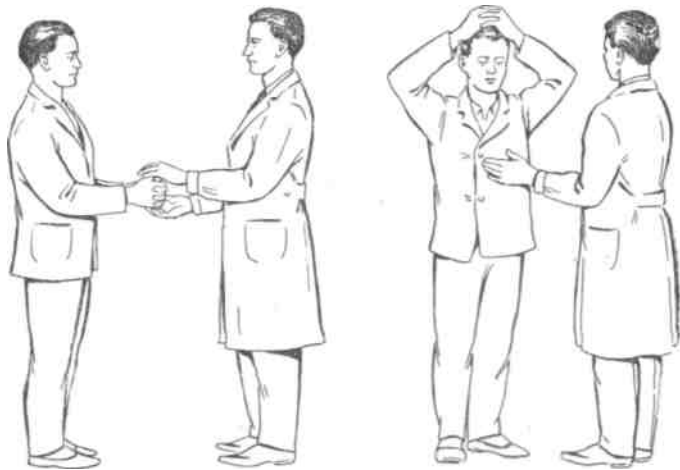


Рис. 3. Прием третий для определения внушаемости.

Не сводя пристального взгляда с переносья испытуемого, врач внушительно произносит фразу: «Теперь, когда я удалю свои руки... Вас потянет вперед за ними!». При этом врач отводит руки и чуть отступает назад. В этот момент испытуемый начнет падать в сторону врача, который должен его подхватить.

Третий прием. Предложив испытуемому соединить пальцы своих рук так, как это показано на рис. 3, врач покрывает их своими руками. Взгляд врача фиксирует переносицу больного, который должен смотреть в глаза врача. Продолжая массировать руки испытуемого, врач произносит формулу внушения: «Ваши руки деревенеют... руки сжимаются все больше... руки сжались крепко-крепко... Вы уже не можете разнять Ваших рук! Пробуйте, прилагайте усилия... Вы не можете разнять рук!» В результате испытуемый действительно не сможет разнять своих рук. Удача этого приема будет говорить за большую внушаемость испытуемого. Можно усилить прием, предложив испытуемому поднять сцепленные руки над головой.

Четвертый прием. Испытуемому дают в руки две или три совершенно пустые чистые пробирки и заявляют, что производится исследование его обоняния. Предлагают больному поню-

хать эти пробирки и сказать, в какой из них были керосин, нашатырный спирт и чистая вода. Если испытуемый начнет обнаруживать несуществующие запахи, то можно предположить у него наличие хорошей внушаемости. Если же он твердо заявит вам, что никаких запахов не чувствует, то можно будет сделать вывод об отсутствии у больного повышенной внушаемости (рис. 4).

Пятый прием. Этот способ определения внушаемости был предложен нами в 1955 г. Для этого нужно иметь небольшой металлический груз на прочной нитке и выпиленный из дерева подковообразный «магнит», выкрашенный наподобие настоящего. В ходе неврологического обследования испытуемому предлагают взять



Рис. 4. Прием четвертый для определения внушаемости .

пальцами вытянутой руки нитку с висющим на ее конце металлическим грузом.

Врач подносит «магнит» к грузу и начинает то приближать, то удалять его в какой-нибудь определенной плоскости. При этом внушает больному, чтобы он обратил внимание на то, как груз постепенно начинает следовать за «магнитом», и раскачиваться. Вскоре у лиц, достаточно внушаемых, груз действительно начнет качаться в заданном направлении вследствие возникновения идеомоторных движений (рис. 5).

Шестой прием. В 1936 г. С. Н. Астахов предложил простой и интересный метод определения внушаемости. Во время обычного неврологического обследования, проверив реакцию зрачков на

свет и конвергенцию, врач говорит больному, сидящему с закрытыми глазами: «Не удивляйтесь, сейчас я надавлю вот здесь, и Вам будет трудно открыть глаза». При этом врач слегка надавливает пальцами в области надбровных дуг. На предложение после этого открыть глаза часть больных либо совсем не может открыть глаза, или делает это с видимым трудом. Это и служит показателем повышенной внушаемости и гипнабельности.

Можно значительно усилить диагностическое значение этого теста, если предварительно придавить в области медиального мышечка плече-локтевой нерв, предупредив больного о том, что

72

у него должно сейчас возникнуть чувство «проходящего в мизинец тока» (ульнарный феномен, открытый в 1925—1926 гг. В. М. Бехтеревым). Техника вызывания ульнарного феномена чрезвычайно проста, и ею может овладеть каждый врач. В то же время вызываемый при раздражении локтевого нерва безусловный двигательный и чувствительный рефлекс бывает у всех людей достаточно хорошо выражен, что подтверждает правильность предупреждения, сделанного врачом.

Таким образом, у обследуемого создается четкое представление о том, что есть такие точки, прижимая которые, врач может вызвать новые, до этого неизвестные ощущения. По данным С. Н. Астахова, эта методика является хорошей «подготовкой», с помощью

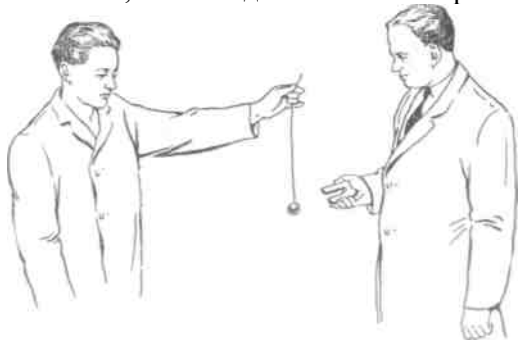


Рис. 5. Прием пятый для определения внушаемости .

которой удастся выявить положительный симптом внушаемости (симптом сомкнутых век) не только у лиц с слабым типом нервной системы и превалированием первой сигнальной системы действительности, но и у представителей среднего и мыслительного типа. После того как была установлена повышенная внушаемость больного, можно смело переходить к проведению гипнотерапии. В самом деле, если больному в бодрствующем состоянии удалось внушить представление о возникновении ранее не существовавших в действительности движений (падений назад — вперед), если можно было даже затормозить осуществление двигательного акта (опыт с невозможностью разнять соединенные пальцы кистей), то, конечно, возможно будет внушить этому больному представление о засыпании и погрузить его в состояние гипнотического сна. Рассмотрим технику гипноза более подробно.

ТЕХНИКА ГИПНОТИЗИРОВАНИЯ

Существует много способов гипнотизации. В основном все они могут быть сведены в три группы. Первая группа включает методы преимущественного воздействия на зрительный анализатор, вторая — на слуховой, а третья — на кожный. При прове-

73

дении всех этих методик обязательно следует применять и словесное внушение признаков сонливости, сна.

Вот что пишет по этому поводу И. П. Павлов: «Теперь постоянно применяющийся способ — повторяющиеся слова (к тому же произносимые в минорном однообразном тоне), описывающие физиологические акты сонного состояния. Эти слова суть, конечно, условные раздражители, у всех нас прочно связанные с сонным состоянием и потому его вызывающие» (И. П. Павлов, 1951). Прежде чем начать сеанс гипнотерапии, рекомендуется подробно рассказать больному, — конечно, с учетом степени его умственного развития, — о гипнозе как физиологическом состоянии, похожем на обычный сон. Следует подчеркнуть, что гипнотический сон не только совершенно безвреден, но, как и обычный сон, уже сам по себе полезен для организма. Следует в немногих словах примерно описать ощущения больного во время предстоящего сна и указать, что он будет слышать сквозь дремоту голос врача. Необходимо подчеркнуть, что с каждым последующим сеансом больной будет засыпать все более глубоким лечебным сном. Желательно, чтобы во время сеанса гипнотерапии было меньше посторонних отвлекающих звуков и шумов. В

кабинете должен быть полумрак, больной располагается удобно либо на кровати, либо на диване в полусидячем положении.

МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЗРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗАТОР

Метод первый. Больной располагается в горизонтальном положении на кушетке. Врач садится у изголовья и держит перед его глазами примерно на расстоянии 10 см какой-либо блестящий предмет, например неврологический молоточек (еще лучше — блестящий металлический шарик на палочке) (рис. 6). Больному предлагается пристально смотреть на этот предмет. Через 5—7 мин врач тихим, монотонным голосом начинает произносить формулы внушения: «Ваши веки тяжелеют... Ваши глаза устают... они слезятся... начинают мигать... Вам все труднее удерживать Ваши глаза открытыми... Веки тяжелеют все больше... Все темнее становится вокруг Вас... Веки тяжелые, тяжелые, словно наливаются свинцом... Ваши веки слипаются... в голове легкий туман... Он все нарастает, все усиливается... Вас охватывает сонливость... Веки смыкаются... Вы забываетесь, забываетесь приятной дремотой... Засыпаете... засыпаете... Спите!»

Обычно, если больному достаточно внушаем, потребуется немногим больше времени для усыпления, чем потребовалось, чтобы прочесть этот текст. Если веки больного не сомкнутся к концу чтения этого текста, то следует начать формулу сначала. Постепенно к концу внушения блестящий предмет опускают так, чтобы взор больного, следуя за фиксированной точкой, поник бы невольно вниз. Это вызовет чувство тяжести в веках и будет подкреплять внушение об отяжелении век. После того как больной закроет

74

глаза, нужно еще некоторое время внушать ему чувство нарастающей сонливости.

Ниже будут даны указания, как определить наступление гипнотического сна.

Метод второй. Положение больного такое же, как и при проведении первого метода. Врач садится так, чтобы он мог смотреть на переносицу больного. Выждав 5—7 мин, врач начинает произносить уже известные формулы внушения. Если веки гипнотизируемого не сомкнутся сами к концу текста, нужно повторить

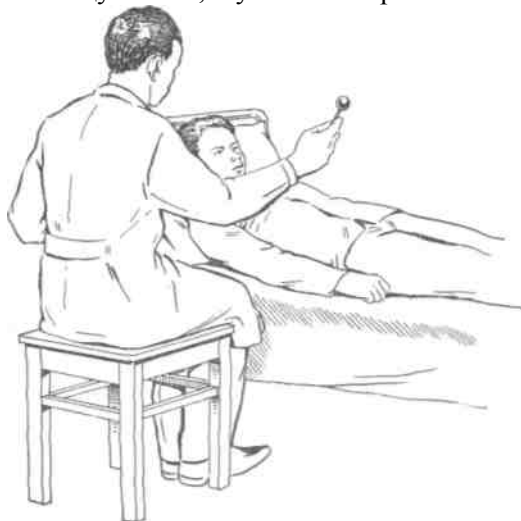


Рис. 6. Гипнотизация с воздействием на зрительный анализатор.

его снова. Если и после этого больной не закроет глаза, врач либо молча сам закрывает верхние веки больного, либо приказывает ему: «Закройте ваши глаза!» и продолжает дальше внушать наступление признаков сонливости. Многие больные при применении этого способа быстро засыпают.

Метод третий. Положение больного и врача такое же, как и при проведении предыдущего метода. Врач держит перед глазами больного блестящий предмет и начинает его медленно вращать по часовой стрелке (диаметр круга, описываемого предметом, 10—15 см). Постепенно этот круг уменьшают и опускают блестящий предмет все ниже так, чтобы у больного опускались верхние веки. Такое напряжение зора и положение век будут подкреплять внушения врача. Через 5—10 мин нужно давать примерно следующую формулу внушения: (^Смотрите пристально на блестящую точку... Постепенно Ваши глаза будут утомляться... веки будут Тяжелеть... Вас будет охватывать приятная усталость... Вы начинаете испытывать приятное головокружение... Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг Вас... В голове возникает

75

легкий туман... он все нарастает... все усиливается... Вас охватывает сонливость... веки тяжелые,

словно налились свинцом... веки смыкаются... Вам все труднее различать предметы... Вы засыпаете, засыпаете... веки плотно смыкаются... Вы не в силах их поднять... Забывайтесь, забывайтесь... Все глубже сонливость... Вы засыпаете... спите... спите глубже... спите!»

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

МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА СЛУХОВОЙ АНАЛИЗАТОР

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

Раз начав пользоваться каким-либо источником звука, скажем, метрономом, не следует переходить на другие звуковые раздражители для вызывания гипнотического сна, так как новые сигналы будут мешать иррадиации торможения, возникающего по законам условно-рефлекторной деятельности.

Метод первый. Уложив пациента в темной комнате, недалеко устанавливают метроном или индуктор и после начала его действия ожидают несколько минут для того, чтобы больной привык, адаптировался к этому звуку. Потом предлагают больному закрыть глаза и, думая о сне, упорно слушать звук метронома (индуктора). Через 10—15 мин начинают произносить формулы словесного внушения. Речь должна быть монотонной, тихой, однообразной и в то же время слегка эмоционально окрашенной. Между отдельными частями фраз делаются паузы. В паузах продолжает работать метроном или другой источник звука. Мы обычно так редактируем формулы внушения при этом методе: «Закройте глаза, упорно думайте о сне, отбросьте все посторонние мысли... Дышите спокойно, равномерно и глубоко... Ничто Вам не мешает... не тревожит, не беспокоит... Никакие посторонние звуки Вы не воспринимаете, кроме работающего прибора... Вы все время слышите только мой голос... Мои слова, мои внушения... Дыхание становится все ровнее, все глубже, как в обычном сне... с каждым моим счетом, с каждым ударом метронома Вас будет охватывать приятная дремота, сонливость... Все ваше тело приятно тяжелеет... расслабляется, точно наливается свинцом... раз... приятное тепло разливается по всему

76

Вашему телу... два... три... в голове появляется легкий туман... он все нарастает... все усиливается... четыре... пять... сонливость, дремота все усиливаются... шесть... все тише... все темнее становится вокруг Вас... мой голос действует на Вас успокаивающим, усыпляющим образом... семь... Вы засыпаете... засыпаете все глубже... сердце работает ритмично, спокойно... восемь... девять... непреодолимая сонливость охватывает Вас... десять... забывайтесь... забывайтесь все глубже... еще глубже... приятным, глубоким, спокойным лечебным сном... одиннадцать... никакие звуки Вам не мешают... Вы все время слышите только мой голос, только удары метронома... и с каждым звуком моего голоса, с каждым ударом метронома засыпаете все глубже, все глубже... двенадцать... спите крепко, еще крепче... тринадцать... спите... спите крепче...» и т. д.

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

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

Все описанные выше методы усыпления используют слабые, однообразные и длительно действующие раздражители. И. П. Павлов указывает, что чем чаще применяется один и тот же раздражи-

77

тель, тем быстрее он ведет к торможению. «Как у животных, так и у людей большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее приводят к цели, чем они чаще применяются», — пишет И. П. Павлов (1951).

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

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

Метод пятый. Мы предложили и с успехом применяли следующий метод гипнотерапии. Врач ставит больного к себе лицом (модификация старинного способа) и предлагает ему фиксировать свой взгляд. Затем громко и тоном, не внушающим сомнений, заявляет больному: «Вы сейчас уснете! Ваша голова закидывается назад! Забывайтесь, забывайтесь! Спите!» Последние слова следует произнести с силой и решительно.

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

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

МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОЖНЫЙ АНАЛИЗАТОР

М. К. Петровой и Б. Н. Бирманом доказано, что воздействие слабых раздражителей на кожу собак быстрее всего ведет к возникновению торможения в коре головного мозга, а также к наступлению гипнотического сна.

78

Обычно в лабораториях И. П. Павлова собаки гипнотизировались различными раздражениями кожи, поглаживаниями, покалыванием* кожи животных тупыми иголочками, применением различных касалок и т. д. Эти экспериментальные данные были использованы при изучении условий возникновения гипнотического сна у человека.

«Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний классический способ гипнотизирования — это так называемые пассы, т. е. слабые однооб-



Рис. 7. Гипнотизация с воздействием на кожный анализатор («пассы» с легким прикосновением к кожной поверхности).

разно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах» (И. П. Павлов, 1951).

Метод первый. Больного укладывают на теплую (не кожаную) кушетку или кровать. Шея, верхняя часть груди и руки больного должны быть обнажены, к ногам может быть положена грелка. Врач становится или садится у постели больного так, чтобы было Удобно в течение 15—20 мин без особого напряжения проводить теплыми руками (их следует вымыть, обсушить и согреть в присутствии больного) сверху вниз вдоль тела от головы к ногам, слегка прикасаясь к коже лица, шеи, груди, рук (рис. 7). Эти Движения повторяют, делая этот своеобразный «массаж» медленно, одинаковой скоростью. Вскоре становится очевидным, что даже При полном молчании врача (больному ясно, что его усыпляют) больной начнет проявлять признаки сонливости, его глаза закроются и он уснет. Тогда, после предварительной проверки глубины гипнотического сна, переходят к проведению лечебного внушения.

79

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



Рис. 8. Гипнотизация с воздействием на кожный анализатор («пассы» без прикосновения к кожной поверхности).

Вас успокаивающим, усыпляющим образом... Дремота, сонливость все нарастают, все усиливаются... Засыпайте... засыпайте глубже... все Ваше тело приятно сковано... отяжелело, приятная сонная истома овладела Вами... нет сил двигаться, нет сил открыть глаза... хочется спать... спите глубже... еще глубже... спите!» Этот метод действует обычно лучше предыдущего,

однако для больных, которые с трудом засыпают, когда над ними говорят, целесообразнее применять первый способ.

Метод третий. Предлагаемый, способ — самый старинный из всех существующих. Положение врача и больного примерно такое же, как и при проведении предыдущих методов, но руки врача не прикасаются к коже больного, а находятся в отрыве от нее, на очень небольшом (2—5 см) расстоянии (рис. 8). Важно такие «пассы» делать теплыми руками и ни в коем случае не прикасаться случайно к коже испытуемого. «Пассы» представляют собой очень слабые температурные раздражители, улавливаемые, однако, нашими рецепторами. Возможно, что здесь имеет место еще слабый массаж воздушными колебаниями, возникающими при движении рук врача. Если поднести руку к чувствительному термометру, он

80

отметит теплоизлучение. Этот момент играет решающую роль в гипногенном влиянии «пассов».

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

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ГИПНОТИЧЕСКОГО СНА

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

Как же определить практически, насколько глубоко спит больной? Обычно уже одно наблюдение за больным показывает — спит он или нет. Как правило, больной во время гипнотического сна остается совершенно неподвижным. Если больной поворачивается и шевелится, можно с уверенностью сказать, что он не спит. Глубокое, равномерное дыхание также указывает на развитие состояния сонного торможения. Загипнотизированный может храпеть во сне. Если подойти и предложить спящему попробовать открыть глаза, то окажется, что он не в состоянии это сделать и будет только шевелить бровями. Не следует давать такое указание в категорической форме, ибо тогда больной откроет глаза, выполняя ваше распоряжение и подчиняясь внушению. Вот как рекомендуется спросить: «Продолжайте спать... Сейчас Вы попробуете открыть глаза, но это Вам не удастся... попробуйте... вот видите, Вы не можете открыть глаза... продолжайте спать... Спице еще крепче!» Если больной не смог открыть глаза и проснуться, то можно считать, что он находится в состоянии гипнотического сна первой степени. После дегипнотизации, если только сон не углубится, больной заявит, что он не спал, все слышал, все понимал, чувствовал приятную тяжесть и покой во всем теле, но только не мог открыть глаза, хотя и старался это сделать. Для определения более глубокой степени гипнотического сна рекомендуется считать во время внушений, потом подойти к больному и провести по его лбу три раза рукой, а в середине сеанса громко кашлянуть, ^а в конце еще что-либо с шумом уронить на пол. Если после выхода из гипнотического сна больной на вопросы врача ответит, ^{что} слышал счет до 5, а дальше с 13, чувствовал, как его погла-

81

дили три раза по лбу, но не уловил шума падения предмета, то можно установить наличие у него частичной амнезии. Далее больной сам скажет, что временами засыпал, словно проваливался куда-то, а затем снова просыпался. Все это дает право считать, что больной находился в состоянии средней (второй) степени гипнотического сна.

Больной, находящийся в глубоком гипнотическом сне, ничего не помнит вследствие полной амнезии.

Для определения глубины гипнотического сна обычно пользуются еще и таким приемом. Произносят так: «Продолжайте спать, а теперь, оставаясь в гипнозе, Вы можете отвечать мне на вопросы, не просыпаясь... Отвечайте, не просыпаясь... Как Вы сейчас спите? Хорошо, крепко? Отвечайте!» Спящий глубоким сном пошевелит губами и сделает попытку ответить или же вятно ответит: «Да... я сплю... хорошо... крепко...», или: «Нет, я еще слышу шум!» Обычно

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

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

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

Бывают редкие случаи, когда больной по тем или иным мотивам симулирует гипнотическое состояние, поэтому важно уметь объективно констатировать факт наступления гипнотического сна.

Одним из первых признаков наступившего гипноза является птоз верхних век, их неподвижность, а также возникновение иногда мелкого тремора. Весьма надежным симптомом наступившего гипноза является значительное понижение или полное исчезновение кожной, болевой и температурной чувствительности — анестезия и аналгезия. Эти важные признаки гипноза возникают у испытуемого самопроизвольно, спонтанно, что, по мнению А. А. Токарского (1936), является кардинальным признаком наступившего гипнотического сна. Следует помнить, однако, что нечувствительность кожных покровов может быть получена также и в результате прямого словесного внушения как в гипнозе, так и в бодром состоянии. Возникновение анестезии и аналгезии КОЖИ

82

проверяется стерильной иглой, при этом не должно наблюдаться никаких реакций, изменений пульса, дыхания, а также изменений мимики испытуемого.

Следует отметить, что на месте укола у загипнотизированного, как правило, никогда не бывает кровоточивости из-за спазма кожных капилляров, возникающего в гипнотическом состоянии. Мы охотно используем эту обезболивающую особенность гипноза для различных болезненных манипуляций у соматических больных, при инъекциях, пункциях, внутривенных вливаниях.

Очень постоянным и верным признаком наступившего гипноза является отсутствие у больного глотательных движений. Если больной хотя бы изредка глотает слюну, можно почти наверное сказать, что гипнотическое состояние отсутствует или оно весьма поверхностно. Отсутствуют в гипнозе также такие явления, как покашливание, чихание и проч.

Следующим весьма верным признаком наступившего гипноза является так называемая каталепсия (одеревенение мышц). Если поднять руку испытуемого, а затем внезапно отпустить ее, то рука больного остается в воздухе в приданном ей положении, иногда крайне неудобном, и может находиться в этом положении длительное время без видимых признаков утомления (так называемая восковидная каталепсия). Все двигательные акты в гипнозе носят характер выраженной заторможенности. С другой стороны, если, например, поднятую руку загипнотизированного привести в маят-никообразное, качательное движение, то это движение часто продолжается автоматически длительное время (сомнабулический тип). Чтобы прекратить это механическое движение, нужно сделать специальное словесное внушение. У некоторых больных в глубоком гипнозе наступает, наоборот, крайне выраженное расслабление всей скелетной мускулатуры, так что поднятая конечность с шумом падает вниз от собственной тяжести, совершенно безжизненно, что также может служить признаком глубокого гипноза (летаргический тип).

В глубоком гипнозе без каких-либо специальных внушений наблюдается также повышенная потливость кожных покровов. При этом капли пота обильно выступают на шее, лбу и ладонях испытуемого.

Речь загипнотизированного резко заторможена, он отвечает лишь на прямые вопросы, скупое, односложно (да, нет), без вводных предложений и подробностей.

Загипнотизированному легко внушить различные эмоции, иллюзии, галлюцинации, которые он ярко воспринимает и на которые он живо реагирует, при этом изменяются мимика, вегетативные Реакции, пульс, дыхание, артериальное давление и пр.

После пробуждения из глубокого гипноза больной обычно ничего не помнит или помнит лишь частично о том, что с ним было^в гипнотическом состоянии.

Для выявления и констатации гипнотического состояния и определения его глубины может быть использован ряд более слож-

83

ных инструментальных методов. Так, например, с помощью оксиге-мографа можно точно уловить даже самый момент погружения в гипноз, так как при развитии гипнотического состояния степень насыщения крови кислородом немедленно падает в среднем на 2%, а в момент выхода из гипнотического состояния возвращается к исходному уровню, имевшемуся до погружения в гипноз. То же происходит и с артериальным давлением, которое, как правило, в гипнозе падает на 10—15—20 мм рт. ст., при этом снижается как систолическое, так и диастолическое давление. Однако у лиц, склонных к гипотонии, имеется выраженная тенденция к некоторому подъему артериального давления и его нормализации, — например, у больных бронхиальной астмой, склонных к гипотонии.

По нашим данным, согласующимся с наблюдениями других исследователей (В. Е. Рожнов, К. И. Платонов, Ю. А. Поворинский, А. П. Слободяник, М. С. Лебединский, И. В. Стрельчук и др.), в гипнотическом состоянии урежается пульс, дыхание и другие реакции, что регистрируется методами электрокардиографии, плетизмографии, спирографии, электроэнцефалографии, оксигеомографии и другими точными инструментальными методиками.

Однако в работе практического врача можно ограничиться и более простыми и доступными методами, указанными выше.

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВНУШЕНИЙ В ГИПНОЗЕ

После того как больной впал в состояние гипнотического сна той или иной глубины, можно переходить к лечебным внушениям. Словесное внушение могущественно. «Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение... во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает 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. Многообъемлемость слова делает понятным то, что внушением можно вызвать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и на внутренний мир человека» (И. П. Павлов, 1951).

Как же рекомендуется практически строить формулы лечебных словесных внушений? В то время, когда больной спит гипнотическим сном, мы обычно еще несколько раз ему внушаем: «Спите! Спите глубже... теперь Вы находитесь в состоянии лечебного сна.

84

Ваша нервная система подготовлена для восприятия внушений... С каждым последующим сеансом, с каждым днем Ваше самочувствие и состояние будут улучшаться...» Далее, в зависимости от жалоб и состояния больного, формула внушений индивидуализируется.

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

Обычно перед сеансом гипнотерапии в общедоступной форме разъясняют больным механизм лечебного действия гипноза при язвенной болезни, подчеркивая при этом значение сна для

процессов регенерации и заживления язвы. В. М. Бехтерев указывал, что и в гипнотическом сне следует не ограничиваться императивными внушениями, а надо использовать заторможенную кору для восприятия разъяснительных внушений и убеждений.

Некоторых скептически настроенных врачей может удивить наше утверждение, что словесным внушением можно прекратить органически обусловленную рвоту. Однако такие факты общеизвестны — достаточно вспомнить многочисленные факты устранения неукротимой рвоты беременных. С помощью внушения в состоянии гипнотического сна иногда удавалось прекратить тяжелые рвоты у больных раковой болезнью, не снимавшиеся медикаментозными средствами. Нам представляется, что рвота, возникающая у больного язвенной болезнью под влиянием спазма гладкой мускулатуры и обратной перистальтической волны, может быть устранена за счет расслабления этой мускулатуры под влиянием речевого воздействия в гипнозе. Наконец, общеизвестно, что вызвать рвоту внушением довольно легко, причем гладкая мускулатура желудка и нижнего отдела пищевода полностью мобилизуется через кору головного мозга; естественно предположить и возможность обратного действия слова.

Пример второй. Перед нами больной, страдающий бронхиальной астмой. Тяжелые приступы удушья следуют один за другим. Инъекции адреналина перестали помогать. Днем и ночью больной

85

задыхается. Приступы возникают от запахов, от волнений, от простуды. Здесь внушение строится примерно так: «Ваше дыхание постепенно становится спокойным, глубоким... дышать становится все легче... Ваше тело расслабляется... приятный покой охватывает Вас... дышится легче, глубже... (дыхание больного заметно выравнивается)... вот видите, как Вам становится все легче, все свободнее дышать, теперь засыпайте глубже... Вы проснетесь с хорошим и свободным дыханием... С каждым днем приступы будут уменьшаться... Никакие запахи на Вас действовать больше не будут... Никакие тревоги и волнения не будут отражаться на Вашем дыхании... Дыхание всегда и везде будет глубоким, ровным, свободным... Никакие изменения погоды на Вас влиять больше не будут...»

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

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ВНУШЕНИЙ НАЯВУ

Лечение суггестивной психотерапией — внушение наяву — проводится следующим образом: больной пребывает в спокойном состоянии, располагаясь в удобной позе на удобной кушетке или кресле; ему рекомендуется расслабить всю мускулатуру, по возможности отбросить посторонние мысли и внимательно слушать врача-психотерапевта. Все посторонние звуки и шумы должны быть по возможности устранены, так как они неизбежно будут отвлекать больного. Врач уверенным тоном, негромко, но внушительно начинает воздействовать на больного словесным внушением, построив для этого конкретные формулы речевого воздействия. Провести резкое разграничение между рациональной и суггестивной психотерапией, как уже указывалось выше, весьма трудно, да и нецелесообразно. Поэтому словесные внушения должны строиться не только в императивном тоне, но и подкрепляться логическими доводами, рассуждениями и обоснованиями. Во время проведения внушения рекомендуется положить свою руку на лоб или затылок пациента, слегка поглаживая кожу этой области. Если лечение проводится с целью устранения болевого синдрома при том или ином конкретном заболевании (невралгия тройничного нерва, плексит, нейромиозит, межреберная невралгия, радикулит или головная боль, локализованная в определенной области), то можно рекомендовать легкий массаж той или иной зоны, на фоне которого особенно хорошо будут восприниматься словесные внушения.

Очень хорошо сочетать то или иное словесное внушение в бодрствующем состоянии с введением лекарственного вещества через рот или в виде инъекции. Если при опросе выясняется, что больному до сих пор никогда не вводились такие вещества, как хлористый кальций или никотиновая кислота, то уместно перед их введением провести суггестию, предсказав ощущения жара и сильного разливающегося тепла и связав эти ощущения с предстоящим

86

большим лечебным эффектом от применения этого «ценного препарата», излечившего уже сотни и тысячи больных.

В другом случае, скажем при канцерофобии, можно дать больному облатки с метиленовой синью, «предсказав» интенсивное окрашивание мочи в том случае, если у больного «нет никакого рака». Очень выгодно проводить соответствующие внушения в присутствии значительного числа врачей,

студентов или даже больных, что придает вашим внушениям особую значимость и весомость. При проведении внушений «на людях», при обходе или клиническом разборе выгодно и целесообразно обращаться не столько к самому больному, сколько к авторитетному коллективу врачей.

Уже давно было отмечено огромное, решающее значение авторитета врача, а врача-психотерапевта в особенности.

Успех лечебного воздействия врача на больного в подавляющем числе случаев будет зависеть от отношения к врачу его коллег по работе, среднего медицинского персонала, а также санитарок и лаборантов. Насмешливо-критическое отношение к врачу-психотерапевту или самому методу может сорвать все психотерапевтические начинания, тонко продуманные планы и благие побуждения. Вот почему мы считаем своим долгом предупредить начинающего психотерапевта об этих «подводных камнях» на его нелегком пути в области психотерапии.

Можно ли предвидеть подстерегающие гипнотерапевта опасности, а следовательно, и устранить их? Конечно, можно. Более того, психотерапевт должен сам позаботиться о создании своего врачебного авторитета во имя здоровья больных. Нельзя это важное дело пускать на самотек или отдавать на волю случая или того или иного стечения обстоятельств. Перефразируя известное меткое определение о том, что «театр начинается с вешалки», следует учесть, что психотерапевтическое влияние начинается задолго до встречи врача с больным, до того, как пациент попадет в кабинет или гипнотарий психотерапевта. Нам неоднократно приходилось видеть, с каким замороженным вниманием слушают новички, ожидающие очереди в кабинет, своего более осведомленного товарища, уже побывавшего в гипнотарий или. успешно излеченного. Даже замечание гардеробщика: «Вы к кому? К доктору Х.? Ну, вам повезло! Этот вас вылечит!» — подготавливает пациента к успешному лечению. При большом авторитете врача-психотерапевта даже негативные моменты начинают работать на вас. Трудность попадания к врачу, предварительная запись на прием и другие, в общем-то нежелательные обстоятельства становятся союзниками врача-психотерапевта, пользующегося доброй славой и авторитетом у больных.

Никто так не может способствовать укреплению авторитета врача, как сами больные, успешно леченные данным врачом, «избавившим их от тяжкого недуга». Вот почему мы нередко зачитываем в присутствии других больных письма пациентов, излеченных "ами, или, что еще лучше, организуем встречу таких больных

87

с новыми пациентами. Живое слово больного, еще не так давно страдавшего тем же недугом, от которого предстоит избавиться новичку, его эмоционально окрашенный рассказ действуют безотказно.

Врач-психотерапевт не должен замыкаться только в гипнотарии, а должен нести психотерапевтические знания своим коллегам-врачам. Очень полезно проводить беседы с медицинскими сестрами, а также санитарками, указывая на их огромную роль в лечебном процессе, поскольку они больше и чаще находятся с больными. В беседе с фельдшерами и медсестрами следует указать, что психотерапевтические знания поднимут их авторитет в глазах больных и укрепят их влияние. В беседах с санитарками нужно показать им на конкретных, ярких примерах то большое психотерапевтическое влияние, которое и они могут оказать на больных.

Практика показывает, что тот труд, который психотерапевт затратит на подготовку среднего и младшего персонала, окупится сторицей, вербуя психотерапевту большое число друзей, начинающих активно помогать врачу в его работе.

Следует также проводить беседы и лекции среди больных в палатах как на общие медицинские темы, так и на темы, связанные с правильными взглядами на психотерапию, разбирая ложные суждения о гипнозе и внушении, исправляя допущенные ошибки, могущие привести к ятрогении. Следует помнить, что врач-психотерапевт приобретает во время этих просветительных бесед не только друзей среди больных, но и укрепляет свой авторитет. Большую ошибку делают те врачи, которые пренебрегают этим разделом врачебной работы.

Внушение наяву могут и должны применять врачи всех специальностей после небольшой подготовки и знакомства с этой областью психотерапевтического воздействия. Эта методика не отнимет у врача много времени, но принесет ему большое удовлетворение по тем результатам, которые незамедлительно скажутся.

В особо выгодном положении в этом отношении оказываются врачи-рентгенологи. Специфика их работы, укоренившееся представление у больных о том, что врач-рентгенолог «все видит насквозь», пребывание в затемненном помещении, где все, даже врачи, говорят вполголоса и

упорно смотрят на экран, вставляя время от времени свои замечания, которые авторитетно комментируются рентгенологом, — все это весьма важно использовать для суггестии.

К сожалению, врачи-рентгенологи нередко даже и не подозревают о своих исключительных возможностях для проведения лечебного внушения.

Нередко, наоборот, своими ответами на вопросы врачей в присутствии больных о «сужении пищевода», «обызвествленных очагах в легких», «сужениях или расширениях аорты», замечаниях по поводу «расширения сердца» и его положении — «висячее сердце» (которое, по мнению больных, следовательно, может и оборваться),

88

а также прочими высказываниями могут наносить большую психотравму больному.

С другой стороны, по договоренности с рентгенологом можно хорошо использовать внушение наяву, в кабинете рентгенолога, при обычном рентгенологическом обследовании, а также и без включения аппарата, когда на те или иные продуманные заранее вопросы врача рентгенолог будет давать ответы, имеющие суггестивное значение, давая при этом значительный целебный эффект.

Не меньшее значение, с точки зрения психотерапии, приобретает работа лаборатории. Нежелательные анализы и исследования, нередко подчеркнутые красным карандашом, не должны лежать для всеобщего обозрения на столе сестринского поста. В ряде случаев мы считаем возможным выдавать на руки больному фиктивные исследования, скрывая от больного истинное положение вещей, в то же время не скрывая правды, как бы печальна она ни была, от родных больного.

Иногда, при очень плохом прогнозе, нам приходилось даже вести две истории болезни: одну для больного, а другую для врачей, оберегая психику больного.

В связи с этим можно привести пример чуткого психотерапевтического подхода во время болезни А. М. Горького, для которого печатался бюллетень о состоянии здоровья в газете в одном единственном экземпляре, в то время когда весь народ знал из газет правду о его крайне тяжелом состоянии.

Для проведения внушения наяву нет, да и не может быть готовых рецептов и схем на все случаи жизни. Каждый врач сам должен продумать в каждом отдельном случае, с учетом всех индивидуальных особенностей больного и той конкретной ситуации, в которой он проводит лечение, план своего лечебного психотерапевтического воздействия.

Что хорошо для данного больного, учитывая его интеллект, тип высшей нервной деятельности, темперамент, то может оказаться совершенно не подходящим для другого. В одном случае можно провести лобовую суггестивную атаку врача на больного, давая прямое императивное словесное внушение; в другом случае — более удачным окажется обходной маневр с использованием косвенного внушения или путем воздействия специальной аппаратуры.

Итак, внушение наяву при деятельном состоянии коры головного мозга может и должно быть использовано врачом-психотерапевтом как мощный терапевтический фактор.

ВЫВОД ИЗ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ (ДЕГИПНОТИЗАЦИЯ)

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений. Примерная формула для дегипнотизации может быть таковой: «...А теперь... когда я сосчитаю до пяти... Вы проснетесь... откроете глаза и почувствовать себя будете как-то особенно Хорошо, бодро, спокойно...

С каждым последующим сеансом лечеб-

89

ный сон будет все глубже и крепче... Придя к себе в палату (до-мой), Вы охотно поспите еще час или два обычным сном... Итак, я считаю: раз... два... С каждым счетом Вы будете просыпаться... Вы начинаете хорошо различать посторонние звуки... Три... Мышцы делаются упругими... голова свежее... Четыре... Вы просыпаетесь... Веки совершенно свободно открываются... Пять! Вы совершенно проснулись и чувствуете себя прекрасно!»

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

В таких случаях рекомендуется дать следующее внушение: «Прекрасно! Продолжайте спать! Вскоре Вы сами проснетесь, когда в этом будет потребность или Ваше желание!»

ВЫБОР СПОСОБА ГИПНОТИЗАЦИИ

Нами были рассмотрены различные методы вызывания гипнотического сна и способы проведения внушения в бодрствующем состоянии. Что же касается решения вопроса о том, какой метод следует предпочесть, то нужно сказать, что все методы хороши, когда они правильно

применяются. В дальнейшем у начинающего гипнотерапевта появится свой личный опыт и он сам придет к определенным выводам.

При выборе метода гипнотизации следует учитывать особенности взаимодействия сигнальных систем больного. Так, И. В. Стрельчук (1953) указывает, что гипнотический сон быстрее и эффективнее всего достигается путем первичного воздействия через ту сигнальную систему, которая более тормозима у данного больного. Поэтому при гипнотизации больных истерией он рекомендует применять словесное воздействие, т. е. первичное воздействие на вторую сигнальную систему; при лечении больных психастенией — воздействие на первую сигнальную систему монотонными, ритмическими, световыми и кожными, особенно тепловыми раздражителями. У больных без резкого преобладания в высшей нервной деятельности какой-либо из сигнальных систем рекомендуется воздействие одновременно на обе сигнальные системы путем комплексного воздействия словесного внушения со зрительными, кожными или слуховыми раздражителями. «Нет таких людей, у которых с лечебной целью не удавалось бы вызвать гипнотическое состояние. Физиологически обоснованные способы гипнотизации в свете учения И. П. Павлова о первой и второй сигнальных системах, несомненно, будут содействовать более успешной гипнотизации, проводимой в лечебных целях» (И. В. Стрельчук, 1959)•

Многие гипнотерапевты не раз убеждались в том, что те больные, которые казались не поддающимися погружению в гипнотический сон, подвергались гипнотическому воздействию тогда, когда применялся соответствующий (адекватный) прием гипнотизирования

90 с учетом для данных больных соотношений между первой и второй сигнальными системами.

При выборе метода гипнотизации, по данным Н. К. Боголепова (1936), следует учитывать состояние вегетативной нервной системы больного. Субъекты, у которых при переходе в горизонтальное положение наступает значительное замедление пульса, по мнению автора, лучше поддаются гипнотизированию в горизонтальном положении. Люди, у которых имеется ясно выраженный симптом Ортнера (замедление пульса при запрокидывании головы назад), лучше поддаются гипнотизированию в полусидячем положении с откинутой назад головой. При гипнотизации людей с имеющимся преобладанием парасимпатической системы над симпатической лучше действуют однообразные, слабые раздражители (корковый, нисходящий гипноз), а на больных с преобладанием симпатической системы, особенно лиц с выраженным симптомом Ортнера, лучше действует шоковый метод с применением сильных, внезапных и резких раздражителей (подкорковый, вегетативный, восходящий гипноз по Н. К. Боголепову).

Действительно, уже старые авторы отмечали, что лиц с потными руками, с преобладанием парасимпатической системы гипнотизировать легче. Нами было отмечено, что люди богатырского сложения, крупные и физически развитые — лучше поддаются воздействию внушения и гипноза, как это ни выглядит парадоксально (П. И. Буль, 1950).

Других внешних признаков гипнабельности и внушаемости отметить не удастся, и о степени податливости гипнозу можно судить лишь путем соответствующих проб (тестов), описанных выше. Нельзя не учитывать также значения хорошо изученного, в частности В. М. Бехтеревым, свойства человеческой личности — самовнушения. Бывает так, что то или иное случайное движение врача, тот или иной оборот фразы, которым сам он не придает никакого значения, тот или иной прием оказывают на больного совершенно неожиданное сильное гипнотическое действие. Больной потом при разговоре рассказывает: «Вы знаете, доктор, когда Вы коснулись моего лба рукой, словно пелена на мои глаза опустилась, я сразу провалился в сон». Несомненно, что в данном случае самовнушение помогло гипнотизации.

Рядом авторов предложены способы использования электрических ламп и приборов для усиления действия кожных раздражителей. Так, А. Г. Иванов-Смоленский, А. П. Николаев рекомендуют производить так называемые световые пассы с помощью синей электрической лампочки на свободном шнуре. Мы пользуемся 3Дектротепловентилятором, давая зимой равномерную струю теплого воздуха, а летом — прохладного на лицо, шею и грудь больного. Однако применение этих приборов не является обязательным — без них можно обойтись без особого ущерба для дела.

Начинающий гипнотерапевт должен помнить, что далеко не у всех больных с первых сеансов гипнотизирования удается получить гипнотическое состояние, даже если гипнолог достаточно

91

опытен. Как правило, на первых сеансах больной еще не спит, все анализирует, адаптируется к обстановке, психотерапевту и методике лечения. Поэтому мы не рекомендуем давать безапелляционные внушения, что больной сразу же будет крепко спать. Наоборот, начинающему

гипнологу следует перед сеансом рассказать больному, что гипноз это не обычный сон, а особое сноподобное состояние, что, возможно, на первом сеансе больной будет лишь слегка дремать и обязательно все слышать и что только при последующих сеансах гипнотерапии его состояние будет становиться все глубже и глубже с каждым разом. В начале и в конце сеанса мы обычно прибегаем к таким формулам внушения: «С каждым последующим сеансом Вы будете все глубже и быстрее впадать в состояние лечебного гипнотического сна, но мой голос, мои слова и внушения, обращенные к Вам, Вы все время будет слышать и воспринимать сквозь эту лечебную дрему!»

От применяющего метод внушения и гипноза врача требуется не только знание техники гипнотизации, но и умение уверенно держаться, говорить и находить положительный контакт с больным. Частота сеансов зависит как от характера заболевания, так и от состояния больного, срока его пребывания в стационаре, успеха лечения. В нашей практической работе среднее количество сеансов на курс лечения составляло 10—15—20. В ряде случаев количество сеансов достигало 30. Как правило, уже с первых сеансов удается получить положительные результаты, а в дальнейшем идет их нарастание и закрепление. Если с первых сеансов не удастся получить хотя бы небольшой эффект от лечения, то, как показывает опыт, успех дальнейшего проведения терапии, за редким исключением, сомнителен.

В таких случаях нужно срочно проанализировать неудачу и быстро исправить положение. Обычно первые сеансы мы проводим ежедневно, а затем через день, еще позднее — через два дня на третий и постепенно, заканчивая курс лечения, рекомендуем больному не терять с нами контакта, чтобы в случае необходимости (при наличии хороших результатов) повторить курс через полгода или год. Часто, начав лечение в стационаре, мы продолжаем проводить лечение уже амбулаторно, обеспечивая нередко меньший срок пребывания больного в стационаре. В. Е. Рожнов (1954) считает, что слишком частые, например по несколько раз в день или даже ежедневные, сеансы проводить не следует, так как, по его наблюдениям, восприимчивость к гипнозу падает. Это объясняется, по мнению В. Е. Рожнова, тем, что гипноз возникает по условнорефлекторному механизму, а условный рефлекс при слишком частом повторении постепенно начинает затормаживаться, уменьшаясь в величине и в конце концов совсем исчезая. Скорость этого торможения находится в прямой зависимости от частоты повторения и типа высшей нервной деятельности.

Итак, успешная гипнотизация с лечебной целью зависит в основном от трех факторов: а) от типа высшей нервной деятельности больного, его внушаемости и гипнабельности: б) от обстановки проведе-

92

«ия сеанса и в) от опыта и техники гипнотерапевта, сочетающего теоретические знания и практический навык. Большое, подчас решающее значение имеет среда, окружающая больного в стационаре, отношение среднего и младшего персонала, а также врачей. От того, как поставлено дело в данном медицинском учреждении, как относится к гипнотерапевту и проводимому им методу лечения руководство клиники, больницы, поликлиники, диспансера, что говорят окружающие люди, степень авторитета, который вы сумели завоевать, — от всего этого в немалой степени будет зависеть успех проводимой лечебной работы.

Следует считать, что влияние психотерапии начинается и должно начинаться задолго до прихода больного в гипнотарий. От того, как будет подготовлен больной лечащим врачом, направляя его в кабинет гипнотерапевта, будет зависеть в немалой степени успех терапевтических результатов. В нашей практической работе мы иногда прибегали к такому приему. Перед гипнотарием концентрировался ряд больных, успешно леченных гипнотерапией; здесь же находились новички, впервые собирающиеся переступить порог гипнотария. Больные, успешно леченные методом гипнотерапии, как правило, рассказывают окружающим о СЕОИХ успехах, делятся своими впечатлениями и отвечают на вопросы новых больных, создавая благоприятный (суггестивный) фон для дальнейшей их встречи с гелиотерапевтом.

Наоборот, неосторожное и неуместное замечание какого-либо несведущего или недоброжелательного лица в значительной мере мешает работе и успеху лечения.

ДРУГИЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ

Длительный гипнотический сон

Длительный гипнотический сон (гипноз-отдых) впервые применили и теоретически обосновали известные советские психотерапевты К. И. Платонов, Б. Н. Бирман, И. В. Стрельчук, В. Е. Рожнов, а затем применяли в своей работе И. А. Изрухин, И. Я. Завилянский, С. И. Полинковский, П. И.

Буль и др.

По этой методике больной находится в гипнотическом сне длительное время без пробуждения — от 1 ч до 16 ч в сутки.

Длительное гипнотическое торможение способствует, как на это Указывали М. К. Петрова, К. И. Платонов, Н. С. Молчанов, восстановлению работоспособности нервных клеток больших полушарий, а также подкорковых центров и нормализации условно-Рефлекторной деятельности.

К. И. Платонов называл такой длительный гипнотический сон гипнозом-отдыхом. Основываясь на данных И. П. Павлова, М- К. Петровой и Г. Ф. Фольборта о значении охранительного торможения для восстановления функции истощенных нервных клеток ^коры головного мозга, можно рассчитывать на восстановление не

93

только условнорефлекторной деятельности, но и на устранение различных вегетативно-трофических расстройств.

Используя гипноз-отдых, удается добиться благотворного влияния покоя и на все стороны жизнедеятельности органов и тканей, при котором процессы ассимиляции и регенерации превалируют над процессами диссимиляции. Длительный гипноз-отдых мы особенно охотно рекомендуем применять у истощенных соматических больных, а также- у больных язвенной болезнью и лиц, имеющих кожно-трофические нарушения. Больные при этой методике погружаются в гипнотический сон обычными способами, лучше всего в вечернее время, перед отходом к ночному сну.

Мы внушаем этим больным, что они будут крепко спать без пробуждения до утра и что никакие звуки и шумы их не смогут разбудить. Для проведения такого длительного гипнотического сна выделяется особая палата, находящаяся в наиболее отдаленной от шума части клиники или больницы под контролем специально инструктированного медперсонала, в которой созданы все условия для спокойного и длительного сна без помех.

Полный курс гипнотического сна с пролонгацией длится от 10 до 15 дней. При правильном подборе больных с выраженной внушаемостью и гипнабельностью этот длительный гипноз-отдых дает максимальный терапевтический эффект. В ряде случаев для погружения и поддержания такого пролонгированного гипнотического сна нами применялся магнитофон с записью сеанса гипноза и передачи по радиотрансляционной сети из радиозула клиник. Нами была сделана попытка использовать эту методику для борьбы с бессонницей у больных, которым прием снотворных средств не давал успеха. Результат был хороший.

В. Е. Рожнов рекомендует применять удлиненный гипноз, когда лечебный сеанс длится час-полтора или несколько больше. Он предлагает также применять подобные удлиненные сеансы в амбулаторной практике. Причем врач проводит свой обычный психотерапевтический прием, одновременно наблюдая за больными, погруженными в гипнотическое состояние и находящимися в соседнем кабинете, периодически заходя к ним на 10—15 мин для подкрепления сна дополнительными внушениями. По мнению В. Е. Рожнова, такое удлиненное пребывание в гипнозе углубляет гипнотическое состояние, повышая терапевтическую ценность самого внушения «благодаря суммации словесных раздражителей, так как в удлиненных сеансах больной, как правило, получает большее количество внушений».

В нашей практической работе мы также применяем метод пролонгированных гипнотических сеансов, получая весьма ободряющие результаты от такого вида лечения.

Наркогипноз

Метод наркогипноза рекомендован и применяется многими психотерапевтами. Он заключается в том, что перед обычным приходом на сеанс гипнотерапии больной получает то или иное быстро-

94

действующее снотворное. Эта методика особенно полезна в тех случаях, когда нужно быстрее получить гипнотическое состояние у больных с недостаточной внушаемостью и гипнабельностью при общей нервной возбудимости больного. Заблаговременный прием снотворного средства обеспечивает уже к началу сеанса гипнотерапии определенное тормозное состояние коры головного мозга с явлениями сонливости и дремоты, обеспечивая и подкрепляя нарастание сонливости при последующих внушениях во время сеанса. Применение снотворных средств должно проводиться при строгом учете их фармакологических особенностей и дача снотворного должна производиться с соответствующим интервалом между приемом снотворного и временем последующего сеанса гипнотерапии. Расчет ведется так, чтобы приход больного в гипнотарий на сеанс совпал бы с уже проявившимися признаками сонливости и дремоты от принятого

снотворного средства.

Если сонливость от приема снотворного не наступает в течение 25—40 мин, что бывает у лиц, длительно пользовавшихся наркотиками и наркоманов, то рекомендуется перед следующим сеансом добавить 1 столовую ложку 3% раствора хлоралгидрата. Если и это не дает желаемого результата, то А. П. Слободяник предлагает применять внутримышечные инъекции барбитала и гексенала (3—5 мл 10% раствора).

Используя наркогипноз, рассчитывают на нормализацию кор-ково-подкорковой деятельности, при которой уравниваются основные нервные процессы (возбуждение и торможение), а также возникают положительные нейро-гуморальные сдвиги. По нашему мнению, наркогипноз не должен являться самоцелью, а должен служить лишь подсобным методом в тех случаях, когда для развития глубокого физиологического гипноза недостаточно времени, а гипнабельность и внушаемость больного недостаточны.

Гипнотерапия с помощью средств связи

Своеобразным проверенным методом лечения гипнозом являются случаи, когда по тем или иным причинам больной не может прибыть в клинику для прохождения повторного курса гипнотерапии. В таких исключительных случаях, особенно когда предыдущее лечение было эффективным, а больной достаточно гипнабелен, можно осуществить так называемое заочное лечение гипнозом, когда, например, врач находится в одном городе, а больной в другом. Уже давно было установлено, что гипнотизация возможна и на расстоянии (В. М. Бехтерев, К. И. Платонов, А. В. Будровский, А. Н. Слободяник, М. Я. Окунев, С. Г. Файнберг, В. М. Свядош и П. И. Буль).

Гипнотизация может быть осуществлена с помощью средств связи: по телефону, по радио, по телевидению, с помощью кино и магнитофона.

Исследователи установили, что в подходящих случаях, при наличии высокой внушаемости и гипнабельности, гипноз можно вызвать не только при непосредственном общении и влиянии врача

95

на пациента, но даже через предметы, такие как фотографическая карточка, письмо или другие средства общения.

Такая гипнотизация осуществляется весьма успешно при условии, что гипнотерапевт хотя бы несколько раз уже гипнотизировал данного больного и между ними установился соответствующий гипнотический рапорт. Так, М. Я. Окунев осуществлял гипнотизацию на корабле моряков, страдающих морской болезнью, с помощью радиотрансляции из радиорубки в кубрики. Нам также удавалось гипнотизировать на расстоянии при выступлении по теле-

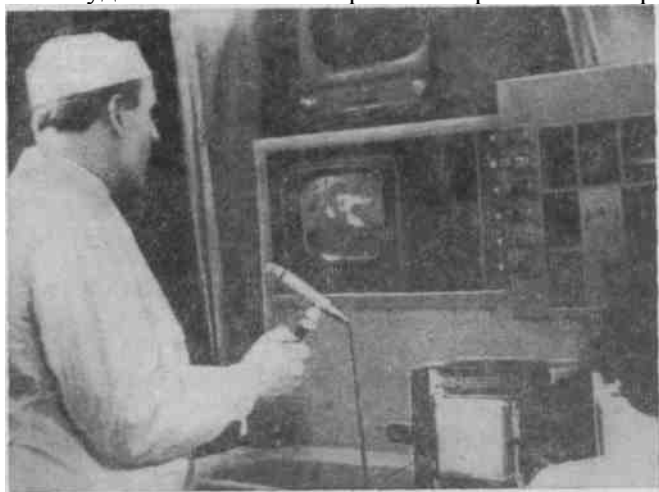


Рис. 9. Гипнотизация по телевидению и радиотелефону.

видению; кроме того, нам неоднократно приходилось гипнотизировать по радио-телефону больных, находящихся в барокамере под контролем телеэкрана и проходивших лечение по поводу заболевания бронхиальной астмой (П. И. Буль, А. И. Науменко, П. К. Булатов, 1967) (рис. 9).

А. М. Свядош и С. Г. Файнберг (1936) гипнотизировали группу детей с помощью патефонной пластинки, на которой был записан очередной гипнотический сеанс.

В. М. Бехтерев и А. В. Дубровский, а позднее и А. П. Слободяник (1963) гипнотизировали испытуемых с помощью фотографии и письма. В таких случаях врач посылает подготовленному больному свой фотопортрет и в сопроводительном письме указывает, что в случае появления того

или иного болезненного симптома больной должен, пристально глядя на фотографию, припомнить прошлые сеансы внушения и быстро погрузиться на 10—20 мин в гипнотическое состояние, а затем, через указанный срок, самопроизвольно проснуться с хорошим самочувствием. Можно, например, посылать больному записку с таким текстом: «Прочитайте и засните! После пятиминутного сна проснитесь в хорошем СО-стоянии!»

П. К. Булатов и П. И. Буль (1955) записывали на пленку магнитофона голос врача-гипнотерапевта и в дальнейшем повторно осуществляли гипнотизацию без присутствия врача. Успешное применение заочной психотерапии проводилось также киевским психиатром В. М. Геккебушем. Он писал: «Первое условие моего согласия на проведение лечения — полная откровенность в письмах. •• Первые письма посвящаются детальному ознакомлению меня ср своей жизнью, окружающей средой, интересами, занятиями



Рис. 10. Общий вид сеанса гипнотерапии, проводимого с помощью магнитофона. и пр., с особенностями характера, привычками, строением тела и т. п.».

Когда врач после дополнительных вопросов составит ясное представление о личности больного, то он берет инициативу в свои руки, дает указания и проводит заочные сеансы.

Нами в практической работе нередко использовалась лента магнитофонной записи сеанса со специальным текстом для данного больного соответствующих формул индивидуальных внушений (П. И. Буль, 1955). Передавая пленку с записью гипнотического сеанса, при одном из последних посещений внушали больному, Что теперь даже звук голоса врача будет действовать на него так же, как если бы врач был рядом и лично проводил сеанс гипнотерапии (рис. 10).

Эта форма заочной гипнотизации может быть признана право* Мерной, так как она основана на положении И. П. Павлова о том, Что гипнотизирует вообще все то, что в прошлом опыте совпадало Чеонократно с сонным состоянием. Кроме того, здесь вступает ^в силу действие так называемого постгипнотического внушения, сделанного на одном из предыдущих сеансов гипнотерапии у хо-

4 П. И. Буль

97

рошо внушаемой и гипнабельной личности. Kleinsorge и Klumbie, (1962) также применяли магнитофон для гипнотизации в отсут-ствии гипнотизера с хорошим эффектом.

Сочетанное применение гипноза и электросна

За последние годы методы лечения сном обогатились новым эффективным средством — электросном. Создателями этого метода, теоретической и практической его разработки, а также конструкторами аппарата электросна является коллектив советских ученых: В. А. Гиляревский, И. М. Ливенцев, З. А. Криллова, Ю. Е. Сегаль, З. А. Веньери.



Рис. 11. Общий вид сеанса гипноза в сочетании с электросном.

Лечение электросном весьма эффективно, так как при этом методе используется возникающее в коре головного мозга и ближайшей подкорке охранительное торможение.

Электросон применялся не только при лечении общих неврозов, но и при ряде внутренних заболеваний. Так, П. К. Булатов, П. И. Буль, Л. А. Четверикова (1957) применяли электросон при лечении больных бронхиальной астмой, гипертонической и язвенной болезнями, а также при неврозах внутренних органов. Опыт показал, что у многих больных этот метод дает хорошие терапевтические результаты.

Однако у ряда больных и этот метод оказывался малоэффективным, так как больные не засыпали даже при максимальных дозах тока. Это обстоятельство заставило многих исследователей

98

искать новые методики, сочетающие все преимущества гипноза и электросна при комплексном их воздействии (М. С. Лебединский, А. К. Михайлов, В. И. Ларионов, И. М. Виш, П. К. Булатов и П. И. Буль).

В клинике госпитальной терапии I Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова была организована специальная палата электросна, где и была установлена аппаратура. Многоканальный аппарат электросна конструкции инженера В. П. Зайцева позволял нам проводить коллективные сеансы электросна при индивидуальной дозировке тока для каждого больного в отдельности. В этой специальной палате впервые в нашей стране было начато проведение комплексного лечения электросном и гипнозом одновременно у шести больных. Использовался импульсный ток низкой частоты прямоугольной формы. Отрицательный полюс располагался на области глазниц больного, а положительный — на сосцевидных отростках (П.К. Булатов, П. И. Буль, Л. А. Четверикова, 1957) (рис. 11).

В отличие от нашей методики В. П. Ларионов и И. М. Виш (1958) вначале вызывали гипнотическое состояние

Рис. 12. Сеанс гипноза,

усиливаемый током, а затем подавали к больному ток определенной характеристики. Сила тока, как и в нашей работе, не превышала 0,2 — 0,8 мА при частоте 20—25 Гц.

Для привыкания к обстановке палаты и адаптации больного к увлажненным электродам первые три сеанса мы, как правило, проводили без включения тока.

Эта предосторожность была не излишней, так как многие больные боялись электросна. У ряда больных уже при одном наложении электродов возникала яркое ощущение «проходящего тока». У некоторых, особо впечатлительных больных это ощущение было настолько велико, что приходилось имитировать отключение тока, Хотя таковой и не был включен. Эти факты дают основание предполагать, что уже в самой процедуре наложения электродов имеется элемент суггестии, что, однако, ни в какой мере не умаляет положительного, лечебного действия электросна в указанных случаях на организм человека,



4*

99

Несомненно также, что уже одно наложение электродов на больного значительно повышает его внушаемость, гипнабельность и готовность к погружению в лечебный сон (рис. 12).

Интересно отметить, что, согласно нашим наблюдениям, электро-сон в первую очередь адресуется подкорковым отделам, в том числе — и ретикулярной формации головного мозга, возбуждая находящиеся там центры и тем самым индуцируя тормозной процесс в коре полушарий головного мозга. При гипнозе же первично тормозится кора и ближайшая подкорка и растормаживаются нижележащие отделы. Интересно отметить также, что степень насыщения крови кислородом в гипнозе и обычном сне (по данным оксигеомографии) падает в среднем на 2%, в то время как при электросне этого падения не наблюдается. В настоящее время мы еще не можем объяснить этот факт различного влияния на оксигенацию крови гипноза и электросна.

Таким образом, по нашим данным, согласующимся с данными других исследователей, при сочетанном применении электросна и гипноза удастся получить более полное и глубокое торможение, что дает лучшие результаты при лечении соматических больных

Условнорефлекторный сон и гипноз

Впервые метод условнорефлекторной терапии был предложен В. М. Бехтеревым. Цели условнорефлекторной терапии, по В. М. Бехтереву, сводятся к тому, чтобы по возможности затормозить возникший при известных условиях и упрочившийся патологически сочетательный рефлекс, а также привить или воспитать новый сочетательный рефлекс в соответствии с требованиями здоровой жизни: «Психорефлекторный метод... сводится, с одной стороны, к возбуждению, развитию и укреплению соответствующих тормозов патологических сочетательных рефлексов, а с другой стороны, к возбуждению, развитию и укреплению нормальных сочетательных рефлексов, отвечающих интересам здоровья организма» (В. М. Бехтерев, 1924).

Условнорефлекторный сон с успехом применяли П. Е. Бейлин, А. Н. Михайлов, Б. В. Андреев, Б. Г. Шошин и др. Условнорефлекторный сон у человека в настоящее время достигается тем, что действие снотворного или терапевтического средства, которое неоднократно применялось, сочетают с действием какого-либо индифферентного, безразличного раздражителя, совпадающего по времени. В качестве таких индифферентных раздражителей используют мигание синей или зеленой лампочки, звук метронома, шум падающих капель воды, имитирующих дождь и другие раздражители. Через некоторое время эти индифферентные раздражители сами по себе, без медикаментозного подкрепления могут вызывать тот же эффект, что и сильнодействующие снотворные или иные лекарственные средства. В нашей работе мы неоднократно убежились в закономерности наступающего эффекта от самых раз' личных раздражителей.

100

Так, например, больным, которым неоднократно при приступе бронхиальной астмы вводили для купирования адреналин, в дальнейшем введение даже физиологического раствора при словесном внушении: «Сейчас мы введем Вам адреналин, который снимет приступ удушья!» давало купирующий эффект, и приступ проходил, как если бы больному действительно был введен адреналин.

Вводя неоднократно новокаин или морфий для обезболивания, врач нередко может получить тот же эффект при словесном внушении: «Вам сейчас введем новокаин, который вызовет обезболивающий эффект!» По-видимому, при повышенной внушаемости у этих больных удастся получить обезболивание или уменьшение болей, хотя вводится не обезболивающее средство, а какой-либо индифферентный препарат.

В нашей работе в гипнотарии мы замечали, как одно пребывание в этом кабинете, где обычно неоднократно проводился сеанс лечебного сна, вызывало у больных зевоту, сонливость, а иногда и сон еще до начала сеанса.

В своей работе мы использовали в качестве условных раздражителей некоторые запахи: хвои, эвкалипта и др., что также действовало на наших больных по механизму условного рефлекса гипногенно.

Применялись также записанные на пленку магнитофона различные шумы: шум падающего дождя, стук колес поезда и др., которые служили хорошим звуковым фоном, на котором гасли посторонние звуки.

Давая различные снотворные средства для усиления торможения, можно вскоре заменять их совершенно индифферентными препаратами, например содой, что, однако, у многих больных вызывало условнорефлекторный сон.

Работая с аэроионами отрицательного знака, мы заметили, что вдыхание этих аэроионов часто вызывало сонливость у лиц, получавших эту процедуру. Мы стали пользоваться аэроионизаторами в нашей гипнотарии, отмечая усиление и углубление гипнотического сонного торможения даже тогда, когда мы только включали пропеллер аэроионизатора, без подключения к полюсу для зарядки ионов отрицательным зарядом.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о возможности использования условнорефлекторного сна для усиления гипнабельности больных. Нам нередко приходилось использовать сочетание условнорефлекторного сна и гипноза у больных с недостаточной степенью гипнабельности. Обычно этот прием приводит к хорошему результату и может быть рекомендован для практического использования.

Коллективная гипнотерапия

- _ .-

Метод коллективной гипнотерапии был применен в России по инициативе В. М. Бехтерева, лечившего таким образом алкоголиков, а также больных, страдающих неврозами. Применение этого метода позволяет охватить большое число больных и провести

101

с ними длительный курс лечения. По-видимому, лечебное значение этого метода заключается еще и в том, что он не позволяет больному замкнуться в болезненном одиночестве и думать, что его заболевание «особенное». Во время коллективных сеансов мы обычно даем высказаться какому-либо больному, желающему поделиться положительными результатами своего лечения. Иногда специально приглашают на такие сеансы больного, уже излеченного гипнотерапией от аналогичного заболевания. Длительно ведут наблюдение за больными, поддерживают с ними системати-



Рис. 13. Общий вид сеанса коллективной гипнотерапии.

ческую переписку и иногда зачитывают до начала сеанса гипнотерапии группе больных

полученное письмо с положительными отзывами о лечении.

Метод коллективного сеанса дает возможность проводить длительные беседы с больными, что также очень важно. Те преимущества, которые дает коллективный сеанс, покрывают немногие его недостатки, большинство которых можно предвидеть и устранить при индивидуальных беседах с больными.

Кроме того, во время коллективных сеансов больные как бы «заражаются» друг от друга сонливостью, ибо начинают действовать подмеченные В. М. Бехтеревым законы взаимного внушения и подражания. Поэтому во время коллективных сеансов больные обычно лучше и крепче спят.

На коллективных сеансах можно продемонстрировать состояние гипнотического сна новым больным, на которых это действует благотворно, так как они воочию видят безвредность этого метода,— ибо многие больные испытывают иногда некоторый страх перед

102

первым сеансом. Некоторые больные прямо спрашивают врача, сможет ли он потом их разбудить, и т. п.

На коллективный сеанс следует приглашать, как подсказывает опыт, не более 10—15 человек. Как правило, следует начинать всегда с индивидуальных бесед и сеансов, а затем, получив согласие больного, включить его в группу лиц, страдающих аналогичными заболеваниями и предъявляющих сходные жалобы. Таких больных мы лечим в дальнейшем коллективно (рис. 13).

Перед началом сеанса больные регистрируются у медицинской сестры, затем в проветренном помещении удобно рассаживаются в креслах или укладываются на кушетках или кроватях. Помещение затемняется, включается метроном или индуктор, а через 5—10 мин врач начинает давать формулы внушения тихим, но достаточно слышным для всех больных голосом, делая паузы между отдельными частями фраз. Вообще паузы не только не вредят гипнотизации, а наоборот, способствуют усилению торможения. Формулы внушения во время коллективных сеансов ничем не отличаются от тех, которые мы применяем при индивидуальных; разумеется, все обращения произносятся во множественном числе. Коллективный сеанс длится у нас 40—55 мин — в отличие от индивидуального, который продолжается 20—30 мин; из них на лечебные внушения уходят 10—15 мин. Мы стремимся проводить сеансы в одно и то же время, предлагаем больным занимать одни и те же места, устраиваться поудобнее, как кто привык. Включая одни и те же звуковые или другие раздражители, мы стараемся каждый раз не перестраивать формулы внушений и даем их однообразно.

Как уже указывалось, коллективные сеансы имеют ряд преимуществ перед индивидуальными, тем более, что отдельные теневые стороны коллективного гипноза можно легко устранить, применив следующий прием. После того как больные, погруженные в гипнотический сон во время коллективного сеанса, получили общие укрепляющие и успокаивающие внушения, врач тут же, обходя спящих больных, делает каждому из них нужное добавочное индивидуальное внушение шепотом. Далее следует коллективный вывод из гипнотического сна. Такой метод сочетает в себе все основные преимущества коллективного и индивидуального сеансов, давая возможность дифференцированно обслужить большое количество больных. Некоторые психотерапевты считают даже более выгодным начинать гипнотерапию с коллективных сеансов (С. Г. Файнберг).

МЕТОД ПЕРЕВОДА ОБЫЧНОГО СНА В ГИПНОТИЧЕСКИЙ (ВНУШЕНИЕ ВО СНЕ)

В работе психотерапевта нередко встречаются больные, заболевание которых могло бы быть успешно излечено с помощью гипнотерапии. Однако оказывается, что некоторых из таких больных не удастся погрузить в состояние гипнотического сна с по-

103

мощью обычных приемов гипнотизации. В таких случаях мы рекомендуем с согласия больных переводить их обычный сон в гипнотический. Довольно легко это удастся осуществить у детей и у лиц, имеющих склонность разговаривать во сне.

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

Подойдя к спящему обычным сном человеку, врач садится у его изголовья и тихо сидит 2—3 мин. Затем начинает проводить руками вдоль тела больного, не прикасаясь к его коже. Сначала тихим голосом, чтобы не разбудить больного, а потом все громче врач говорит больному. «Продолжайте спать! Вы не должны просыпаться... Вы слышите мой голос, но продолжаете спать! Спите глубже, еще глубже... Вы не должны просыпаться... Спите крепче! Теперь Вы хорошо слышите мой голос и продолжаете спать. Спите крепче! Теперь Вы можете отвечать на мои вопросы, не просыпаясь!

Как Ваше имя? Отвечайте, не просыпаясь, как Вас зовут?»

Если спящий начинает, не просыпаясь, отвечать на вопросы, то цель достигнута — нормальный сон перешел в гипнотический, и врачу удалось установить раппорт с больным.

Теперь можно уже смелее переходить к собеседованию со спящим. Нужно стремиться к тому, чтобы получать ответы на все задаваемые вопросы. Это будет свидетельствовать о наличии связи между врачом и пациентом. Затем можно переходить к осуществлению соответствующих лечебных внушений. Заканчивая сеанс, больному внушают, что в следующий раз он особенно легко во время обычного сна, не просыпаясь, вступит в контакт с врачом.

Приведем в качестве примера наблюдение, когда методика перевода обычного сна в гипнотический оказалась полезной.

На амбулаторный прием явилась женщина со своим сыном, юношей 17 лет, который страдает метеоризмом с непроизвольным отхождением газов. Со слов больного, последнее впервые с ним случилось три года назад в школе во время перемены. Этот эпизод произвел на больного тяжелое впечатление, тем более, что был замечен окружающими товарищами, которые стали подвергать его насмешкам. Невозможность удерживать газы в дальнейшем закрепилась как патологический условный рефлекс: стоило молодому человеку появиться в обществе, как у него начинало урчать в животе и появлялись позывы на дефекацию. Больной крайне тяжело переживал свой недуг, стал замкнутым, застенчивым и вскоре прекратил занятия в школе. Однако все попытки медикаментозного лечения не дали положительных результатов. За последние несколько месяцев до обращения к нам у больного появились новые проявления болезни в виде приступов неукротимой икоты, длившейся по нескольку часов, слюнотечения и рвоты. При повторном тщательном обследовании больного симптомов органического поражения центральной нервной системы, а также желудочно-кишечного тракта обнаружено не было, и был установлен функциональный, психогенный характер описанных выше явлений.

Незадолго до этого юноша, по словам матери, совершил суициднук>, попытку. Все изложенное выше делало применение психотерапии достаточно обоснованным. Однако на первых же сеансах выявилась весьма недостаточная гипнабельность и внушаемость больного. Все примененные методики гипнотизации не дали положительных результатов, а внушение в состоянии бодрствования также не оказалось достаточно эффективным.

104

Поэтому после седьмого неудачного сеанса гипнотерапии мы принуждены были сообщить матери больного о нецелесообразности продолжать этот вид лечения в обычных модификациях и, получив согласие матери больного, решили попытаться перевести ночной сон в гипнотический. Это удалось осуществить. Мы смогли внушить больному, что все болезненные явления у него исчезнут и что непроизвольного отхождения газов впредь никогда не будет. Всего было проведено пять таких сеансов гипнотерапии, которые принесли больному полное выздоровление от его функциональных нарушений.

Интересно отметить, что у юноши была полная амнезия в отношении проводившейся гипнотерапии во время обычного сна. Отдаленные результаты лечения прослеживаются уже в течение двух лет — рецидива заболевания не наступило.

Особенно большие исследования по лечению внушением во сне были проведены психотерапевтом А. М. Свядошем (1957).

Как известно, сон в павловском понимании — это состояние торможения коры головного мозга, спускающееся и на его нижележащие отделы. За последние годы в связи с развитием электроэнцефалографии представление о сне несколько изменилось. Согласно современным воззрениям, — это неполное торможение, так как почти половина нейронов мозга во время нормального сна — активны. Сон наступает в результате активной функции таламо-кортикальных синхронизирующих структур мозга.

Нейрофизиологические исследования показали, что можно различать два вида сна: первый вид сна — обычный, или медленный, сон, при котором с состоянием полного покоя отмечается замедление ритма дыхания и сердечной деятельности, а также появление на электроэнцефалограмме медленных волн; второй вид сна — парадоксальный, или быстрый сон, или сон со сновидениями. Во время этого сна наблюдаются быстрые движения глазных яблок, изменчивость, нерегулярность вегетативных проявлений (пульса, дыхания, потоотделения). Электроэнцефалограмма быстрого сна приближается к ЭЭГ, которая наблюдается во время бодрствования, хотя и имеет некоторые особенности: вспышки альфа-волн в затылочной области по частоте на 1—2 Гц меньше, чем во время бодрствования; обнаруживается низковольтная

активность; вспышки острых волн частотой 2—3 в 1 а в центральной области коры, длящиеся несколько секунд и связанные по времени с быстрыми движениями глаз. Как установлено, во время парадоксального быстрого сна наблюдаются сновидения.

По мнению А. М. Свядоща (1957), во время медленного сна происходит консолидация следов, т. е. перевод их в долговременную память, а также освобождение емкостей оперативной памяти, а во время быстрого сна — «отреагирование» переживаний.

Быстрый парадоксальный сон чередуется с медленным. Он изменяет его 4—5 раз в течение ночи и длится каждый раз 6—8 мин, реже 15—20 мин, занимая около 20—25% всего времени сна. Первый период быстрого парадоксального сна наступает через 45—90 мин после засыпания. Этот вид сна регулируется филогенетически древними механизмами ствола мозга.

Как для обычного медленного, так и для быстрого парадоксального сна характерен «перерыв непрерывности потока сознания»

105

с утратой способности отдавать себе отчет в месте, времени и окру, жающем. При сновидении, кроме того, имеет место переживание иной ситуации.

Между состоянием бодрствования и состоянием сна имеется целая гамма тонких нюансов и переходов. Сон может быть частичным, а глубина сонного торможения — различной. В связи с этим, в павловском понимании, могут возникать различные гипнотические, фазовые состояния (уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная и наркотическая фазы).

По имеющимся данным, во время естественного сна у спящего нередко обнаруживается избирательная чувствительность к определенным раздражителям, в то время как другие, даже более сильные, раздражители могут не оказывать заметного воздействия. Это возможно в тех случаях, когда во время сна участки бодрствования образуют «сторожевой пункт». Через него спящий может осуществлять контакт-раппорт с внешним миром (от французского rapport — отношения, связь, сношения). Вполне очевидно, что сон со «сторожевым пунктом» будет частичным.

Ввиду того, что явления раппорта являются важным фактором, обеспечивающим возможность лечения внушением как в гипнозе, так и в обычном сне, необходимо более подробно остановиться на характеристике понятия раппорта.

Как известно, явления раппорта существуют не только у человека, но и у животных.

В. Н. Сперанский (1927) следующим образом объяснил сущность и механизм раппорта: «Сторожевое животное бдительно охраняет стадо. В случае приближения опасности оно издает особый звук, сигнал, и этого достаточно, чтобы все стадо было на ногах, готовое к бегству, защите, в зависимости от характера сигнала. Никакие другие шумы, наполняющие лес, не тревожат сон стада. Между сторожем и стадом поддерживается раппорт».

Не менее интересно высказывание по этому поводу и у Л. А. Ор-бели: «Головоногий моллюск-осьминог обладает сменой сна и бодрствования. Он укладывается на дне аквариума, подбирает вокруг себя ноги, закрывает глаза и спит. Но из восьми ног одну ногу он оставляет «дежурной». Семь ног опутаны вокруг туловища, а восьмая торчит кверху и проделывает все время вращательные движения. Интересно, что если во время сна какой-нибудь палочкой тронуть у него туловище или конечность, он не просыпается, но если вы прикоснетесь к «дежурной» лапе, то просыпается, выпускает черную краску и вообще проявляет соответствующую активную реакцию. По-видимому, в состоянии сна у моллюска сохраняется сторожевой пункт, с помощью которого он и поддерживает необходимый раппорт с внешней средой».

В экспериментальных условиях удавалось получать у собак сон с явлениями раппорта. С этой целью у животного вырабатывался условный рефлекс на строго определенный тон фисгармонии («до»-265). В дальнейшем животное погружалось в глубокий сон действием отрицательных, дифференцированных, инактивных раз-

106

дражителей. Теперь животное переставало реагировать на весьма сильные раздражители внешнего мира: на свист, бульканье, сильные стуки, но оно немедленно просыпалось, когда раздавался тон «до»-265, сочетавшийся ранее всегда с подкармливанием и на который был выработан условный рефлекс. «Очевидно, в заторможенной коре собаки один пункт сохранял свою возбудимость, оставался бодрствующим» (Б. Н. Бирман, 1924).

Ввиду сохранения сторожевого пункта во время сна спящий человек может поддерживать раппорт с внешним миром. «Восприятие речи во время сна возможно только при наличии сторожевого пункта, через который осуществляется раппорт. Сон со сторожевым пунктом может быть

естественным, гипнотическим и неглубоким наркотическим, что позволяет лечить внушением» (А. М. Свя-дош, 1967).

Общеизвестны факты, когда утомившаяся мать может крепко уснуть возле кровати ребенка и не слышать сильных звуков, доносящихся извне, например: крики, музыку, стуки и др., но стоит только раздаться слабому, чуть слышному писку или шороху, исходящему от ребенка, как она тотчас услышит этот звук и немедленно проснется. Это объясняется тем, что во время естественного сна сохраняется сторожевой пункт, дающий возможность поддерживать раппорт с определенным лицом или строго определенным раздражителем.

Сторожевой пункт, по существу, является сложной системой, включающей устройство, обеспечивающее прием сигнала, его сличение и эффекторный механизм, способный вызвать полное или неполное пробуждение.

Как было показано А. М. Свядошом (1940), сторожевой пункт во время естественного сна может возникнуть, если человек засыпает при восприятии речи и связь между ним и источником речи продолжает сохраняться (особенно, если при этом произносятся фразы: «Спите спокойно, не просыпайтесь... Слушайте и запоминайте слова... Наутро все будете помнить...») или, если он перед сном настроит себя на восприятие речи, внушит себе, что будет спать и слушать речь не просыпаясь.

Сам процесс восприятия речи во время сна не осознается. Испытуемые не отдают себе отчета в том, что они слушают речь (А. М. Свядош, 1965).

Практика гипнотерапии показывает, что внушения особенно действенны, если после пробуждения от сна они подвергаются амнезии. Поэтому техника внушения во время естественного сна несколько отличается от техники внушения во время гипнотического сна.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ

Среди части больных и даже врачей изредка встречается мнение, что гипноз, якобы, метод не безразличный и подчас даже вредный. Эти представления совершенно не соответствуют действи-

107
тельности, они являются отголосками давно устаревших и отвергнутых наукой взглядов французского психиатра Charcot (1881), считавшего гипноз патологическим состоянием.

Исследования И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, К. И. Платонова и их многочисленных учеников показали, что гипноз — это физиологическое состояние, разновидность обычного сна. Была также установлена полная безвредность гипнотерапии, проводимой врачом. Конечно, можно нанести гипнозом вред так же, как и слабительной солью, примененной тогда, когда назначение ее строго противопоказано, например при остром аппендиците. Прямых противопоказаний к применению гипнотерапии, по нашему мнению, нет. Нам сотни раз приходилось проводить гипнотерапию у больных, детей, людей с пороками сердца, беременных женщин, т. е. у лиц, здоровье которых мы оберегаем особенно тщательно, и ни разу мы не имели каких-либо осложнений под влиянием гипноза.

Тем не менее, начинающему психотерапевту следует воздерживаться от применения гипнотерапии при некоторых заболеваниях внутренних органов. Так, например, не следует лечить гипнозом больных с острым инфарктом миокарда, а также больных с острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза может наблюдаться ряд нежелательных вегетативных реакций и осложнений в связи с волнением перед сеансом, страхом и другими непредвиденными обстоятельствами.

Применяя гипнотерапию по отношению к больным, страдающим более легкими сердечно-сосудистыми заболеваниями, также необходимо оберегать их от волнения перед сеансом и не применять сильных («шоковых») раздражителей.

Психотерапевту следует избегать повторных сеансов гипноза с теми женщинами, у которых возникает чрезмерное чувство привязанности, симпатии, болезненной «влюбленности» по отношению к лечащему врачу, сохраняя нормальные взаимоотношения врача и больного.

Больных с повышенной чувствительностью и повышенной эротичностью врачу следует гипнотизировать лишь в присутствии третьего лица (родственник больного, медсестра, няня), дабы оградить себя от возможных кверуляций.

Следует помнить о возможности крайне нежелательного осложнения во время гипноза — о внезапном переходе гипноза в истерический припадок с «буйством подкорки», хотя это бывает исключительно редко. В данном случае врач должен с помощью резкого, властного и повелительного тона быстро купировать это истерическое состояние.

На одной из сред (18/V 1932 г.) В. Н. Бирман задал И. П. Павлову вопрос о таком патологическом

состоянии при гипнозе. И. П. Павлов ответил: «Мне кажется, что когда у вас имеется гипноз, некоторое торможение, то оно у вас на высшей инстанции — на лобных долях, а дальше переходит на остальные анализаторы, при этом торможение движется по различным слоям коры.

Тут же кора

108

сразу вся быстро тормозится и индуцирует положительно подкорку, и получается плач, гнев и другие эмоции».

К числу противопоказаний следует отнести случаи резкой интоксикации больных и высокой температуры с периодическим затемнением сознания.

Противопоказано применение гипноза и для лиц, у которых гипнотический сеанс провоцирует возникновение эпилептических припадков (особенно, если гипнотерапевт еще не приобрел должного опыта).

Не рекомендуется также применять гипнотерапию по отношению к лицам с резко отрицательной установкой к гипнозу.

Применение гипнотерапии противопоказано при нарушениях психики, у лиц с резко выраженной дебильностью или бредовыми идеями отношения.

Переходя к вопросу о том, при каких заболеваниях внутренних органов следует рекомендовать гипнотерапию, необходимо указать, что в последние годы наметилась правильная тенденция расширить круг показаний для такого рода лечения.

Ободряющие результаты получены при лечении заболевания внутренних органов с выраженным кортико-висцеральным гено-зом (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.).

Являясь сторонниками комплексного лечения, которое, по нашему мнению, дает максимальный эффект, мы считаем совершенно необходимым начинать лечение ряда больных в первую очередь словом, внушением. Как часто больной выпивает очень много лекарственных жидкостей, проглатывает значительное количество сухих лекарственных препаратов безрезультатно — и сравнительно быстро излечивается при помощи психотерапии.

Только правильное сочетание лекарственной терапии с совместным воздействием на главный регулирующий орган — кору больших полушарий — дает хороший лечебный результат.

Очень часто к врачу обращаются люди, у которых нет еще вполне развившегося заболевания, а есть тот или иной симптом — головная боль, бессонница, затруднение дыхания или упорные хронические запоры. Такие люди страдают, но продолжают работать. При обследовании их никаких отклонений от нормы со стороны внутренних органов обнаружить не удается. В этих случаях особенно показана гипнотерапия, дающая быстрый и стойкий результат.

Так, например, больной И. в течение двух лет страдал упорной рвотой сразу же после еды. Все исследования желудочно-кишечного тракта, в том числе ³ рентгенологические, не давали никаких отклонений от нормы, хотя больной ³а время болезни потерял в весе более 12 кг. У больного появились признаки Дистрофии и анемии (НЬ 55%). Все средства лечения, рекомендованные опытными терапевтами, не давали эффекта, и больной, очень нервный и впечатлительный человек, обратился к нам. После первых четырех сеансов гипнотерапии состояние больного улучшилось, рвоты стали реже. После двенадцатого сеанса Рвоты прекратились совершенно. Всего на курс лечения потребовалось 20 сеансов. ³а время лечения (40 дней) больной прибавил в весе 6 кг. Улучшились показа-

109

тели крови. Катамнез: через 2 года состояние остается хорошим — рвот нет прибавил в весе еще 7 кг, показатели крови остаются хорошими (НЬ 65%). Наряду с хорошим соматическим состоянием улучшилось настроение. Больной вер. нулся к труду.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИПНОТАРИЯ

Для проведения гипнотерапии желательнее организовать простейший гипнотарий — удаленный от внешнего шума кабинет, стены и двери которого окрашивают в сине-зеленые спокойные тона и покрываются звукоизолирующими материалами, окна завешивают шторами, мебель расставляют удобную для целей гипнотизации. Кушетки или кровати должны быть расставлены так, чтобы к любой из них врач мог бы подойти. Внутри комнаты устанавливается настольная лампа с очень слабым светом, прикрытая плотным абажуром. Во время сеанса зажигается синий свет, на дверях гипнотария надпись: «Не входить! Идет сеанс гипнотерапии».

На полу следует расстелить дорожку, заглушающую шум шагов. В таком гипнотарий можно проводить и коллективные сеансы. Однако число коек не должно превышать 10—15.

Очень важно, чтобы помещение гипнотария хорошо проветривалось, поэтому лучше держать фрамугу открытой и во время санса.

В такой обстановке более удобно проводить психотерапевтическую работу, однако в условиях сельского врачебного участка или амбулатории врач может ограничиться и более простым оборудованием.

Для вызывания гипнотического сна психотерапевты часто не ограничиваются одними словесными внушениями признаков сонливости и прибегают к другим методам, вызывающим корковое торможение: различным звуковым (метроном, гудение индуктора, звук падающих капель воды) или световым (фиксация взора на зеленых электролампочках) раздражителям. Особенно рекомендуем вентилятор, посылающий на обнаженную кожу лица и рук струю теплого или прохладного (летом) воздуха. Этот своеобразный воздушный массаж быстрее всего ведет к торможению кожного анализатора в коре полушарий головного мозга. Можно использовать также электротеплонагреватель, которым проводят вдоль тела на некотором расстоянии в виде своеобразных пассов.

Учитывая, что в последние годы психотерапевты в своей практике широко используют различные радиотехнические средства, кабинет гипнотерапии желательно оборудовать индивидуальными наушниками радиотелефонами. Радиотелефоны подключаются или к микрофону, или непосредственно к магнитофону. Такая радиотехническая система позволяет во время коллективных сеансов передавать каждому больному индивидуализированные формулы внушения либо через микрофон, либо с ленты магнитофона (Я. Р. Гасуль, С. П. Мельничук и др., 1965).

Кроме того, магнитофон позволяет проводить повторные дополнительные сеансы в вечернее время, перед сном, без психотерапевта, дежурным медперсоналом.

НО

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Как и всякая другая область медицины, работа гипнотерапевта имеет свои специфические особенности. В противоположность молодому хирургу, имеющему в сложных случаях возможность рассчитывать на помощь своего учителя, ассистирующего при операции, начинающие психотерапевты, работая в условиях, исключающих постороннее вмешательство во время сеанса, такой возможности не имеют. И если начинающий психотерапевт не до конца разберется в сложных процессах психической деятельности больного, все же он должен «кончать операцию» сам.

Стойкость, выдержка и «хирургическая щепетильность» в обращении со словом, чуткость, такт в обращении с больным обеспечивают эффективность лечения, а в сложных случаях гарантируют от нанесения дополнительной психической травмы.

Начинающему психотерапевту мы рекомендуем проводить сеансы гипноза в присутствии третьего лица (медсестра, няня, родственник). Гипнотизируя больных женщин, следует избегать применения пассов, так как они могут навредить лицам с повышенной сексуальной возбудимостью различные эротические представления.

В настоящее время установлено, что нельзя совершить преступление, безнравственные или противозаконные поступки в порядке реализации гипнотического внушения. В гипнозе можно внушить только то, на что допустимо уговорить человека в обычном состоянии наяву. Есть больные, которые боятся гипнотерапии, так как думают, что под гипнозом они могут рассказать то, о чем хотели бы умолчать. Эти страхи неосновательны.

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

В настоящее время еще трудно установить, при каком типе высшей нервной деятельности больной лучше поддается гипнотическому воздействию. Наши наблюдения показывают, что лица слабого типа высшей нервной деятельности хорошо гипнабельны. На втором месте по легкости возникновения тормозных процессов, на наш взгляд, нужно поставить лиц с проявлениями сильного неуравновешенного типа высшей нервной деятельности.

Работа врача-психотерапевта регламентируется инструкцией Наркомздрава РСФСР от 1926 г., согласно которой заниматься лечением гипнозом и внушением может только врач. Лица, не имеющие медицинского образования, заниматься гипнотерапией не имеют права, равно как и выступать с демонстрацией явлений гипноза в виде публичных сеансов. Эти ограничительные

мероприятия правомерны, так как только гипноз, проводимый врачом, исключает возможность нанесения вреда больному.

ш

Как уже указывалось, лечение гипнотерапией не требует особенно сложного оборудования и может проводиться в любой обстановке. Однако организация простого гипнотария будет облегчать работу врача и содействовать его успеху.

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ БОЛЬНЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПНОЗА

Прежде чем приступить к гипнотерапии больных, естественно, необходимо выяснить характер реакции у нервно-психических и соматических больных на погружение их в гипнотическое состояние.

Нас интересовал также вопрос о том, не имеется ли каких-либо изменений у этих больных в деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, кроветворной и других систем организма под влиянием отрицательных и положительных эмоций, внушаемых в гипнотическом состоянии. Эти исследования, насколько удалось установить, не проводились в отношении соматических больных, но были хорошо изучены у здоровых людей.

Наконец, предпринятые исследования в известной мере должны были показать значение слова в гипнотическом состоянии как мощного физиологического фактора по отношению к больным с заболеванием внутренних органов, тем самым раскрывая его терапевтические возможности.

Изучение взаимоотношений соматических и психических проявлений в гипнозе производилось рядом способов. Заслуживает особого внимания способ изучения этих взаимоотношений с использованием метода суггестии, который, по мнению К. И. Платонова, является наиболее выгодным, так как дает возможность проследить в клинике то, что не всегда доступно в условиях нормы и тем более патологии.

Работами К. И. Платонова (1950) и его сотрудников были изучены патофизиологические и биохимические сдвиги в организме, происходящие под влиянием внушения гипнотизируемому мнимого облегчения и утяжеления производимой им физической работы. Наступающие при этом изменения пульса, газообмена и двигательной хронаксии соответствовали не характеру произведенной работы, а сделанным внушениям.

Ю. А. Поворинский (1940), исследуя влияние внушений в гипнозе на газообмен, установил, что словесные раздражители, сигнализирующие такие отрицательные эмоции, как боль, страх, могут оказывать чрезвычайно сильное воздействие. Эти словесные раздражители в некоторых случаях вызвали повышение газообмена у испытуемых в 5—7 раз, в то время как инъекции адреналина и тироксина, как известно, изменяют газообмен всего лишь в 2—3 раза.

По данным Grafe и Mager (1925), при внушении в гипнозе состояния депрессии обмен веществ у испытуемых повышался на 7,6%.

В опытах Deutsch и Kaaf (1923) после внушения в гипнозе эмоции страха обмен веществ повышался на 26,6%.

112

А. И. Картамышев (1953) изучал у больных кожными болезнями связь психических переживаний в гипнозе с изменениями количества сахара, содержащегося в коже. Проведенные им исследования показали, что изменения пульса и дыхания, связанные с психическими переживаниями, являются реакциями, относящимися к самым интимным биологическим процессам в организме.

Все эти исследования служат подтверждением единства психических и соматических проявлений. Безусловные и условные рефлекторные механизмы регуляции состава крови изучали в эксперименте Г. С. Беленький, А. Я. Яро-щевский, Э. И. Раудач и Л. И. Кулдма (1957). Они показали, что изменения в количественном и качественном составе периферической белой крови находятся под влиянием сложной рефлекторной деятельности нервной системы, включая кору головного мозга. Существование асимметрии рефлекторного лейкоцитоза при истерии свидетельствует, по их мнению, о наличии патологических рефлекторных вегетативных изменений на периферии в случае расстройства высшей нервной деятельности.

РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Исследования сердечно-сосудистой системы в гипнозе проводились В. М. Бехтеревым (1911), К. И. Платоновым (1957) и другими авторами.

А. И. Картамышев и А. Н. Хованская (1957) изучали изменения капиллярного кровообращения у лиц, находящихся в различных фазах гипнотического состояния. А. И. Картамышев во время гипноза наблюдал ясно выраженное спастическое сокращение сосудов у больных кожными

болезнями под влиянием отрицательных эмоций. Н. А. Скульский (1930) считал, что при капилляроскопии должно быть учтено и психическое состояние исследуемого.

А. И. Картамышев (1957) отметил со стороны периферических сосудов при проведении гипноза спазм капилляров, очень похожий на изменения, возникающие после введения адреналина. По его мнению, этот факт является подтверждением того, что в организме загипнотизированного возникают явления, аналогичные вызванным введением лекарственных веществ.

Нам также удалось наблюдать спазм мелких периферических сосудов при погружении больных бронхиальной астмой в гипноз. При этом с большим трудом удавалось получить из пальца руки больного каплю крови для анализа, в то время как до гипноза это удавалось легко.

При исследовании сердечно-сосудистой системы больных бронхиальной астмой у них как в гипнозе, так и в бодром состоянии проводились следующие наблюдения: изучение пульса, физикальных данных, данных рентгеноскопии, электрокардиографии, плетизмографии, оксигенографии, тщательно в динамике измерялось кровяное давление. Было установлено, что число сердечных сокращений в гипнозе по сравнению с бодрым состоянием изменяется

ИЗ

мало, сердце, как и в обычном сне, работает ритмично, но несколько реже (на 5—7 сокращений в минуту). Кровяное давление у здоровых несколько падает, а у больных бронхиальной астмой (обычно имеет место гипотония) несколько повышается. У подавляющего большинства наших больных бронхиальной астмой кровяное давление было пониженным, при погружении же в гипнотическое состояние оно, как правило, поднималось до возрастной нормы или приближалось к ней (П. И. Буль, 1968).

Работами К. И. Платонова и его учеников (1957) было показано резкое изменение ритма и кровяного давления под влиянием различных отрицательных эмоций. Общеизвестно также, что у каждого здорового человека от волнений и переживаний меняется деятельность сердечно-сосудистой системы.

Нам удалось показать, что пульс и кровяное давление могут изменяться под влиянием внушения тех или иных эмоций в гипнотическом состоянии. Внушив больному, что к его коже приложен холодный или горячий предмет, нам удалось изменять просвет сосудов в ту или иную сторону. Было показано, что наступают изменения кровяного давления у здоровых людей и больных бронхиальной астмой при переходе от бодрствования к гипнотическому сну. Отмечены изменения, наступающие при внушении отрицательных эмоций в гипнозе, а также изменения ритма сердечных сокращений под влиянием прямого внушения (П. И. Буль, 1968).

Исследования сердечно-сосудистой системы проводились следующим образом. Больной располагался в спокойном, лежащем положении при деятельном состоянии коры головного мозга. У него подсчитывали пульс и с помощью тонометра несколько раз измеряли кровяное давление. Затем больной погружался в гипнотическое состояние. Вновь подсчитывался пульс и измерялось кровяное давление. Затем испытуемому в разное время внушали как положительные, так и отрицательные эмоции, каждый раз подсчитывая пульс и измеряя кровяное давление. После вывода из гипноза все исследования повторялись снова. Эти исследования были проведены как у здоровых лиц, так и у больных бронхиальной астмой.

При анализе изменений в деятельности сердечно-сосудистой системы (табл. 1) отмечается небольшое понижение кровяного давления при переходе из бодрого состояния в гипноз при почти неизменившемся числе сердечных сокращений. У здоровых людей при внушении положительных эмоций — без особых изменений; при внушении же отрицательных эмоций отмечается умеренное учащение пульса и повышение кровяного давления.

У больного бронхиальной астмой имеется выраженная тенденция повышения кровяного давления в гипнозе.

Как известно, у больных бронхиальной астмой наблюдается сниженное артериальное давление (гипотония), при погружении этих больных в гипнотический сон происходит нормализация артериального давления или тенденция к этому. Однако внушение отрицательных эмоций ведет к дальнейшему повышению артери-

114

Таблица 1

Изменение пульса и кровяного давления при переходе из бодрого состояния в гипноз и при внушенных эмоциях у здоровых людей

В бодром состоянии	В гипнозе	При внушении эмоций
--------------------	-----------	---------------------

Испытуемы й	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	положитель ных		отрицательн ых	
					пульс в 1 мин	крово- ное давле ние в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.
Б-ва, 35 лет	68	130/70	68	120/70	70	130/70	75	140/75
П-ов, 40 »	70	130/80	68	120/75	72	135/70	80	150/85
И-ва, 38 »	76	135/90	72	130/90	75	135/80	80	155/90
К-ев, 25 »	72	130/80	70	125/70	74	130/80	90	145/10 0
Н-ва, 22 »	70	130/90	70	125/80	75	130/85	80	150/95

льного давления, выше их обычного кровяного давления в бодром остоянии и гипнозе.

При внушении положительных эмоций в гипнозе отмечается ишь нормализация артериального давления при почти не изме-ившемся пульсе (табл. 2).

Таблица 2

зменение пульса и кровяного давления при переходе из бодрого состояния в гипноз и при внушенных эмоциях у больных бронхиальной астмой

Больной	В бодром состоянии		В гипнозе		При внушении эмоций			
	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	положитель ных		отрицательн ых	
	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.	пульс в 1 мин	крово- ное давлен ие в мм рт. ст.
Б-ий, 40 лет	70	120/70	70	125/80	75	130/80	80	135/90
В-на, 42 года	72	100/70	70	120/75	75	120/70	80	140/90
Ш-ер, 48 лет	70	110/70	68	130/80	72	120/80	90	140/90
П-ва, 62 года	72	110/75	70	135/90	75	130/80	75	140/90
К-на, 48 лет	68	115/60	68	135/80	75	135/80	80	140/80

ИЗМЕНЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Особое внимание мы обратили на исследование функции дыха-ельного аппарата у здоровых и больных, находящихся в состоянии ипноза. После ряда исследований в обычном сне были проведены пециальные исследования дыхательной системы в гипнозе. Мы про-звели записи кривых дыхания на аппарате типа Книппинга в виде пирогрaмм. Ввиду сложности этой процедуры нам приходилось

проводить предварительную тренировку больного. Опыт показал, что несколько тренировочных занятий с больным сначала в бодрствующем состоянии, а затем в гипнотическом сне были достаточны для того, чтобы проводить наблюдения, пользуясь аппаратом Книппинга. Характерна спирограмма, полученная во время гипнотического сна у больного Д. с помощью аппарата этого типа (рис. 14).

Как видно из спирограммы, характер дыхания в обычном и гипнотическом сне не имеет существенных различий.

На спирограмме больного Д. представлена запись дыхания этого больного до, во время и после приступа бронхиальной астмы, купированного инъекцией 1 мг адреналина (рис. 15). Как это видно

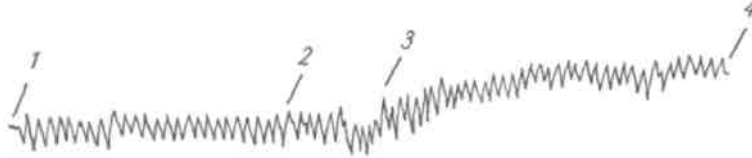


Рис. 14. Спирограмма дыхания больного Д. в обычном и гипнотическом сне.

1—2 — до гипноза; 2—3 — во время гипноза, 3—4 — после гипноза.



Рис. 15. Спирограмма дыхания больного Д.

Запись дыхания до (1—2), во время (2—3) и после приступа (3—4) бронхиальной астмы, купированного инъекцией 1,0 мл адреналина.

на спирограмме, после введения 1 мг адреналина происходит выравнивание кривой, и дыхание нормализуется.

Весьма характерна спирограмма, на которой показано снятие приступа бронхиальной астмы посредством внушения в гипнозе. Больному, погруженному в гипноз, во время приступа бронхиальной астмы сделано словесное внушение: «Вам сделана инъекция адреналина». На кривой мы получили изменения, аналогичные тем, какие возникают при введении больному 1 мг адреналина. Таким образом, как видно из анализа двух приведенных спирограмм, между ними нет существенной разницы.

Этот факт представляет большой интерес с физиологической точки зрения, так как словом в гипнозе у больного бронхиальной астмой при наличии стереотипа на введение адреналина можно было получить такой же эффект, как и при действительном введении 1 мг адреналина.

Нас интересовало также, изменяется ли характер дыхания под влиянием тех или иных неприятных для больного процедур, проводимых в клинике. Чтобы выяснить это, мы на глазах больной,

116

находящейся в бодром состоянии и вдыхавшей воздух через аппарат Книппинга, доставали шприц, одевали на него иглу, т. е. воспроизводили процедуру, которую она неоднократно видела и ощущала при подкожных и внутривенных вливаниях, производимых в клинике. Одна подготовка к внутривенному вливанию, как это видно из спирограммы (рис. 16), далеко не была безразлична для

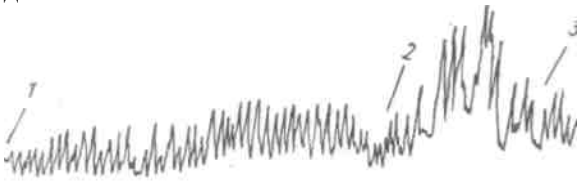


Рис. 16. Спирограмма дыхания больной С. Изменение дыхания при виде иглы и шприца и подготовке к инъекции.

1—2 — нормальное дыхание, 2—3 — дыхание при виде иглы и шприца.

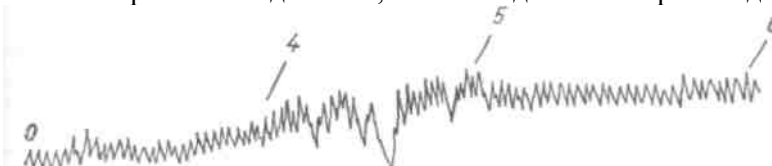


Рис. 17. Спирограмма больной Ш. Изменение дыхания при внушении отрицательных эмоций.

0—4 — нормальное дыхание; 4—5 — дыхание во время отрицательной эмоции в гипнозе; 5—6 — дыхание нормализуется после контрвнушения.

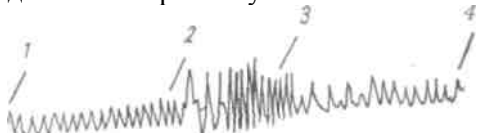


Рис. 18. Спирограмма дыхания больного Р. Изменение дыхания при внушении отрицательной эмоции.

1—2 — нормальное дыхание; 2—3 — во время внушенной отрицательной эмоции в гипнозе; 3—4 — нормализация дыхания после устранения эмоции контрвнушением.

больной и сама по себе вызывала выраженное изменение характера Дыхания. В данном случае реакция со стороны дыхания возникала по условнорефлекторному механизму через зрительный анализатор.

При погружении в гипноз достаточно было внушить больной, что ей производится вливание лекарственного вещества в вену, как дыхание немедленно изменялось.

Дыхание испытуемых также заметно изменялось при внушении им в гипнозе отрицательных эмоций, что представлено на спиро-граммах больной Ш. (рис. 17) и больного Р. (рис. 18).

117

Таким образом, словесным внушением в гипнозе удавалось изменять характер дыхания в зависимости от сделанных внушений.

Проводя различные внушения отрицательных эмоций больным бронхиальной астмой, мы встретили также выраженные изменения со стороны жизненной емкости легких (ЖЕЛ). В табл. 3 представлены изменения ЖЕЛ у 10 больных в бодрствующем состоянии, в гипнозе без внушения и при внушении положительных и отрицательных эмоций.

Было установлено, что существенных изменений жизненной емкости легких при переходе из бодрого в гипнотическое состояние у больных бронхиальной астмой не происходит. Однако при внушении им в гипнозе отрицательных эмоций происходит закономерное уменьшение, а при внушении положительных эмоций — увеличение жизненной емкости легких.

При внушении тех или иных отрицательных эмоций мы получали изменения не только со стороны органов дыхания, но и со стороны других систем организма. В качестве иллюстрации можно привести пример с больным Д., педагогом по профессии. Внушив этому больному, что он дает свой первый урок в

Таблица 3

Изменения жизненной емкости легких при внушении отрицательных и положительных эмоций в гипнотическом сне у больных бронхиальной астмой

Больной	Жизненная емкость легких в мл			
	в бодром состоянии	в гипнозе		
		без внушений	при внушении	при контрвнушении
К-ва	220	240	1800	2800
Р-ит	350	340	3000	3800
З-ев	280	290	2400	3100
Ю-ая	250	280	2200	3000
П-ая	280	280	2400	3000

	0	0		
Р-на	300	310	2800	3800
	0	0		
Ш-ва	320	330	3000	4100
	0	0		
К-ва	340	340	3200	4000
	0	0		
К-ов	380	390	4000	4400
	0	0		
Х-ов	400	410	3900	4500
	0	0		

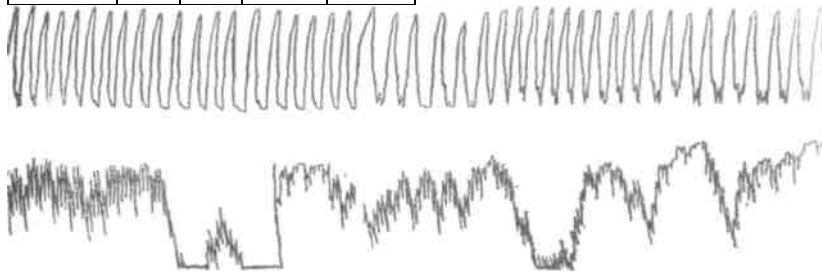


Рис. 19. Плетизмограмма больного Д. Изменение плетизмограммы при внушении отрицательной эмоции в гипнозе.

присутствии официальной комиссии, мы получили у него не только изменение характера спирограммы, но и целый комплекс

118

других изменений (пульса, кровяного давления, формы и положения желудка и т. д.)

Интересны данные плетизмограммы, полученные у нашего больного в состоянии гипноза под влиянием внушения отрицательных эмоций (рис. 19).

Помимо изменения числа дыханий при погружении в гипноз и при внушении отрицательных эмоций изменяется и минутный объем дыхания (МОД) (табл. 4).

Видно, что само по себе погружение в гипноз мало отражается на дыхании. Значительно больше меняется дыхание при внушении отрицательных эмоций.

В заключение можно сделать вывод, что под влиянием слова в гипнозе у больных бронхиальной астмой характер дыхания существенно изменяется, причем большое значение имеет вид и сила внушаемых эмоций. Например, при внушении отрицательных эмоций увеличивается минутный объем дыханий.

Изменение количества дыханий и минутного объема дыхания в бодром состоянии, в гипнозе и при внушении отрицательных эмоций у больных бронхиальной астмой

Больной	В бодром состоянии		В гипнозе		При внушении отрицательных эмоций	
	количество	минутный объем	количество	минутный объем	количество	минутный объем
В-ва	20	892	18	870	29	1296
Х-на	18	0	16	0	25	0
В-на	28	668	22	650	26	1232
П-ва	20	0	18	0	26	0
П-ов	15	992	16	990	27	1232
		0		0		0
		892		882		1012
		0		5		0
		911		921		1616

		6		5		0
--	--	---	--	---	--	---

как количество дыхания, так и

ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Работами К. И. Платонова и Н. М. Бесчинской (1933) было установлено влияние внушенных эмоций у находящегося в гипнозе здорового человека, на функции его желудка. Авторами применялась методика рентгенологического исследования желудка при внушении здоровому человеку чувства радости, тоски, ужаса, энтузиазма и т. п. Отмечая индивидуальные варианты в реакции желудка на внушение в гипнозе, К. И. Платонов и Н. М. Бес-чинская указывают, что чаще всего желудок реагирует шаблонно, однотипно. Так, при погружении в гипнотический сон наблюдалось резкое снижение тонуса желудочной мускулатуры, низкое расположение желудка, вялая перистальтика. Внушенное чувство радости вызывало повышение тонуса, резкий подъем желудка, энергичную эвакуацию содержимого. Эмоция тоски в гипнозе приводила к обратным явлениям. На внушение ужаса желудок резко подтягивался вверх, перистальтика в одних случаях усиливалась, в других прекращалась. Однако, как указывают исследователи, описание реакций желудка на внушение эмоции в гипнозе Дано ими лишь в общих чертах.

119

Одновременно авторами были отмечены изменения состава желудочного сока при внушении положительных и отрицательных эмоций. В первом случае наблюдалось улучшение состава желудочного сока, во втором — ухудшение, вплоть до исчезновения свободной соляной кислоты в желудке совершенно. При внушении чувства голода возникала резкая перистальтика, желудок подтягивался вверх, отмечалось повышение тонуса. Внушение сытости вызывало расширение и опускание желудка, замедление перистальтики. В крови при этом увеличивалось количество лейкоцитов. Наоборот, при внушении мнимого голода количество лейкоцитов уменьшалось (К. И. Платонов, Н. М. Бесчинская, 1933).

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

Ю. М. Левин (1956) в исследовании, проведенном совместно с С. С. Юдиным, во время операции построения искусственного пищевода имел возможность проверить, прекратит ли сделанная ваготомия секреторную реакцию на гипнотическое внушение приема пищи и условнорефлекторное воздействие. Полученные данные показали, что вызванное внушением повышение секреции желудочного сока можно было наблюдать как до перерезки, так и после перерезки блуждающих нервов. По мнению Ю. М. Левина, данное наблюдение позволяет предположить, что влияние второй сигнальной системы может осуществляться и при выключении вагуса; этим можно объяснить механизм влияния словесного внушения при некоторых желудочных заболеваниях.

Нас интересовал вопрос, какие изменения желудочно-кишечного тракта можно наблюдать у больных бронхиальной астмой в гипнотическом сне, тем более, что многие больные ставили в связь возникновение у них астматических приступов от наполнения желудка пищей.

Нами совместно с И. Н. Преображенской (1957) также были предприняты рентгенологические исследования для изучения влияния второй сигнальной системы на форму и положение желудка под влиянием внушения в гипнозе ощущений сытости и голода, рвоты и отрицательных эмоций. Наши исследования были предприняты для доказательства возможности влиять на желудок и его функцию путем внушения в гипнотическом сне. Объектами нашего исследования явились 10 больных в возрасте от 20 до 60 лет, находившихся на излечении в госпитальной терапевтической клинике I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Все исследуемые не предъявляли жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта и лечились

120

■

в клинике по поводу Других заболеваний (чаще Ёсего органов дыхания). Основным методом, применявшимся для их лечения, было внушение в гипнозе.

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

Методика исследования заключалась в рентгенологическом I исследовании желудка больных, погруженных в глубокий гипнотический сон в положении стоя. До погружения в сон желудок исследовался лишь в единичных случаях, так как чаще всего контрастное вещество принималось исследуемым, уже находившемся в состоянии гипноза. При этом больным внушались последовательно, каждые 5 мин, чувство голода, сытости, тошноты, т. е. те состояния, которые, как нам казалось, в первую очередь должны были вызвать реакцию со стороны органов пищеварения и, в частности, повлиять на форму и положение желудка.

Внушение каждого из этих состояний сопровождалось рентгенографией, а также рентгеноскопией; при этом указывалось на необходимость периодической задержки дыхания, для исключения влияния диафрагмы на положение желудка.

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

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

Полученные рентгенограммы подвергались обычному рентгено-.. логическому анализу и измерениям.

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

В качестве иллюстрации приведем один пример:

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

121

Подкожно-жировой слой выражен избыточно. Пульс — 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не расширены! Тоны сердца чистые, слегка приглушены. Шумов и акцента нет. Артериальное давление— 110/60 мм рт. ст. Число дыханий — 27 в минуту, затрудненное, особенно выдох. Границы легких несколько расширены. Перкуторно над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. Подвижность легочных краев 2 см. При выслушивании в легких много сухих, свистящих хрипов. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице с обеих сторон отрицателен. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Нервная система: симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено; дермографизм красный, стойкий, разлитой, дрожание вытянутых рук, век, языка; эмоциональная неустойчивость, резко повышенная внушаемость (тесты 2-й и 3-й на внушаемость — положительные).

Кровь: эр. 3 780 000, НЬ — 67%, цветовой показатель 0,9, л. 5600, э. 1%, с. 61%, лимф. 32%, мон. 4%; РОЭ 18 мм в час. Анализы мокроты и мочи без особенностей. Рентгеноскопия органов грудной полости: оба купола диафрагмы стоят на X ребре, подвижность их резко ограничена. Повышена прозрачность легочных полей. Обызвествленный очаг в правом легочном поле. Сердце

несколько увеличено за счет левого желудочка. Аорта в норме. Гипнотерапия бронхиальной астмы весьма эффективна. Ремиссия после первого курса в 1951 г. длилась два года. При поступлении в клинику больная сама настаивала на повторном применении гипнотерапии. Ввиду хорошей гипнабельности больная приглашена участвовать в исследовании желудка, на что охотно согласилась. Как в бодром состоянии, так и в глубоком гипнотическом сне желудок данной исследуемой, как это видно на рентгенограмме, имеет форму крючка; расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка равно 7 см; расстояние между боковыми контурами желудка — 8,8 см (рис. 20, а).

На рентгенограмме, сделанной при внушении испытуемой чувства голода, видно, что расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка уменьшается до 6 см; основание газового пузыря несколько увеличивается, расстояние между боковыми контурами желудка не меняется (рис. 20, б).

При внушении чувства сытости положение желудка снова меняется: расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка равно 8,5 см, расстояние же между боковыми контурами желудка уменьшается до 7,5 см (рис. 20, в).

Наконец, в момент внушения чувства тошноты в верхних отделах желудка увеличивается количество контрастного вещества, расстояние от верхнего края IV поясничного позвонка до нижнего полюса желудка вновь увеличивается до 8,3 мм, расстояние между боковыми контурами органа — 8 см; газовый пузырь с широким основанием (рис. 20, г).

Таким образом, как показывает эта серия снимков, форма и положение желудка меняются при внушении исследуемой различных ощущений. При чувстве голода увеличивается основание газового пузыря, нижний полюс желудка поднимается на 1 см по сравнению с его положением в спокойном состоянии. Этот же полюс значительно опускается при внушении чувства сытости (на 1,5 см по сравнению с положением при ощущении внушенного голода и на 0,5 см по сравнению с состоянием спокойного сна). При ощущении чувства тошноты снова расширяется основание газового пузыря, нижний полюс желудка немного поднимается (на 0,2 см). Размер между боковыми контурами желудка уменьшается более значительно при внушении чувства сытости (на 1,3 см) и менее — при ощущении тошноты (на 0,8 см). Данные, полученные при рентгеноскопии, также показали перемещение желудка при внушении различных ощущений, изменение формы его газового пузыря и антиперистальтическую волну в момент внушения чувства тошноты.

Необходимо отметить, что внушение того или иного ощущения всегда сопровождалось и общей реакцией; при чувстве голода повышалось слюноотделение, учащались глотательные движения,

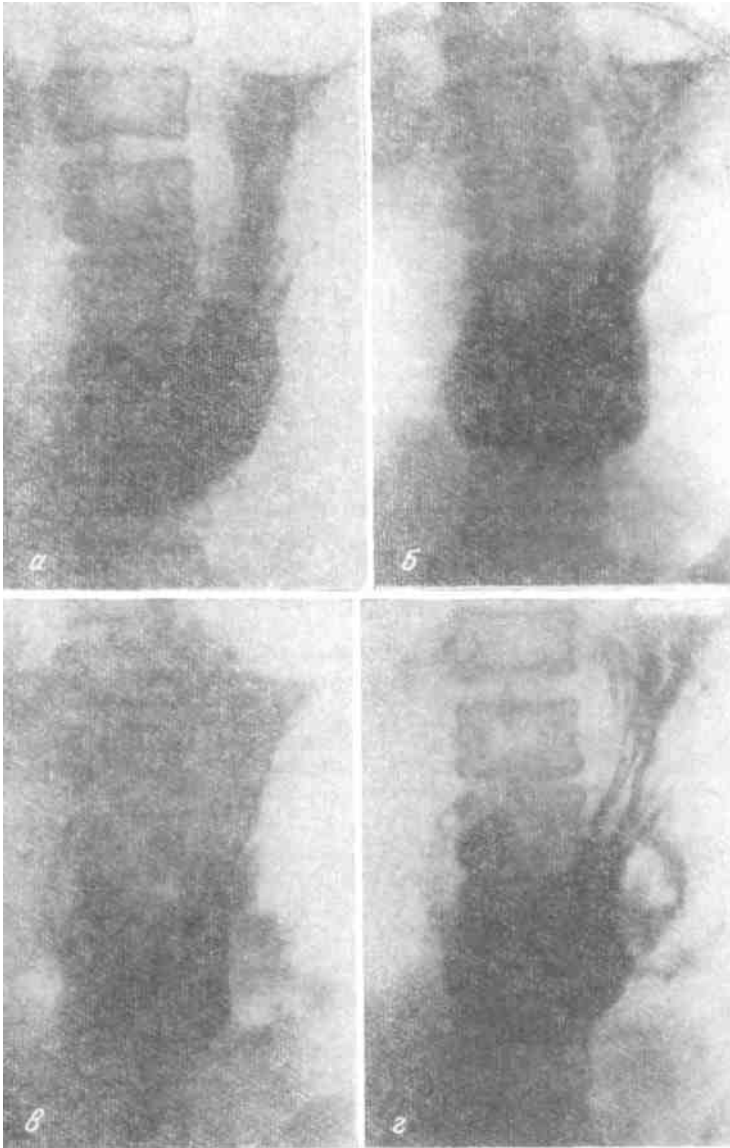


Рис. 20.

а — рентгенограмма желудка больной В. Нормальный желудок; б — рентгенограмма желудка той же больной, сделанная через 3 мин после внушения ей, что она очень голодна; в — рентгенограмма желудка той же больной после внушения, что она очень сытно поела; г — рентгенограмма желудка той же больной, находящейся в гипнозе, после внушения, что она съела недоброкачественную пищу и у нее начинается рвота. На рентгенограмме видно закрытие сфинктера и скопление контраста в верхнем отделе желудка, начало обратной волны перистальтики (рвота).

123

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

Анализируя полученные нами данные, можно отметить, что во всех проведенных нами исследованиях при внушении ощущения голода, сытости и тошноты формы и положение желудка заметно изменялись.

При внушении чувства голода желудок поднимался вверх (на 0,3 — 2,3 см); иногда к тому же намечались рентгенологически заметный sphincter antri, расслабленный пилорический сфинктер и расширение основания газового пузыря в области свода. Это объясняется сокращением мускулатуры желудка, что характерно и для естественно возникшего чувства голода.

При внушении ощущения сытости желудок опускался и растягивался, а газовый пузырь в области свода приобретал форму груши. Получалось впечатление, что орган переполнен, хотя это чувство переполнения было лишь внушенным, а не вызванным действительным его переполнением. Пилорический сфинктер чаще бывал сокращен.

Внушение чувства тошноты сопровождалось также явлениями, типичными и для естественно

возникшего чувства тошноты: желудок снова поднимался вверх (иногда на 2—3 см), наблюдалась волна антиперистальтики, перемешавшая контрастное вещество в верхние его отделы.

Изменения, полученные в аналогичных исследованиях у 9 других наших, больных, представлены в табл. 5.

Необходимо подчеркнуть, что в реакции желудка на однотипные внушения у всех исследованных лиц можно отметить не только эти общие черты, но и некоторые различия, показывающие индивидуальные особенности исследуемых. Так, например, у одних лиц наблюдалось более резкое изменение в положении желудка, у других эта реакция оказалась несколько вялой; у некоторых исследованных при внушении чувства сытости после предшествовавшего голода желудок настолько растягивался, что становился не только больше того, каким он был за 5 мин до внушения (т. е. в момент ощущения чувства голода), но и превышал размеры, характерные для состояния спокойного сна; у других больных размеры желудка при тех же условиях превышали лишь размеры его при ощущении голода, но не достигали величины органа в спокойном состоянии (см. табл. 5).

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

Изменение положения желудка в наших исследованиях является результатом действия внушения, а не простым следствием эвакуации его содержимого. Чтобы доказать это и исключить элемент случайности, исследования надо проводить дважды у одного и того же испытуемого. Повторные исследования с рентгенографией через равные промежутки времени являлись контрольными. Первое исследование проводилось у больного, находящегося в гипнотическом сне после соответствующих внушений. Второе исследо*

124

Таблица 5 Рентгенографические изменения желудка под влиянием внушений в гипнозе

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

125

Твание проводилось у того же больного в гипнозе, но при полном покое, без всяких внушений, через те же интервалы времени. Анализ и сравнение рентгенограмм, полученных при этих исследованиях, со всей очевидностью показывают, что изменения формы и положения желудка возникали только после специальных внушений.

Так, например, при внушении чувства голода и тошноты желудок исследуемой В. проявил живую реакцию, которая отсутствовала в состоянии спокойного гипнотического сна.

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

Интересный павловский эксперимент «мнимого кормления» на собаках не только расшифровал

удивительные тайны из области пищеварения, но и приоткрыл воззрения на проблему телесного и духовного, волновавшие умы человечества, доказав диалектический характер процессов, протекающих в головном мозге. Было установлено, что желудочная секреция имеет ряд фаз: условнорефлекторную, нервно-химическую и энтерогенную.

Glaser (1924) опубликовал результаты своих работ по выяснению влияния мысленного и реального приема пищи на морфологию крови. Выяснилось тождество колебаний количества лейкоцитов, чем были доказаны самостоятельное существование так называемого алиментарного лейкоцитоза и возможность появления его под влиянием психического воздействия.

Сотрудники лаборатории К. М. Быкова доказали наличие инте-рорецепторов желудка и механорецепторов. Работами ученых было

доказано также, что висцеро-висцеральные связи являются факторами взаимной и постоянной регуляции отдельных «узловых пунктов» желудочно-кишечного тракта, причем в каждом органе этой системы имеется также регуляция всех звеньев пищеварительной системы, которая регулируется местными нервно-гуморальными и центральными механизмами (А. В. Риккль, 1952). Исследования Glaser (1924) были углублены и продолжены в работах И. П. Истомина, П. Я. Глазериной, А. А. Тапильского, А. Г. Урина и Е. С. Зенкевич в период с 1932 по 1952 г.

Исследователи заставляли загипнотизированных принимать мнимую пищу. Внушая чувство голода, добивались лейкопении, а внушением чувства насыщения пищей добивались увеличения числа белых кровяных телец. Эти исследования доказывают объективно алиментарное изменение состава крови, а кроме того, подтверждают, что лейкоцитоз является не только реакцией на пищу, но и на представление о ней и даже на время ее приема. Кроме того, эти исследования показывают, что словесным раздражителем можно влиять на нервный аппарат (регулирующий состояние сытости и чувство голода), и подтверждают известную психотерапевтам возможность воздействовать на аппетит путем вербального внушения как в гипнозе, так и в бодром состоянии.

Врачи-терапевты должны учитывать возможность частых встреч с явлениями так называемых функциональных заболеваний внутренних органов, которые нередко трактуются как «неврозы желудка, кишечника», и прочих расстройств желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, при расстройствах желудочно-кишечного тракта положительное воздействие лечебным словом, как прямое, так и косвенное, вполне возможно и дает весьма эффективное влияние. Причем воздействие в гипнозе эффективно не только при функциональных расстройствах, но в известных случаях также и при органических нарушениях, когда имеются спазмы и вегетативные нарушения со всеми вытекающими отсюда органическими расстройствами.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ГИПНОЗОМ

Под эмоциями подразумевается та сторона внутренней жизни человека, которая выражается в изменениях, колебаниях нашего настроения, самочувствия. Это есть та сторона высшей нервной деятельности, которая субъективно переживается с самыми разнообразными оттенками, начиная от легких, довольно неопределенных изменений настроения, до резких, грубых его колебаний, порывов или эффектов. И. М. Сеченов называл эмоции «рефлексом с усиленным концом».

Известно, как остро и тяжело реагирует человек на различные неприятности и невзгоды, какая может быть масса самых разнообразных внешних проявлений при этом. Но установлено, что эмоции вызывают не только внешние изменения — они вызывают также целый комплекс биохимических сдвигов во внутренней среде организма, могут достичь такой силы, что станут угрожающими

126

для жизни. Жизненных примеров этому достаточно много. Первенство, конечно, принадлежит отрицательным эмоциям, таким, как гнев, страх, обида, ужас, которые человек ощущает гораздо острее.

Вот почему особенный интерес представляет вопрос влияния именно отрицательных эмоций на внутреннюю среду организма человека.

По современному представлению, рефлекторный путь эмоции начинается с подкорки, где расположены «центры эмоций» и куда приходят раздражения, вызывающие эмоцию. Отсюда через гипофиз под влиянием выделившегося АКТГ раздражение передается на мозговое вещество надпочечников, и происходит выделение адреналина. Отсюда от надпочечников или непосредственно от подкорковых образований рефлекторный путь эмоции продолжается в кору головного мозга. Выделяющийся адреналин вызывает сужение сосудов, повышение артериального давления, тахикардию. Перечисленными реакциями дело, конечно, не ограничивается, возникает

ряд и других реакций в организме под влиянием отрицательных эмоций.

Одним из быстро реагирующих субстратов организма является система крови, в которой наблюдаются при этом весьма большие изменения. В данной работе нас интересовали изменения одного из компонентов свертывающей системы крови, а именно протром-бинового индекса, под влиянием отрицательных эмоций в гипнозе, а также количества лейкоцитов в периферической крови. Гипнотическое состояние давало нам возможность проведения почти естественного жизненного эксперимента.

Нами совместно с Т. М. Немовой (1953) было обследовано 10 здоровых студентов в возрасте от 13 до 23 лет и 10 больных бронхиальной астмой в возрасте от 25 до 46 лет. Из них 10 человек были женщины и 10 человек — мужчины.

Исследование проводилось так: испытуемых погружали в глубокое гипнотическое состояние (III стадия) и внушали им те или иные отрицательные моменты и ситуации, которые являлись для них отрицательными эмоциями и были ими когда-либо пережиты в жизни.

Кровь брали до погружения в гипнотическое состояние, в состоянии гипноза до внушения, в момент внушения отрицательных эмоций и через 30 мин после вывода из гипнотического сна. Протромбиновый индекс определяли по методу Туголукова, усовершенствованному Институтом переливания крови. Метод основан на определении продолжительности свертывания оксалатной плазмы в присутствии избытка тромбопластина и определенного количества хлористого кальция. При этом принимается, что продолжительность свертывания, в секундах, обратно пропорциональна концентрации протромбина, что дает возможность определить содержание его. Методика взятия крови для определения количества лейкоцитов была обычной, применяемой в нашей клинике.

При этом были получены следующие данные: в норме содержание протромбина в крови у наших испытуемых колебалось в пре-
127

делах 73—78%. В состоянии гипнотического сна, без каких-либо внушений отмечалось лишь незначительное колебание содержания протромбина на 1—2% в ту или иную сторону, что лежит в пределах ошибки метода и вряд ли можно принимать во внимание. Во время внушения отрицательных эмоций количество протромбина в крови закономерно увеличивалось на 25—30%. В момент внушения отрицательных эмоций мы наблюдали очень яркие внешние реакции. Так, наблюдалось сильное внешнее беспокойство, потливость, тахикардия, повышение артериального давления, слезы, причем сила этих внешних проявлений приблизительно соответствовала степени повышения количества протромбина. Через 30 мин после вывода испытуемого из гипнотического состояния, несмотря на сделанное контрвнушение, количество протромбина продолжало еще нарастать. Отсюда можно сделать вывод, что последствие эмоции представляет не меньшую опасность, чем и сама отрицательная эмоция. Дальнейшее прослеживание протром-бинового индекса не проводилось, так как на его дальнейшее изменение неизбежно должно было сказаться сделанное нами контрвнушение для устранения отрицательной эмоции.

Изменения протромбинового индекса под влиянием отрицательных эмоций в гипнозе показаны в табл. 6.

Таблица 6

Изменение количества протромбина крови под влиянием отрицательных эмоций в гипнотическом состоянии

Фамилия я больног о	Процент протромбин а		Фамилия я больног о	Процент протромбин а		Фамилия я больног о	Процент протромбин а	
	в гипнозе до внушения	в гипнозе после		в гипнозе до внушения	в гипнозе после		в гипнозе до внушения	в гипнозе после
Н. . . .	70	100	К. . . .	73	100	Х. . . .	70	110
З. . . .	70	105	У. . . .	70	100	к. . . .	75	100
М. . . .	70	100	к. . . .	75	90	З. . . .	70	110
П. . . .	70	80	н. . . .	75	95	п. . . .	75	110
к. . . .	80	130	з. . . .	80	110	к. . . .	75	85

Х. ...	90	130	п. ...	75	100	у. ...	75	100
н. ...	70	100	н. ...	80	110			

Возможность вызывания ряда патологических реакций, в том числе и со стороны крови, заставляет предполагать активное участие центральных механизмов в процессе свертывания крови.

С целью изучения этого вопроса нами также определялась тромбоэластограмма (ТЕГ) у 20 больных бронхиальной астмой и неврозами. Эта работа была проведена совместно с С. С. Жихаревым (1957).

128

Исследовалась ТЕГ как в исходном состоянии, так и в состоянии глубокого гипнотического сна, затем через 5 мин после погружения и через 25 мин после внушения отрицательной эмоции испытуемым. Тромбоэластограмма снималась на тромбоэластографе СКП-1, а расшифровка ТЕГ проводилась методом графического дифференцирования по методу Г. Б. Волковойнова, позволяющим, кроме обычных параметров, получать данные о скорости протекания процесса свертывания крови.

У большинства больных в состоянии гипнотического сна до внушения отрицательных эмоций данные ТЕГ указывали на незначительное повышение свертываемости крови.

Наиболее выраженные изменения регистрировались на ТЕГ через 25 мин после внушения отрицательных эмоций. Отмечалась определенная корреляция между выраженностью изменения на ТЭГ и проявлениями невроза у обследуемых больных, а также от силы и характера внушенной отрицательной эмоции.

Полученные данные свидетельствуют о влиянии отрицательных эмоций на процесс свертываемости крови, а также на роль центральных механизмов в этом процессе у больных с измененной реактивностью нервной системы.

Сопоставление данных, полученных с помощью тромбоэластографа, и данных, полученных при исследовании протромбинового индекса обычным методом, говорит об ускорении процесса свертываемости крови под влиянием отрицательных эмоций в состоянии гипноза.

При проведении исследований мы намеренно избегали слишком сильных отрицательных эмоций, могущих нанести психическую травму испытуемому. Характер внушенных отрицательных эмоций соответствовал тем переживаниям, опыт которых уже имелся у больного в одной из жизненных ситуаций. Так, одному студенту третьего курса было внушено что он «провалился» на экзамене по физиологии. В другом случае студентке, однажды укушенной змеей в деревне, было внушено, что она видит ползущую змею. Третьей испытуемой, которая однажды провалилась под лед вблизи берега, было внушено, что она идет зимой по слаба замерзшему льду озера и лед трещит у нее под ногами.

У всех испытуемых, как уже указывалось выше, наблюдались соответствующие вегетативные сдвиги: учащение пульса, повышенная потливость, покраснение или побледнение кожных покровов, повышение артериального давления и т. п.

При внушении отрицательных эмоций в гипнозе нами исследовалось также количество лейкоцитов (П. И. Буль, С. С. Жихарев, 1957).

Исследованиями А. И. Картамышева (1955), произведенными на ³Доровых людях и больных кожными заболеваниями, доказано, что ^{Вну}Ушение в гипнозе отрицательных эмоций отражается на коли-^{Чео}тве лейкоцитов в периферической крови.

В литературе имеются указания, что под влиянием психических ^{Реживаний}Реживаний количество лейкоцитов нарастает. Было установлено,

б П, И, Буль

129

что у больных, ждавших хирургической операции и в связи с этим волновавшихся, возникал выраженный лейкоцитоз (количество лейкоцитов возрастало на 100%).

Влияние гипнотического состояния на количество лейкоцитов в периферической крови изучали И. М. Невский и Ю. Н. Архангельский (1900). Их исследования показали, что у 50% больных во время гипнотического состояния общее количество лейкоцитов снижалось в среднем на 10—15%.

В. И. Ясинский и А. И. Кдрга-мышев (1930) также наблюдали увеличение количества лейкоцитов в состоянии гипноза при внушении переживаний неприятного характера. К. И. Платонов (1957) отмечал изменение количества лейкоцитов при внушении в состоянии и гипноза мнимого голода (лейкопения) и мнимой сытости («пищеварительный» лейкоцитоз).

Мы поставили перед собой задачу установить, как внушение отрицательных эмоций в гипнозе отражается на больных бронхиальной астмой, какие изменения претерпевает при этом их кровяная система (табл. 7). Кровь на содержание лейкоцитов бралась как

Таблица 7

Изменение количества лейкоцитов под влиянием отрицательных эмоций, внушенных в гипнотическом состоянии

Фамилия больного	В гипнотическом состоянии (количество лейкоцитов в 1 лш ³)		Фамилия больного	В гипнотическом состоянии (количество лейкоцитов в 1 мм ³)		Фамилия больного	В гипнотическом состоянии (количество лейкоцитов в 1 мм ³)	
	до внушения	после внушения		до внушения	после внушения		до внушения	после внушения
К. . . .	5500	9500	Л. . . .	6000	9000	М. . . .	6500	9500
З. . . .	7500	9000	А. . . .	5500	7000	Н. . . .	6500	8500
Н. . . . С.	7000	8500	М. . . .	5500	8000	З. . . .	7000	9500
. . . П. . .	6000	8000	Р. . . .	6000	8000	К. . . .	7000	1000
. . .	6500	8500	О. . . .	6500	9500	М. . . .	7200	0
Х. . . .	6000	9000	А. . . .	6500	9000	Р. . . .	7000	1030
Р. . . .	6000	8500					0	1010
							0	0
							-	-

до гипноза, так и при погружении в гипнотическое состояние, но до внушений. Затем исследование проводилось в момент внушения отрицательных эмоций и после контрвнушения, а так же через 30 мин после вывода из гипнотического состояния.

При сравнении данных, полученных до гипноза и во время гипноза, но до внушения, количество лейкоцитов в периферической крови изменялось весьма мало (в пределах ошибки метода). Зато значительный лейкоцитоз наблюдался в момент внушения отрицательных эмоций в гипнозе и особенно через 5—7 мин после этого. Здесь изменение в сторону лейкоцитоза отмечалось на 3000—4000-

130

Количество лейкоцитов продолжало нарастать еще в течение 1 ч после внушения и только через 1 ч возвращалось к исходным цифрам.

Было отмечено, что увеличение числа лейкоцитов в периферической крови нарастало тем больше, чем выраженнее была общая внешняя реакция испытуемого на сделанное внушение. Таким образом, можно сделать вывод, что сила внешнего раздражителя и вызванная им отрицательная эмоция отчетливо сказываются на степени лейкоцитарной реакции.

По нашим наблюдениям, внушенные положительные эмоции в гипнозе заметно не сказывались на количестве лейкоцитов в периферической крови. Данные изменения количества лейкоцитов в гипнозе до внушения и после внушения отрицательных эмоций приведены в табл. 7.

Интересно отметить, что профилактический прием фенилина в дозе 0,015, проводимый три раза в день в ближайшие 3—4 дня до намеченных исследований, закономерно отражался на протромбиновом индексе, но мало влиял на него при внушении отрицательных эмоций в гипнозе.

Одним из проявлений изменений вегетативной нервной системы являются сосудистые реакции и связанные с ними изменения кожной температуры.

Вот почему измерение кожной температуры стало широко входить в практику физиологических и клинических исследований.

Применение термопар в комбинации с чувствительным гальванометром позволило улавливать очень тонкие сдвиги кожной температуры.

На изменение кожной температуры оказывают влияние как условия внешней среды, так и физиологическое состояние организма, его конституциональные особенности и психические

факторы. Большинство исследователей связывают кожную температуру с функциональным состоянием сосудов кожного покрова, с кровоснабжением данного участка, иначе говоря, ставят ее в зависимость от просвета сосудов.

С помощью термоэлектрического метода ряд авторов в условиях клиники отмечали специфические особенности сдвигов кожной температуры при нарушениях деятельности центральной и периферической нервной системы.

М. П. Березина и В. К. Васильева (1952) использовали метод исследований кожной температуры для анализа физиологического состояния больных бронхиальной астмой. Для измерения кожной температуры ими была сконструирована термобатарей из десяти термопар, которая использовалась в системе со стрелочным гальванометром. Авторы установили при обследовании больных в период астматического состояния неоднородность кожной температуры в различных дерматомах с повышенной и пониженной температурой. Эта неоднородность не является специфической чертой бронхиальной астмы, а представляет отражение определенного состояния больного. По мере лечения под влиянием того или иного терапевтического воздействия разница кожной температуры в раз-

5*

131

личных дерматомах исчезала. Исследования этих авторов показали преобладание сосудорасширяющих реакций над сосудосуживающими у больных бронхиальной астмой. В ходе лечения аэроионотерапией наблюдались обратные сдвиги в сторону нормализации. Характерной особенностью сосудистых реакций, по данным А. Т. Пшоники (1949), является их необычная подвижность и из-

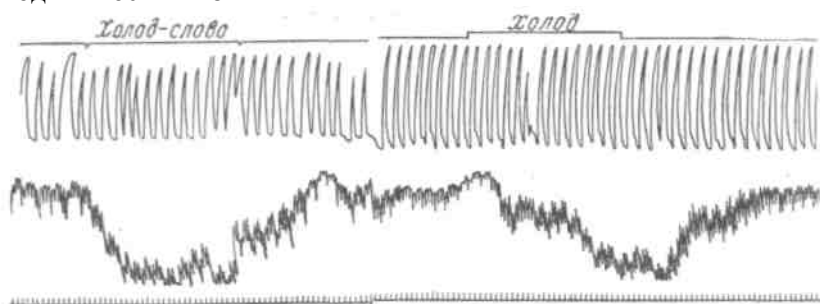


Рис. 21. Плетизмограмма больной М.

На плетизмограмме отчетливо видно снижение кривой под влиянием натурального (холод) и словесного внушения («даю холод!») раздражителей.

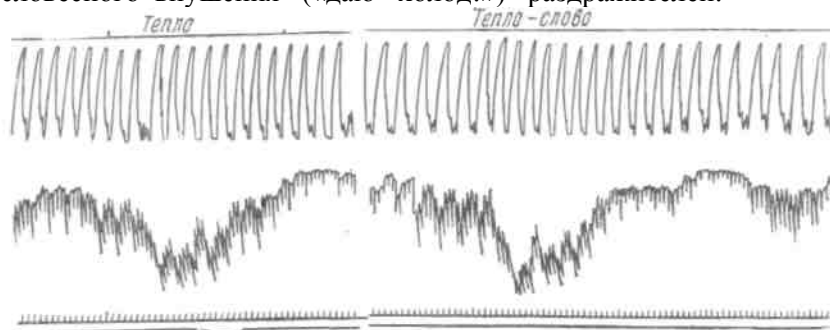


Рис. 22. Плетизмограмма больного Н.

На плетизмограмме отчетливо видно повышение кривой после натурального (тепло) и словесного внушения («даю тепло!») раздражителей.

менчивость, зависящие как от внешних, так и от внутренних раздражителей. Исследованиями Т. С. Киселевой (1959) установлено, что кровоснабжение кожи, как об этом свидетельствует измерение кожной температуры, во время приступа бронхиальной астмы заметно усиливается. Кожные сосуды расширяются, температура кожи повышается. По прекращении приступа, через 15—20 мин, кожная температура возвращается к исходному положению. На высоте приступа ни тепловой, ни холодный, ни болевой раздражители не вызывают сосудистых реакций. Изменения кожной температуры и сосудистые реакции на тепловые и холодные раздражи-

132

тели у больных бронхиальной астмой в большинстве случаев представляются извращенными. Так, холодное раздражение кожи астматика вызывает не сужение, а расширение кожных сосудов.

Слабые раздражители дают более сильный эффект.

Нами проведено исследование кожной температуры и сосудистых реакций методом электротермометрии у 5 больных бронхиальной астмой при консультации профессора М. П. Березиной. Один конец спаев термодатчика находился в условиях постоянной температуры, другой — прикреплялся лейкопластырем на коже спины. Нас интересовал вопрос, как изменяются кожно-температурные и сосудистые реакции при погружении больного в гипнотическое состояние и как будет влиять на эти реакции замена натурального теплового или холодного раздражителя «условным» — словесным.

Термическим раздражителем являлся сосуд с водой определенной температуры, который вкладывался в руку испытуемого. Длительность раздражения была 40 с, длительность интервала между дачей различных раздражителей — 5—10 мин.

У здорового человека холод вызывает сужение сосудов кожи и, как следствие, понижение кожной температуры. Тепло расширяет кожные сосуды и вызывает вместе с тем повышение кожной температуры испытуемого. Чем сильнее раздражитель, тем, по закону силы, более выражена ответная реакция.

Безусловный температурный раздражитель может быть с успехом заменен «условным» — словесным, что хорошо видно на плетизмограммах (рис. 21 и 22). Внушение: «К Вашей руке приложен холод» вызывает такую же реакцию сосудов и температуры, как если бы к коже испытуемого был действительно приложен холодный предмет. Внушение теплового раздражения вызывает адекватную реакцию, сосуды кожи расширяются и кожная температура повышается. Таким образом, через вторую сигнальную систему словом в виде внушения нам удастся вызывать сосудистые реакции соответствующего характера и изменение кожной температуры у больных бронхиальной астмой.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ НАСЫЩЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ

В настоящее время вопрос о возможности бескровного, непрерывного наблюдения за насыщением артериальной крови кислородом на здоровом и больном человеке разрешен благодаря созданию фотоэлектрического прибора — оксигемометра (оксиметра). Связанная с ним методика основана на различии кривых оптической плотности оксигемоглобина и восстановленного гемоглобина при просвечивании участка живой ткани монохроматическим светом. Показание оксиметра не является абсолютным, тем не менее этот прибор достаточно чувствителен и точен для того, чтобы на живом Человеке изучать изменения насыщения крови кислородом.

Впервые оксиметр сконструировал Nicolai (1932), несколько Позднее Kramer (1934). Первые отечественные исследования на

133

этом приборе были произведены Е. М. Крепсом и М. С. Шимановским (1944). Е. А. Болотинский и В. И. Войткевич (1951) создали более усовершенствованный катодный оксигемометр.

Нами проведены исследования пяти больных бронхиальной астмой. Методика исследования заключалась в том, что сидящему больному на мочку левого уха помещался датчик (система фотоэлементов, светофильтров и лампочка накаливания). После достаточного для расширения капилляров прогрева мочки уха (20 мин) у находящегося в бодром состоянии больного отсчитывали показания оксиметра. Одновременно велась регистрация пульса и числа дыхательных движений грудной клетки. Затем вызывали у больного гипнотическое состояние (глубокий гипноз), и снова производился отсчет (П. И. Буль и А. И. Науменко, 1966).

Работами М. Е. Маршака (1940) и В. И. Войткевич (1951) установлено, что при погружении испытуемого в обычный нормальный сон степень насыщения крови кислородом несколько падает. Учитывая взгляд И. П. Павлова на гипноз как на одну из разновидностей сонного торможения, можно было рассчитывать, что и в гипнотическом сне насыщенность крови кислородом будет понижена. Это предположение подтвердилось, и в дальнейшем нами стали использоваться показания оксигемографа для установления глубины гипнотического сна (П. И. Буль, 1957).

Еще М. Е. Маршак (1945) установил, что во сне легочная вентиляция несколько уменьшена, а напряжение углекислоты в альвеолярном воздухе увеличено по сравнению с данными, полученными у человека в бодром состоянии, находящегося в горизонтальном положении. Исследователь объяснял это тем, что во сне вследствие торможения высших отделов центральной нервной системы значительно снижается возбудимость дыхательного центра.

Представлялось интересным показать, что окислительные процессы в гипнозе уменьшаются и степень насыщения кислородом артериальной крови также может изменяться под влиянием тех или иных, прямых или косвенных, внушений в гипнотическом состоянии.

Работами А. Н. Смирнова, И. Р. Петрова, П. П. Гончарова, Я. М. Бритвана, М. Е. Маршака и М. В. Сергиевского установлено, что регуляция дыхания представляет собою сложный процесс, причем у человека особое значение приобретает влияние коры головного мозга. Кора больших полушарий головного мозга — самое молодое образование в центральной нервной системе; вместе с тем она наиболее чувствительна к раздражениям, идущим как от внутренней, так и от внешней среды. С этими данными полностью совпадают и результаты наших исследований.

Гипнотизация приводит к некоторому падению степени насыщения крови кислородом. Отрицательные эмоции, внушенные в гипнозе, также несколько снижают степень насыщения. Особенно интересны исследования степени насыщения при внушенных мнимых нагрузках. Так, внушение пробега или подъема в гору вызывает, как и при действительной нагрузке, учащение пульса, дыхания,

134

подъем кровяного давления; заметно повышается также степень насыщения крови кислородом.

Итак, влияние коры головного мозга на степень насыщения крови кислородом, как нам кажется, не вызывает сомнений. Однако небольшое количество наблюдений не дает нам права делать далеко идущие выводы, поэтому наши исследования в этом отношении являются лишь попыткой подойти к установлению роли коры больших полушарий на степень насыщения артериальной крови кислородом у соматических больных.



Рис. 23. Оксигевограмма испытуемого Н.

На оксигевограмме отчетливо наблюдается падение степени насыщения крови кислородом по мере «подъема» в барокамере «на высоту» 4000—5000 м.

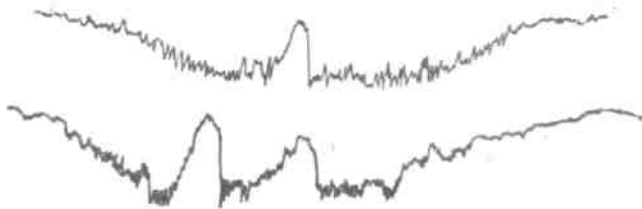


Рис. 24. Оксигевограмма испытуемого Н.

На оксигевограмме отчетливо видно повышение кривой насыщения при дыхании через маску с кислородным прибором (верхняя кривая). На нижней кривой отчетливо видны два «горба» от повышения степени насыщения крови кислородом при даче маски Ле 2 и № 1 (маска без кислорода — «феномен маски»).

Вышеизложенные наблюдения были нами дополнены исследованиями насыщения артериальной крови кислородом у больных бронхиальной астмой в процессе их лечения в барокамере (П. И. Буль и А. И. Науменко, 1966).

Как известно, уменьшение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе вызывает соответствующее понижение парциального давления кислорода в альвеолярном воздухе и в артериальной крови. Это легко достигается при «подъеме» в барокамере (рис. 23). Если испытуемому на «высоте» 4000—5000 м дать дышать в кислородном приборе через маску, то артериальное насыщение сразу поднимается почти до нормальной величины (рис. 24).

135

Если больного бронхиальной астмой «поднять» на такую же «высоту» и дать дышать через кислородную маску, соединенную с газовыми часами, — фактически же больной дышит воздухом барокамеры, — то мы также наблюдаем резкий подъем насыщения артериальной крови кислородом, как и при даче кислорода здоровому испытуемому.

Этот парадоксальный факт нами обозначен как «феномен маски» (рис. 25). Мы считали, что феномен маски является экстренным сложным безусловным рефлексом у лиц, постоянно испытывающих некоторую степень кислородного голодания, на ожидаемое облегчение от вида

маски (П. К. Булатов, П. С. Купалов, А. И. На-у мен ко, 1957).

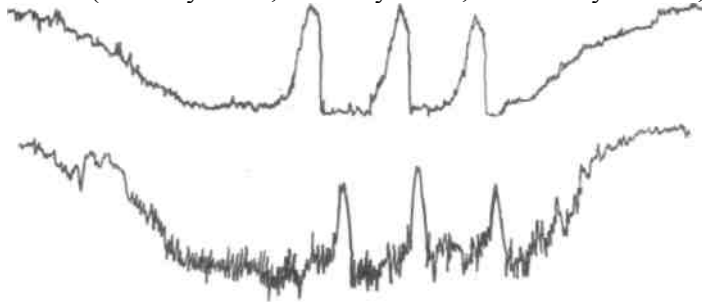


Рис. 25. Оксигевограмма испытуемого X.

На оксигевограмме отчетливо видно трехкратное повышение кривой степени насыщения крови кислородом при одевании маски № 2 (маска с кислородом) — верхняя кривая и такое же повышение кривой насыщения при даче маски № 1 (маска без кислорода) — нижняя кривая.

В дальнейшем, применяя «феномен маски» в качестве безусловного раздражителя, мы получили сложные условные рефлексы, которые, подобно экстра- и interoцептивным условным рефлексам, могут быть угашены, имеют запаздывание и подчиняются законам силовых отношений.

Эти условные рефлексы представляют собой анализ и синтез сложных рефлекторных раздражений. С одной стороны, это интеро-цептивные раздражения, идущие от дыхательных путей и легочной ткани, и, с другой стороны, экстероцептивные условные раздражения от вида маски.

Чтобы различить степень участия вышеназванных условных раздражителей, мы попробовали получить «феномен маски» у больных бронхиальной астмой в состоянии гипноза.

Методика исследования у нас была следующей. Больной находился в барокамере в специальном удобном кресле. На ушную раковину одевался фотоэлемент оксигевографа, с помощью которого вне барокамеры регистрировалась оксигевограмма. Предварительно каждому испытуемому перед опытом определяли исходный уровень насыщения крови кислородом с помощью кюветного оксигевометра. На испытуемого воздействовали различными масками: первая — бескислородная, вторая — кислородная и, наконец, «третья» — внушаемая.

По команде (внушению): «Оденьте «маску» № 3» испытуемый подносил к носу свою согнутую в фалангах кисть руки и дышал через эту воображаемую маску (рис. 26). Больной гипнотизировался обычными словесными формулами внушения. Гипнотизация проводилась дистанционно через радиотелевизионную установку, что освобождало гипнотерапевта от необходимости неоднократно подниматься с испытуемым на «высоту».

Телевизионная установка позволяла видеть испытуемого (испытуемую, рис. 27) на расстоянии, следить за развивающимся у него

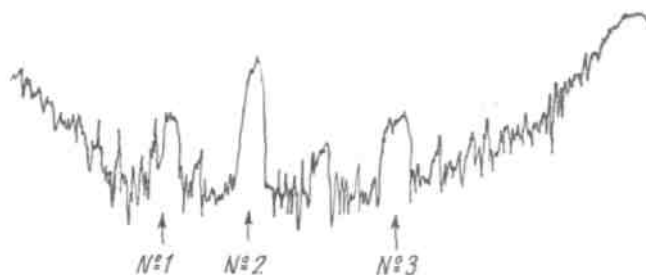


Рис. 26. Оксигевограмма испытуемого Ц.

На оксигевограмме представлены изменения кривой степени насыщения крови кислородом от трех масок (маска № 1 — бескислородная, маска № 2 — с кислородом и «маска» № 3 — внушаемая в гипнозе).

гипнотическим состоянием и контролировать выполнение им внушений с процедурой одевания той или иной маски. Испытуемый слышал голос экспериментатора через радиопереговорное устройство, обеспечивающее двустороннюю связь между испытуемым и гипнотерапевтом. Когда испытуемый погружался в достаточно глубокое гипнотическое состояние, гипнолог убеждался в этом, задавая прямой вопрос испытуемому, и загипнотизированный обычно отвечал утвердительно, а неспящий молчал или отвечал, что не спит.

В барокамере при ступенчатом «подъеме» на высоте 4000—5000 м происходит постепенное уменьшение степени насыщения крови кислородом в артериях. После того как уровень оксигевограммы устанавливался на определенных величинах у испытуемого, приступали к опыту, который длился 45—60 мин. Испытуемому предлагалось одеть маску № 1, № 2 или «маску» № 3. Маски применялись в различной последовательности: два-три раза через 6 мин. Время их воздействия — 30—60 с. Исследования проводились на Молодых здоровых людях (10 человек) и больных бронхиальной астмой (15 человек). Всего записано 75 оксигевограмм.

У здоровых людей, у которых на «высоте» отсутствовал «феномен маски» (маска № 1), мы не получали его также и на внушаемую Маску («маска» № 3).

137

У больных бронхиальной астмой феномен внушаемой «маски» № 3 мы получали у каждого больного по несколько раз и на различных «высотах» — от 3000 до 5000 м. У всех больных этот феномен зарегистрирован в 100% случаев.

Из этих опытов видно, что механизм внушенной «маски» связан со второй сигнальной системой, которая подчиняется тем же законам, что и первая сигнальная система.

И. П. Павлов, объясняя механизм внушения, говорил: «Как понимать его физиологически? Конечно, слово для человека есть



Рис. 27. Положение испытуемой, находящейся в барокамере в гипнотическом состоянии, при гипнозе на расстоянии с помощью телевидения.

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 идущие в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных».

При «подъеме» в барокамере мы прежде всего встречаемся с недостатком кислорода. У здоровых лиц не возникает «феномена маски» на «высоте» до 4000—5000 м, так как компенсаторные механизмы — усиление легочной вентиляции, увеличение массы циркулирующей крови, ускорение диссоциации гемоглобина и др. — достаточны в этих условиях.

При подъеме на большую «высоту» — 8000—9000 м — эти компенсаторные механизмы оказываются уже недостаточными, и функцию компенсации берет на себя кора головного мозга. Тогда и у испытуемых получается «феномен маски».

138

У больных бронхиальной астмой, которые в обычных условиях живут под некоторой степенью гипоксии и у которых компенсаторные механизмы значительно снижены, «феномен маски» и особенно «феномен внушенной маски», получается даже и на «земле». Это происходит потому, что у этих больных роль регуляции кислородного баланса организма берет на себя кора больших полушарий, которая и регулирует фактическое насыщение крови кислородом за счет перераспределения крови в организме в направлении к важным жизненным центрам, используя при этом резерв межклеточного и особенно внутриклеточного кислорода тканей организма.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Прежде чем приступить к лечению невроза, гипнотерапевт должен ясно представить себе этиологию и патогенез данного заболевания, определить, что является источником и причиной его.

Как указывает И. М. Давыдовский (1961), нередко одна и та же причина может вызвать совершенно различные реакции у того или другого субъекта в зависимости от многих факторов — врожденных и функциональных свойств организма и его структур.

Патогенез заболеваний нервной системы остается малоизученной проблемой.

С наибольшей полнотой учение о неврозах было дано И. П. Павловым в его физиологическом учении о высшей нервной деятельности. И. П. Павлов рассматривал невроз как своеобразный «срыв» высшей нервной деятельности и экспериментально доказал это в многочисленных работах своих сотрудников и учеников вначале на животных, а затем эти исследования были подтверждены и у человека.

Ближайшей его сотрудницей М. К. Петровой (1924) была опубликована известная работа «Различные виды внутреннего торможения при особенно трудном условии». В этой интересной и важной работе было показано, что в механизме «срыва» высшей нервной деятельности картина этого срыва у разных животных (собак) была разной в зависимости от типа высшей нервной деятельности. В. В. Рикман и Н. А. Подкопаев получили «срыв» высшей нервной деятельности собаки слабого тормозного типа путем применения сильных и сверхсильных посторонних раздражителей, что было подтверждено исчезновением всех ранее выработанных условных рефлексов более чем на две недели.

Во время наводнения в Ленинграде в 1924 г., когда лаборатория И. П. Павлова была залита водой и помещения, где находились собаки, были захвачены наводнением, произошел уж^е не экспериментальный «срыв» высшей нервной деятельности, а стихийный и у большинства животных также пропали условные рефлексы, выработанные ранее экспериментально на станках.

Постепенно в лаборатории накопился огромный экспериментальный материал, который дал возможность впоследствии обосновать учение о неврозах. Сопоставляя многочисленные лабораторные данные, И. П. Павлов пришел к выводу, что для «срыва» выс-

140 щей нервной деятельности имеются совершенно определенные экспериментальные приемы.

«Таких приемов, — говорил И. П. Павлов, — три; это перенапряжение раздражительного процесса, перенапряжение тормозного процесса и перенапряжение подвижности нервных процессов» (И. П. Павлов, 1951).

П. С. Купалов описывает многочисленные приемы, с помощью которых ему удавалось получать экспериментальный невроз у подопытных животных не только в лабораторных условиях, но и у животных в свободном состоянии, т. е. в естественном эксперименте. К. М. Быков (1952) в своем труде «Кора головного мозга и внутренние органы» показал ту огромную роль, которую играет кора головного мозга в разносторонней регуляции деятельности внутренних органов, подчеркнув, что нарушение нормальной деятельности коры головного мозга ведет к нарушению функции внутренних органов. Патологическая импульсация со стороны внутренних органов усугубляет расстройство функции коры больших полушарий, создавая своеобразный «порочный круг». Функциональные расстройства внутренних органов, если они держатся длительно, в дальнейшем переходят в органические заболевания.

Таким образом, основные законы нервной деятельности, полученные у животных, могут быть осторожно и с известными поправками перенесены и на человека. И. П. Павлов смотрел на экспериментальные неврозы, полученные у животных, как на грубые модели неврозов человека.

«Описанные неврозы собак — всего естественнее сопоставить с неврастенией людей, тем более, что некоторые невропатологи настаивают на двух формах неврастений, возбужденной и депрессивной. Признание двух сигнальных систем действительности у человека, надо думать, поведет специально к пониманию механизма двух человеческих неврозов: истерии и психастении. Если люди на основании преобладания одной системы над другой могут быть разделены на мыслителей по преимуществу и художников по преимуществу, тогда будет понятно, что в патологических случаях при общей неуравновешенности нервной системы первые окажутся психостениками, а вторые — истериками» (И. П. Павлов, 1951).

Из всего изложенного можно заключить, что невроз представляет собой «срыв» высшей нервной деятельности, возникающий вследствие перенапряжения основных нервных процессов или их подвижности в результате воздействия на нервную систему чрезмерных по силе или длительности факторов внешней среды. Независимо от формы, невроз сопровождается нарушением нервной

регуляции функций различных органов и систем, являясь в силу этого страданием всего организма (С. Н. Доценко, В. Я. Первомайский, 1964).

^Применение объективного метода исследования высшей нерв-Ной деятельности методом условных рефлексов дало возможность ^- П. Павлову и его школе отчетливо выявить нарушение корковой деятельности при неврозах. Этот объективный метод дал возмож-

141

ность в полном объеме изучить главнейшие закономерности, лежащие в основе и руководящие нервными процессами, протекающими в коре больших полушарий головного мозга. Было установлено, что таких основных процесса два: это процесс возбуждения и торможения. Кроме того, были выявлены также законы иррадиации и концентрации, закон индукционных взаимоотношений, закон силы или силовых отношений.

Каждый врач должен быть хорошо знаком с этими основными закономерностями высшей нервной деятельности, ибо без этих знаний нельзя отчетливо понимать сущность неврозов.

Если перед нами больной неврозом, у которого корковые процессы ослаблены, то для такого человека даже обычный раздражитель становится сверхсильным. Ослабленная неврозом нервная система теряет способность к концентрации, теряется также способность индукции нервных процессов (возбуждения и торможения). У такого человека возникает рассеянность, отвлекаемость, невозможность концентрации внимания на поставленном вопросе и т. д. Нервная деятельность человека подчиняется закону «силовых отношений», суть которого заключается в том, что условно-рефлекторный эффект прямо пропорционален силе условного раздражителя.

Закон силовых отношений в нормальных условиях нарушается лишь в период перехода человека от бодрствующего состояния ко сну, и наоборот. Эти проявления проходят закономерно в виде отдельных фаз. И. П. Павлов дал им наименование гипнотических, или фазовых, состояний.

Так как эти фазы имеют отношение к пониманию клиники неврозов, рассмотрим их:

1. Уравнительная фаза — состояние нервной системы, когда все условные раздражители (как сильные, так и слабые), независимо от силы, дают одинаковый условнорефлекторный эффект.

2. Парадоксальная фаза — характеризуется тем, что слабые раздражители дают больший эффект, чем сильные.

3. Ультрапарадоксальная фаза — характеризуется тем, что на положительный раздражитель условнорефлекторного ответа нет, а на тормозной раздражитель получается положительный эффект. Установлено, что при слабости корковых процессов фазовые состояния могут возникать даже в бодрствующем состоянии. Фазовыми состояниями объясняются случаи, когда человек, страдающий неврозом, неадекватно реагирует на обычные житейские раздражители.

Наиболее ярко проявляется парадоксальная фаза. Человека в состоянии парадоксальной фазы выводит из равновесия любая мелочь, он «взрывается» по пустякам, его раздражают слабые звуки, тогда как на более сильные он совершенно не реагирует. Несомненно, ультрапарадоксальной фазой можно объяснить негативное поведение маленьких детей, возникающее перед сном, когда утомленный ребенок начинает капризничать, требуя то одно, ^{то} другое. Когда же выполняют его требования, он начинает отказы-

142

ваться от предлагаемого. Приведенные примеры о фазовых состояниях дают возможность представить себе патофизиологический механизм ряда невротических симптомов, казавшихся ранее в клинике неврозов непонятными.

В зависимости от преобладания той или другой сигнальной системы И. П. Павлов описал три сугубо человеческих типа высшей нервной деятельности.

Первый — художественный тип. Имеет преобладание первой сигнальной системы. Люди, мыслящие живыми, яркими, конкретными образами. Склонны к фантазии, воображению. Мечтательны, нередко мнительны, сентиментальны. Среди таких людей нередко бывают художники, музыканты, артисты («художники»).

Второй — мыслительный тип. Имеется преобладание второй сигнальной системы. Люди, мыслящие отвлеченно, абстрактно. Склонны к расчету, трезвому мышлению, иногда чрезмерному. Среди таких людей нередко встречаются математики, инженеры, работники «трезвого» расчета («мыслители»).

Третий — средний тип. У большинства людей обе сигнальные системы развиты более или менее одинаково, как бы уравновешены. В таком случае говорят о «среднем типе».

Конечно, и И. П. Павлов подчеркивал, что это деление крайне условно, но, тем не менее, оно помогает врачу в его постановке диагноза. Так или иначе, преобладание чувств и эмоций над

рассудочной деятельностью или, наоборот, повышенная впечатлительность, яркость воображения, преобладающие над склонностью к абстрактности в мышлении, помогают выявлению типа. Интересно отметить, что преобладание той или другой сигнальной системы в какой-то степени, условно, может предопределять постановку диагноза. Лица, у которых преобладает первая сигнальная система над второй, чаще болеют истерией. Лица, у которых преобладает вторая сигнальная система, чаще страдают психастенией. Люди, у которых первая и вторая сигнальная система находятся в известном равновесии, без заметного преобладания одной над другой, чаще заболевают неврастенией.

Следует еще раз подчеркнуть, что невроз — это всегда общее заболевание, при котором, при любой форме невроза, захватываются все отделы центральной нервной системы, в том числе и подбугровая область, в связи с чем вовлекаются в патологический процесс вегетативная и эндокринная системы.

В этиологии неврозов большое значение имеет действие пси-хотравмирующих раздражителей, так называемых психических травм, которое определяется той информацией, которую эти раздражители несут.

Чаще всего неврозы вызываются информацией о семейных невзгодах, потере близких, крахе надежд, служебных неприятностях, угрозе жизни или благополучию.

Действие слова как носителя информации патогенного характера является одной из самых частых причин неврозов. Однако психической травмой может явиться и безречевое воздействие,

143

например вид горящего имущества или письменное сообщение о несчастье.

Психотравмирующую информацию может нести не только физический сигнал, но и его отсутствие, например прекращение связи космонавта с Землей.

Травмирующими информационными раздражителями могут явиться как одномоментно действующие сверхсильные раздражители, так и многократно действующие, но более слабые раздражители. В первом случае говорят об острых, во втором случае — о хронических психических травмах или психотравмирующей ситуации. Слабые, повторные раздражители могут накапливаться и суммироваться и нередко не уступать, в конечном счете, сильным раздражителям. Сила психотравмирующего воздействия определяется не физической интенсивностью сигнала, которую он несет, а значимостью информации для данного человека, т. е. зависит не от количественной, а от качественной семантической стороны сообщения (А. М. Свя-доц, 1971).

Так, насмешка по поводу внешности может явиться тяжелой психической травмой для одного индивида и не тронет совершенно другого.

Известно также, что сильное психотравмирующее действие оказывают неприятные сообщения, к которым данный человек не подготовлен. Поэтому, как известно, прежде чем передать какое-либо известие, способное нанести психическую травму, человека подготавливают к нему. Например, прежде чем сообщить матери о гибели ее ребенка, ей сообщают, что он тяжело заболел, затем — что его состояние крайне опасное, и лишь затем — что ребенок погиб.

Особенно значима для человека информация, вызывающая необходимость принять решение, как действовать дальше, т. е. затрагивающая его будущее. Пока решение не принято, не выбрана твердая линия поведения, сохраняется эмоциональное напряжение, а вместе с ним и психотравмирующее действие ситуации.

Наоборот, когда принято решение, что делать дальше, прекратились поиски выхода из сложившейся ситуации, — возникает разрядка эмоциональной напряженности.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

В настоящее время в Советском Союзе большинство невропатологов, психиатров и психотерапевтов считают наиболее эффективным методом лечения неврозов — психотерапию (рациональную и суггестивную). Нами в течение свыше тридцати лет гипно-суггестивная психотерапия эффективно применялась при лечении неврастении, истерии и психастении. Приступая к лечению невроза, врач должен стремиться установить с больным эмоциональный и интеллектуальный контакт, во многом зависящий от общего развития больного, его образованности и восприимчивости.

144

§

Необходимо выяснить, какими психическими травмами или длительными отрицательными эмоциями вызвано данное заболевание, какова микросоциальная среда, окружающая больного.

Прежде чем приступить к лечению, следует по возможности устранить психотравмирующую ситуацию, воздействующую отрицательно на больного, или подсказать больному советом, как ее

по возможности ликвидировать.

В связи с этим можно привести следующие примеры.

У больной М. заболевание неврастением оказалось связанным с психотравмирующей ситуацией, возникшей на работе. Беседа врача с сослуживцами привела к быстрому устранению этой ситуации, а отсюда — к быстрому и стойкому выздоровлению.

У другой больной невроз страха был связан с психотравмирующим влиянием ненормальностей в половой жизни. Беседа с мужем больной и назначение ему лечения привели к устранению дисгамии и сыграли решающую роль в выздоровлении больной.

У третьего больного возникшее навязчивое состояние явилось следствием переживаний, вызванных конфликтом в семье между матерью и женой больного. Беседа врача поочередно с обеими женщинами привела к тому, что было принято разумное решение, создавшее выход из сложившейся травмирующей ситуации.

У четвертой больной истерический паралич оказался связанным с психо-травмирующими отношениями с соседями по квартире. Содействие, оказанное в изменении жилищных условий, устранило причину заболевания.

Устранение психотравмирующей ситуации невозможно отделить от лечения и профилактики невроза.

При лечении неврозов от врача требуются огромное чувство такта, большой личный жизненный опыт, умение найти подход к данному больному. Те взаимоотношения, которые формируются между врачом и пациентом-невротиком, имеют нередко решающее значение для эффективности лечения невроза. Чем врач авторитетнее, чем большим он обладает искусством выслушать больного, расположить его к себе, понять его переживания и оказать на больного логическое и эмоциональное воздействие, чем лучше умеет врач сочетать сочувственно-благожелательное отношение к больному с твердостью и способностью противоборствовать неадекватным притязаниям больного, — тем скорее психотерапевт достигнет успеха в лечении.

Лечение неврозов проводится поэтапно. На первом этапе устанавливается контакт с больным, проводятся мероприятия, снимающие эмоциональную напряженность. Второй этап заключается в проведении основного психотерапевтического лечения, устраняющего основные симптомы невроза. На третьем этапе проводится лечение, направленное на закрепление достигнутого успеха, и уделяется внимание активации личности больного, вовлечению больного в трудовую деятельность и введению его в коллектив (социальная реадaptация).

При лечении больных неврозами выбор психотерапевтического метода зависит от особенностей личности больного, типа его нервной Деятельности, отношения больного к предложенному методу терапии, от формы невроза и т. д.

И5

Рекомендуется применение сочетанных методов терапии, например, лечение убеждением и внушением в комбинации с фармакологическими средствами или электросном. Важно предоставление покоя и отдыха больному после курса психотерапии, по возможности в условиях санатория или дома отдыха.

Нередко заболевание неврозом возникает и на фоне соматического заболевания. Здесь важно серьезное лечение соматического заболевания.

НЕВРАСТЕНИЯ

Наиболее частым симптомом при неврастении является бессонница. Этот симптом является крайне упорным и мучительным. Больные страдают этими проявлениями долгие годы, принимают большое количество снотворных средств, нередко без эффекта, засыпая лишь на 3—4 ч. Очень часто прием снотворных и наркотических средств приводит к возникновению наркомании. По нашим наблюдениям, гипносуггестивная психотерапия бессонницы дает максимальный хороший эффект. У ряда других больных наблюдалась в тех случаях, когда они не спали ночью, непреодолимая сонливость днем.

В этих случаях метод гипносуггестивной психотерапии позволял нормализовать и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Не менее частым симптомом при неврастении является сексуальная неполноценность, выражающаяся у мужчин половой слабостью, а у женщин — фригидностью.

Нередко половые импотенты длительное время безрезультатно лечатся у урологов, венерологов и других специалистов и только лишь затем обращаются к психотерапевтам. Следует отметить, что больной, страдающий сексуальной неполноценностью, весьма тяготеет своей слабостью, особенно, если он обладает тревожно-мнительным характером. У ряда больных непосредственно

перед половым актом возникает страх и навязчивая мысль, что он не сможет совершить его. При этом эрекция исчезает, и больной впадает в совершенное отчаяние.

Наиболее частой формой психической импотенции является форма, связанная с задержкой сексуальных рефлексов какими-либо отвлекающими аффектами. К таким аффектам может относиться ссора между супругами, угрызения совести после измены мужа своей жене и пр.

Сексуальные расстройства могут возникать и у женщин, но у мужчин они проявляются гораздо выраженнее, приводя нередко к тяжелым аффективным реакциям. Импотенция мужчины и половая способность женщины неравнозначны хотя бы потому, что половая жизнь у женщины играет меньшую роль, что импотенция женщины не является препятствием для выполнения полового акта и не служит показателем ее сексуальной слабости.

При лечении сексуальных неврозов нами эффективно применялось внушение наяву и особенно в гипнозе.

146

Наряду с психотерапией назначались бром с кофеином, настой корня женьшеня, китайский лимонник, пантокрин, простатин и др. При соответствующих показаниях назначали метилтестостерон, тестостеронпропионат и др.

В качестве иллюстрации можно привести следующий пример.

На амбулаторный прием явился больной М., 28 лет, инженер. Больной рассказал, что недавно женился и был счастлив до того злополучного дня, когда он, по его выражению, «перестал быть мужчиной». Больной М. рассказал мне, что очень рано начал половую жизнь (чуть ли не с 16 лет), занимался онанизмом, много пил вина, курил. С 20-летнего возраста начал вести беспорядочную половую жизнь, встречался со многими женщинами. Вскоре заболел гонореей. Лечился плохо, предписания врачей не соблюдал. Нравилось, когда знакомые женщины говорили, что он «сильный мужчина». Через некоторое время снова заболел гонореей. К этому заболеванию относился легко, считал его «как насморк». Шли годы. Постепенно мужал, окончил техническое училище. Стал работать по специальности. Встретил хорошую чистую девушку. Впервые в жизни полюбил по-настоящему. В один из вечеров, после свадьбы, во время полового общения в комнату вошла бабушка жены, вскрикнула от неожиданности и вышла. Молодожены, сгорая от стыда, отвернулись друг от друга. После этого инцидента молодой муж «стал импотентом». Лечился, пил лекарства, делал различные инъекции, принимал физиотерапевтические процедуры — все напрасно. Молодая жена терпеливо ждала, была заботлива. Мой пациент не находил себе места. «Я твердо решил, если не вылечусь, жить не стану», — заявил он. После обследования у уролога был направлен к нам. Было проведено 13 сеансов гипнотерапии. В результате лечения половая функция полностью восстановилась. Рецидива нет.

Оценивая результаты лечения невращения у мужчин, страдающих психогенной импотенцией, следует признать, что наилучшие результаты получаются от применения рациональной психотерапии (убеждение, разъяснение).

ИСТЕРИЯ

Предложенные методы лечения истерии являются скорее методами, направленными на ликвидацию того или иного симптома, либо группы симптомов, чем заболевания как такового. Патологическая характеристика истерии, данная И. П. Павловым, Н. Е. Введенским и их учениками, обосновывает трудность полного излечения истерии, так как это означает изменение типа высшей нервной деятельности человека.

Нами методом гипносуггестивной психотерапии лечилось 53 больных, страдавших истерией. Часть из них страдала этой формой невроза в легкой степени, где мы применяли внушение в бодром состоянии (суггестивная терапия), рекомендуя изменение жизненных условий, назначая правильный трудовой режим, делая попытки нормализовать личную жизнь путем собеседования с родными и близкими.

Значительно большой успех при неврозе типа истерии дает рациональная психотерапия в виде разъяснения, убеждения, где врач действует методом доказательств, апелляции к сознанию. Психотерапию истерии с внушением в бодрствующем состоянии и гипнозе рекомендовали применять и другие авторы.

147

При истерической афонии можно рекомендовать внушение и суггестивную фарадизацию шеи.

В качестве иллюстрации приведем собственное наблюдение.

Больной М., 45 лет, крестьянин. Заболел остро, после внезапной психотравмы. На его глазах

сгорел дом и пострадал ребенок. Больной потерял дар речи. В течение 8 месяцев не разговаривал. Все обычные способы медикаментозной терапии эффекта не давали. Был доставлен к нам в поликлинику. При объективном неврологическом обследовании отклонений от нормы нет. Консультация у отоларинголога также патологии не выявила. Диагноз: невроз по типу истерии, истерический мутизм. Решено применить гипноз.

Внезапным шоковым методом с окриком «Спать!» больной погружен в гипнотическое состояние третьей степени глубины. Полная анестезия и анальгезия кожных покровов и слизистых, с полным отсутствием корнеального и глоточного рефлекса.

Императивное внушение, что теперь, когда по счету пять он проснется, к больному полностью вернется дар речи и он громко произнесет свое имя.

И действительно, когда больной по счету пять открыл глаза, он сделал одно-два глотательных движения и вдруг ясно и громко произнес свое имя «Михаил!». Радостный и взволнованный, благодарил врача и окружающих. Речь полностью восстановилась, рецидива нет.

Тяжелые истерические рвоты удается прекратить внушением в гипнотическом состоянии. В тяжелых случаях А. П. Слободяник (1968) рекомендует применять дуоденальное зондирование с вливанием молока.

При тяжелых истерических амаврозах также с успехом применяется гипносуггестивное воздействие. В качестве иллюстрации приведем собственное наблюдение.

На поликлинический прием доставлена больная К., 36 лет. Заболевание развилось остро 1,5 года назад после сильного душевного переживания. На ее глазах чуть не погиб муж. Обычные способы лечения медикаментозной терапией успеха не имели. Поставлен диагноз: функциональное расстройство нервной системы (типа истерии), истерический амавроз. Заключение невропатологов и окулистов прилагается. Решено применять шоковый метод гипноза. Внезапным окриком «Спать!» больная погружена в глубокое гипнотическое состояние (третьей степени глубины с исчезновением кожноболевой и температурной чувствительности, с исчезновением корнеальных и глоточных рефлексов). Внушено, что по счету «пять» больная выйдет из гипнотического состояния и прозреть. «Считаю 1... 2... 3... 4... 5!, проснитесь, вы видите!» Действительно, больная открывает глаза и с криком «Я вижу!» выскакивает в коридор. Зрение полностью восстановилось. Рецидива нет.

Существуют и комбинированные способы психотерапевтического лечения истерии. При тяжелых истерических параличах и парезах нередко дает эффект дача фенамина. Рекомендуется применение и электросна. К- И. Платонов (1962) с успехом применял сильный фарадический ток.

При стойко зафиксированных истерических реакциях (мутизм, афония, астазия-абазия, блефороспазм, амавроз и т. п.) применяют наркопсихотерапию (психотерапия на фоне действия гексаналпен-тотала или гексабарбитана).

А. П. Слободяник (1968) приводит случай парапареза нижних конечностей, излеченных гипносуггестивной терапией.

148

Больная З., 27 лет, около 4 месяцев страдает парапарезом нижних конечностей истерического характера (астазия-абазия). Всегда отличалась хорошим здоровьем, но вместе с тем была повышено впечатлительной, вспыльчивой, раздражительной, а при неприятностях часто плачет, рыдает и «падает в обморок». Перед настоящим заболеванием после семейной ссоры почувствовала, как стали «неметь ноги», затем перестала чувствовать их вообще, а через три часа «ноги отнялись». Теперь все время лежит в постели.

Объективно: признаков органического поражения со стороны нервной системы не обнаружено. Больная жаждет вылечиться, ловит каждое слово врача, но тут же, рыдая, говорит, что она «парализована».

После предварительной беседы с подчеркиванием, что ее «паралич» исчезнет уже через три-четыре дня, начата гипносуггестивная терапия. Сеансы проводились ежедневно, по 20—30 мин и более, с доведением гипноза до второй стадии. Уже после первого сеанса больная начала активно двигать стопами, а на четвертый день во время очередной гипносуггестии пошла самостоятельно. Достигнуто полное выздоровление.

Приведем еще один пример психотерапевтического лечения истерического парапареза.

Больной М., 40 лет, поступил в клинику нервных болезней с парапарезом нижних конечностей, возникшим при следующих обстоятельствах. Больной М. со своим 10-летним сыном поехал за город. Мальчик пошел купаться. Вдруг сидящий на берегу отец увидел, что его сын начал тонуть. Отец бросился на помощь, но так как он и сам плохо плавал, то тоже стал захлебываться и

погружаться под воду. Подоспевшие люди спасли обоих. Но когда М. вытащили из воды и попытались поставить на ноги, то оказалось, что его «ноги не держат». В связи с происшедшим «нервным срывом» и потрясением у М. возник истерический парализ нижних конечностей. Объективно: признаков органического поражения нервной системы не обнаружено при самом тщательном неврологическом обследовании. Больному М. после краткого собеседования было категорически заявлено, что сегодня он будет излечен. «Сейчас Вас отвезут в гипнотарий (кабинет, специально оборудованный для гипнотерапии), где Вы будете погружены в лечебный сон и избавлены от Вашего заболевания!». Больной недоверчиво посмотрел на врача, переглянулись между собою и другие больные, присутствовавшие при этом разговоре. Пациент был доставлен на коляске в гипнотарий. Его переместили на кровать, и врач, обратившись к санитарке, уверенным тоном заявил: «Коляску можете убрать! Обрато больной придет на собственных ногах!» Санитарка, не раз наблюдавшая подобные случаи, без тени сомнения исполнила требование врача. Больной М. был шоковым методом с окриком «Спать!» быстро погружен в гипнотический сон (нужно подчеркнуть, что такие больные весьма легко поддаются суггестии), и ему было внушено, чтобы он встал с постели и последовал за врачом. Загипнотизированный поднялся с постели и, поддерживаемый врачом, пошел. Когда больной оказался на середине гипнотария, врач внезапно разбудил его. М. увидел себя стоящим на собственных ногах, никем не поддерживаемый. Никаких костылей нет в его руках, никто его не поддерживает. Больной был поражен и обрадован. Врач, подкрепляя достигнутые результаты, обратился к больному, пребывающему уже в бодром состоянии, со словами внушения: «Вот видите! Вы теперь совсем здоровы! Ноги Вас слушаются... Идите теперь к себе в палату и порадуите товарищей!» И вот М., сначала робко и неуверенно, а затем все более и более энергично, проследовал в палату, к удивлению своих товарищей по палате (наблюдение Г. Б. Геренштейна).

Приведем еще один пример.

На прием к нам в поликлинику была доставлена больная С, 28 лет, у которой после сильного душевного потрясения возник функциональный истерический припадок. Больная то громко плачет, то смеется, выкрикивает бессвязные слова, бьется в судорогах, изгибается дугой, вырывается из рук санитаров. Увидя врача, начинает еще сильнее биться и квакать по-лягушачьи.

149
Объективно: зрачки живо реагируют на свет; все рефлексы повышенной живости; отмечается исчезновение температурной и кожной болевой чувствительности; глоточный и корнеальный рефлексы отсутствуют.

Разобравшись, что мы имеем дело с истерическим припадком, даем указание привести аппарат фарадического тока. Нанося неприятное болевое электрическое раздражение на кожу больной, мы заявляем окружающим: «Теперь оставьте ее в покое, больная полежит, и после воздействия этого сильного тока все пройдет!»

Санитары укладывают больную на кушетку, она заметно успокаивается и затихает. Я предлагаю всем удалиться из комнаты, оставив лишь дежурную сестру. Через час больная, совершенно оправившаяся, отпускается домой с сопровождающим. Нового рецидива не наступило (наблюдение П. И. Буля).

Уместно вспомнить, что лечение истерии одними лишь медикаментозными средствами, избегая психотерапию, не только бесполезно, но даже вредно (Bennett).

ПСИХАСТЕНИЯ

При лечении психастении и невроза навязчивых состояний наибольший эффект отмечен при проведении рациональной психотерапии.

Задача рациональной психотерапии при этих неврозах сводится к воспитанию волевого процесса. Следует добиться сознательного регулирования больным своих действий. Показан строгий трудовой режим. Уместны рациональные отвлечения — туризм, спорт, гимнастика.

По нашим наблюдениям, так же как и по наблюдениям других психотерапевтов, гипносуггестивная психотерапия при психастении малоэффективна. С другой стороны, ряд ученых отмечали, что при неврозе навязчивых состояний, наоборот, имеется значительный эффект при применении этого метода, о чем писал еще В. М. Бехтерев (1892).

Об успешном лечении некоторых форм навязчивых состояний и фобий методом рефлексологической психотерапии можно судить на примере, сообщенном Agramonte (1963).

Больной Т., 45 лет, художник. Пришел на прием с жалобами на приступы страха. Убежден, что во время сердечного приступа внезапно умрет. Эта мысль не покидает его в течение 3 лет. За

последние 3 месяца состояние значительно ухудшилось, неоднократно вызывал врача. В последние дни боится выходить на улицу. На работу ходит в сопровождении жены. Заключение видных терапевтов, данные электрокардиограммы органической патологии со стороны сердца не показывают. Больной жалуется на приступообразное сердцебиение, боли в области сердца, перебои, одышку («недостает воздуха»). Появились головные боли, плохой сон, а также утомляемость и раздражительность. Повторные электрокардиографические исследования обнаружили экстрасистолы и небольшое удлинение интервала *P—Q*. Психотерапия начата в состоянии бодрствования. Перкутируя и аускультуруя сердце, стремились показать больному, что понимают его состояние, интересуются всеми симптомами, и в то же время убеждая его в том, что органических поражений сердца нет. В дальнейшем приступили к гипносуггестивной терапии, внушая больному уверенность в себе и полную возможность самостоятельно ходить на работу. Постельный режим, который больной сам себе назначил, был отменен, основное внимание было обращено на фобии. Наряду с психотерапией больной получал триоксазин, а против тахикардии — резерпин. Проведено 12 гипносуггестивных сеансов. Наступило выздоровление. Срок наблюдения 2,5 года.

150

Приведем здесь указания Dubois (1912), который никогда не требовал от больных усилия воли, попытки произвести акт, которого они боятся, но предписывал больным следующие руководящие принципы:

- «1. Оставьте прежде всего всякий страх относительно самого болезненного состояния, не прибавляйте к мучащей вас фобии еще и «фобофобию», это значило бы возвести второй этаж над зданием вашей болезни.
2. Определите точно предмет вашей фобии и старайтесь уяснить, насколько она неразумна и даже нелепа.
3. Наконец, старайтесь побороть в себе посредством самовоспитания недостатки характера, вызвавшие ваши страхи: боязнь болезни, смерти, обидчивость, являющуюся результатом самолюбия и порождающую идеи преследования, и т. д. и т. д.».

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ

В нашей практической деятельности приходилось наблюдать отдельные случаи успешного применения психотерапии при эпилепсии с припадками общего типа. О возможности длительной ремиссии эпилепсии («излечения») гипнотерапевтическим путем сообщали многочисленные авторы как в нашей стране (А. А. Токарский, 1890), так и за рубежом. Конечно, нельзя утверждать, что гипносуггестивная психотерапия может кардинально излечить такое заболевание, как эпилепсия. Вопрос стоит только о предупреждении самого припадка. В. М. Бехтерев (1924) описал двух больных, у которых возникали припадки при звуках громких телефонных звонков. В другом случае припадок возникал у одного больного певца, как только он начинал петь определенную арию.

Wolf (1961) сообщал об успешном применении психотерапии и, в частности, гипносуггестивной психотерапии, у больных, в жизни которых имела место длительная психотравмирующая ситуация в семье или на работе.

Следует отметить исследования П. П. Подъяпольского (1909), который сумел при помощи внушения в гипнотическом сне ликвидировать амнезию после припадков, и больной при этом припомнил пережитые во время припадков им галлюцинации устрашающего характера.

Приведем несколько примеров из лечебной практики К. И. Платонова (1968).

Больная Н., 32 лет, обратилась в клинику по поводу припадков, сопровождающихся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка, иногда недержанием мочи. После припадков наступает сон. Припадки начались с 16-летнего возраста после испуга и возникают чаще ночью, 2—3 раза в месяц. В неврологическом статусе уклонений нет, со стороны психики — ослабление памяти, угнетенное настроение, беспричинная ревность к мужу, вспыльчивость. В течение последних 6 месяцев до начала психотерапии припадки возникали 2 раза в месяц, причем всегда по одному припадку во второй и третьей декаде месяца. Применена гипносуггестивная терапия, с первого же сеанса наступил глубокий сон. Внушалось: «Душевное спокойствие, снисходительное отноше-

151

ние к окружающим, отсутствие ревности, хороший ночной сон, уверенность в выздоровлении». В течение следующего месяца припадков не было. В дальнейшем был один припадок ночью «после чрезмерной усталости» и еще один через полтора месяца «после выпитого вина и злоупотребления

в сексуальной сфере». Лечение продолжалось 4 месяца, по одному сеансу в неделю. В течение 6 месяцев не было ни одного припадка, после чего больная переехала в другой город. Таким образом, за 9 месяцев было всего лишь два припадка.

Больная К., 30 лет, поступила в клинику нервных болезней с жалобами на повторяющиеся 2—3 раза в месяц эпилептические припадки, которыми страдает с 13-летнего возраста. Клиническое наблюдение установило типичность припадков. Проводились сеансы во внушенном сне на протяжении 3 месяцев (сначала 2—3 раза в неделю, затем один раз в неделю, а в последние 2 месяца — один раз в месяц). За все это время припадков не было. Согласно полученным сведениям, их не было и в течение последующих 5 месяцев. Наблюдение продолжалось в течение года. Рецидива нет.

Приведем примеры длительной ремиссии эпилепсии при лечении гипносуггестивной психотерапией из собственной практики.

Больной А., 18 лет, студент. Явился с отцом в гипнотарий при клинике. Отец рассказал, что у юноши возникают припадки эпилепсии, частотой 2—3 раза в день. Припадки сопровождаются судорогами, прикусом языка, иногда недержанием мочи. Временами припадки сопровождаются предвестниками (аурой) в виде неприятных ощущений в груди. Как рассказывает отец, припадки начались в 8-летнем возрасте после испуга при нападении собаки. В дальнейшем припадки возникали закономерно по 2—3 раза в неделю, иногда чаще. В последнее время частота их резко выросла, до 2—3 раз в день, усиливаясь при волнении, тревоге. В период полового созревания припадки стали чаще.

Решено испытать гипносуггестивную психотерапию, ввиду высокой внушаемости и гипнабельности больного. С первого же сеанса возник глубокий гипнотический сон (с полной амнезией). Всего проведено 15 сеансов гипнотерапии через день. После 5-го сеанса гипноза припадки эпилепсии прекратились. Через 10 сеансов гипнотерапии, после ссоры с товарищем, возник один припадок, но характер его был значительно изменен (не было прикуса языка, судороги были значительно слабее, не было испускания мочи). После 15 сеансов гипнотерапии припадки эпилепсии прекратились. Ремиссия прослежена в течение года.

Больной Н., 28 лет. Рабочий. Явился в гипнотарий при клинике за помощью в связи с тем, что обычная терапия у невропатолога эффекта не давала. Рассказал, что припадками эпилепсии страдает с 15-летнего возраста, частотой 1—2 раза в месяц, иногда реже. Припадки возникли после падения с высоты и сильного испуга, сопровождаются судорогами, прикусом языка. После припадков обычно наступает сон с последующей частичной потерей воспоминаний (амнезия), головной болью. Припадки могут возникать в любом месте, часто сопровождаются ушибами лица. Медикаментозная терапия давала незначительный результат. Ввиду хорошей внушаемости и гипнабельности, решено применить гипносуггестивную психотерапию. После первого сеанса развился гипнотический сон второй степени глубины, с частичной амнезией. После 10 сеансов гипнотерапии, проводимой через 2—3 дня, состояние больного улучшилось. Курс лечения состоял из 30 сеансов гипнотерапии. За все время лечения ни одного припадков не наблюдалось. Наблюдение за больным продолжалось в течение 1 года. В течение всего периода наблюдения припадков не было.

Больная М., 24 лет. Студентка. Страдает эпилептическими припадками, которые возникают 1—2 раза в месяц, сопровождаются судорогами, прикусом боковых сторон языка, потерей сознания с падением и ушибами, часто недержанием мочи. После припадков, как правило, возникает сон. Утрата воспоминаний (амнезия). Пришла в гипнотарий клиники с матерью за помощью, так как за последние месяцы припадки выросли в числе и силе. Эффекта от медикаментозной терапии отмечается очень мало. По рассказу матери, припадки возникли в 13-летнем возрасте, после испуга при нападении хулиганов с попыткой насилия.

Проведены пробы на внушаемость и гипнабельность. С первого сеанса возник гипнотический сон третьей степени глубины, с частичной утратой воспоминаний, а затем с полной амнезией. Всего проведено 30 сеансов гипнотерапии через день. За все время лечения ни одного эпилептического припадков не наблюдалось. Наблюдение продолжалось в течение 1 года. Рецидива нет. В дальнейшем больная переехала в другой город.

Больной А., 24 лет. Служащий. Явился в гипнотарий клиники с жалобами на малые припадки эпилепсии типа «petit mal». Приступы возникают внезапно, характеризуются сначала покраснением, а затем побледнением лица, спутанностью сознания, затем рядом беспорядочных движений и бессвязными фразами. Больной не падает, язык не прикусывает. Затем все проходит.

Как рассказывает сам больной и его мать, приступы эпилепсии начались после испуга собакой в 13-летнем возрасте. В дальнейшем припадки стали возникать по 2—3 раза в день, усиливаясь при волнении и тревоге. Припадок сопровождается своеобразным состоянием (аурой) в виде каких-то слуховых окликов, мерцанием световых бликов. Больной очень тяготеет своими припадками-приступами, так как мечтает стать моряком.

Проведены пробы на внушаемость и гипнабельность. После первых сеансов гипноза развилось лишь легкое состояние гипнотического сна. Только после 7-го сеанса гипнотерапии удалось вызвать гипнотическое состояние второй степени глубины с частичной утратой воспоминаний.

После 10-го сеанса гипносуггестивной психотерапии состояние углубилось и развился гипноз третьей степени глубины. Всего проведено 25 сеансов гипнотерапии, через день. Эпилептические припадки полностью исчезли. Наблюдение за больным продолжалось в течение 2 лет. Рецидива нет.

Все вышеприведенные примеры эффективного применения нами гипносуггестивной психотерапии по поводу эпилептических припадков, совпадающие с благотворным лечебным результатом у других психотерапевтов, дают возможность считать показанным попытку применения гипносуггестивной психотерапии при данной патологии.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Советские психиатры придают большое значение психическому воздействию на душевнобольных в клинике психических заболеваний. Еще в 1911 г. С. С. Корсаков указывал на необходимость повседневной предупредительной заботы о душевнобольных и ставил вопрос о применении при некоторых формах психических расстройств гипносуггестивной психотерапии, считая ее весьма целесообразной. С. С. Корсаков отмечал, что метод психотерапии весьма эффективен при меланхолических состояниях. Он писал: «Мне приходилось видеть случаи, когда во второй половине болезни, выразившейся в меланхолическом состоянии и резких бредовых идеях, наступало чрезвычайно быстрое исчезновение и бредовых идей и тоски после применения гипнотического лечения».

На съезде психоневрологов А. В. Гервер (1925) сообщил об успешном применении гипносуггестивной психотерапии при депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза, при инволюционных депрессиях как с бредовыми идеями, так и без них. На большую роль психотерапевтического воздействия при депрессивных состояниях обратил внимание известный психиатр Ю. В. Кан-набих (1934).

Многие зарубежные психиатры также широко применяли гипно-носуггестивную психотерапию у психических больных. Среди них можно упомянуть Voisin (1897), Kauffmann (1923), Hollander (1923), которые успешно применяли психотерапию при заболевании паранойей.

Lewy-Shul (1922) заставил внушением в гипнотическом сне принимать пищу больную гебефренией, до того упорно отказывающуюся есть. Hoch (1955) успешно применял психотерапию при сенильных психозах, и в ряде случаев получил хорошие результаты.

На ленинградском съезде психоневрологов в 1924 г. В. М. Бехтерев высказался о возможном применении гипносуггестивной психотерапии у больных, страдающих паранойей. Однако следует оговориться, что далеко не во всех случаях этого психического заболевания возможно применение этого метода психотерапии.

К- И. Платонов справедливо замечает, что есть такие формы заболевания паранойей, где применение гипноза опасно. Например, при параноидной форме шизофрении гипносуггестивная психотерапия неприменима, так как в содержание бреда при паранойе нередко входит бредовая идея о «гипнозе на расстоянии», «воздействии гипнозом» и т. д., поэтому, применяя гипноз, врач как бы поддерживает эту идею, что не безопасно как для больного, так и для врача.

К- И. Платонов считает весьма полезным применение гипносуггестивной психотерапии при реактивных параноидных состояниях, где, по его наблюдениям, психотерапия при внушенном сне дает весьма стойкий и положительный эффект.

В качестве иллюстрации приводим примеры.

У 35-летней больной М. наблюдался бред отравления и преследования, а также упорный отказ от еды и общения с людьми. Зная больную, перенесшую 14 лет назад истерический психоз и бывшую уже тогда под наблюдением, при данном параноидном состоянии применили внушение в гипнотическом сне. Однократный сеанс сразу устранил бредовые идеи месячной давности, а

беседа с больной выяснила психогенный характер ее состояния. В дальнейшем последовало восстановление у больной прежней выраженной эмоциональной лабильности. Бредовые идеи не возникали в течение последующих пяти лет. Была работоспособна (наблюдение К. И. Платонова). Больная В., 31 года, доставлена в состоянии тяжелой депрессии и крайнего истощения, возникшего вследствие бессонницы и упорного отказа от еды. Больная имела вид старухи, человека, страдающего какой-то тяжелой болезнью. Заболела два месяца назад после смерти единственного 5-летнего сына, во время болезни которого в течение месяца не отходила от него ни днем, ни ночью. Волнения, бессонные ночи и постоянная тревога подорвали ее силы. Смерть ребенка была пережита ею трагически: тяжелая реакция с нарушением сознания, конвульсиями, криками и т. п. В таком состоянии больная находилась трое суток. Во время похорон также наблюдалось психотическое состояние, была дезориентирована, а после возвращения с кладбища находилась в постели четверо суток в связи с ослаблением сердечной деятельности, с явлениями удушья и цианоза конечностей. В дальнейшем больная была невменяема, имели место частые приступы дезориентировки. Ежедневно посещала кладбище, но, не доходя до него, с криком падала на землю, рыла ее руками. И так изо дня в день. Пишу> вводимую насильно, не могла проглотить (по-видимому, из-за спазма глотки или пищевода). Упорная бессонница, нарастающая слабость, упорные суицид

J 54

ные мысли и попытки. Врачебный и домашний уход не достигал цели, тяжелое психотическое состояние прогрессировало, вследствие чего поставлен вопрос о стационарировании в психиатрическую больницу. На приеме удалось установить контакт с больной и путем словесного внушения привести ее в дремотное состояние. Помимо общего успокоения внушалось спокойное отношение к смерти сына, хороший ночной сон, аппетит, пробуждение интереса к жизни. После сеанса больная получила 40-минутный внушенный сон-отдых.

Больная проснулась в резко изменившемся состоянии: прояснился взгляд, появилась бодрая осанка, лицо оживилось. После выхода из поликлиники спокойно реагировала на встречи на улице с детьми. Когда пришла в номер гостиницы, впервые почувствовала тяготение к пище и съела, с видимым удовольствием, завтрак. «Отпала какая-то тяжесть, исчез какой-то туман», — говорила больная, придя на следующий день. О ребенке говорила уже спокойно, ночью спала хорошо, смогла сама рассказать о пережитом. Было проведено еще 5 сеансов (через день), после чего уехала в свой город в спокойном состоянии. Через месяц сообщила о своем хорошем самочувствии: совершенно успокоилась. Диагноз: глубокое депрессивно-невротическое состояние, возникшее вследствие тяжелой психической травмы (наблюдение В. О. Щер).

На амбулаторный прием явился больной юноша К., 17 лет, с жалобами на то, что за ним следят неизвестные. Кроме того, больной заявил, что на него действует «гипнозом на расстоянии доктор Ф.». Больной заявил, что все его поступки и действия от него не зависят, а диктуются доктором Ф. «Ничего сам не могу сделать по своей воле, все мне навязывается этим преступным врачом с целью своих пакостных экспериментов!», — заявил больной. И просил меня «разгипнотизировать» от влияния доктора Ф. По словам матери, К. болен два года, после сильного испуга. Лежал в психиатрической больнице, так как дважды делал попытку суицидного характера, якобы «продиктованного ему врачом Ф.», у которого он действительно лечился гипнозом. Диагноз психиатрической клиники: параноидная форма шизофрении.

Учитывая, что лечение гипносуггестивной терапией может повести к переносу «воздействия гипнозом» на врача, принимающего больного, мы попытались объяснить больному, что гипнозом его лечить не будут, а применят электросон, которым и снимут с него «воздействие на расстоянии гипнозом доктора Ф.».

Больной уложен на кровать, на глазницы наложены электроды аппарата «электросон», но ток не включался. Постепенно больной введен в состояние гипнотического сна. Больному сделано императивное внушение, что с помощью электросна с него «снято гипнотическое воздействие доктора Ф.». Внушено, что больному теперь будет хорошо спать, исчезнет тревога и страх «воздействия гипнозом». Больной оказался хорошо гипнабелен, быстро впал в глубокое гипнотическое состояние. Всего было проведено 10 таких сеансов через день, с «наложением электродов», но без включения тока. Уже с первых трех сеансов, по словам матери, тревога и страх, что за ним следят неизвестные, исчезли, все реже стал высказывать бред «гипнотического воздействия на расстоянии доктора Ф.». После пятого сеанса стал хорошо и крепко спать, наладился аппетит, резко изменилось настроение. Больной стал бодрым и жизнерадостным юношей. Катамнез прослежен в течение одного года. Рецидива нет.

Еще один пример. На прием был доставлен братом больной М., 47 лет, с жалобами, что его жена ему постоянно изменяет. В последнее время у больного появился бред преследования, ему стало казаться, что жена хочет избавиться от него и с этой целью «пытается его отравить». Больному кажется, что в его еду постоянно «подсыпается какой-то яд». В связи с этим он почти ничего не ест, сильно похудел, постоянно проверяет пищу на вкус. В последние два дня — полный отказ от пищи. Наследственность отягощена: у матери был психоз, и она долгое время лечилась в психиатрической больнице, где и умерла. Сам больной лечился в психиатрической больнице в 1965 г. с диагнозом: реактивный параноид.

Больной сильно истощен, на лице тревога. Объективно: зрачки расширены. Язык без девиации от средней линии. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс отсутствует. Сухожильные рефлексы повышены, равномерные. Нарушений чувствительности нет. Легко контактен, эмоционально лабилен. Плачет. Тревожен. Говорит, что жить не хочет, если бы не дети, то давно бы расстался

155 с жизнью. После успокоительной беседы уложен на кровать, быстро впал в глубокий гипнотический сон. Сделано императивное внушение, что жена ему не изменяет и травить его не собирается, так как он является отцом детей, которых оба, отец и мать, любят. Больному внушено, чтобы он сегодня же убедился в том, что никакой отравы в пищу ему не подсыпают, плотно поужинает вместе с детьми. После пробуждения из состояния гипнотического сна больной заявил, что он чувствует себя «как-то особенно хорошо». Обещает сегодня же плотно поесть. При осмотре через день: состояние удовлетворительное. Заявил, что в тот вечер «ужинал и не отравился!». Просит полечить его. Начат курс гипносуггестивной психотерапии. Всего проведено 15 сеансов через день. Через 5 сеансов изменился до неузнаваемости. Заметно поправился, посвежел. Начал хорошо есть. Резко изменился по отношению к жене. Ревность исчезла. После 10-го сеанса заявил мне, что совершенно здоров. «Сам не верю своему состоянию!» За 20 дней прибавил в весе на 5 кг. Стал хорошо спать и есть. Исчезли все бредовые мысли о желании его «отравить» и «изменять» ему. Отдаленные результаты прослежены в течение 2 лет. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Интересные данные приводятся И. М. Вишом, применявшим психотерапию в комплексном лечении ряда психических заболеваний. Всего указанным автором было применено психотерапевтическое воздействие на 108 больных. По формам заболевания они распределялись на три группы: шизофрения — 26 человек; циркулярная депрессия и циклотимия — 44 человека; инволюцион-ные психические расстройства — 38 человек.

Автор применял все виды психотерапии: разъяснительно-внушающую психотерапию в бодрственном состоянии, словесное внушение в гипнотическом сне. Как правило, психотерапия применялась в комбинации с лекарственной терапией.

В качестве иллюстрации приведем выписку из истории болезни.

Больная П., 50 лет, пенсионерка. 5/V 1950 г. направлена на психотерапию по поводу ипохондрического состояния. В Тамбовской психоневрологической больнице находилась по поводу шизофрении девять раз. Последнее стационарное лечение с 25/XI по 6/XII 1949 г.

Диагноз: шизофрения в состоянии неполной ремиссии с невротической картиной. Мать больной отличалась нервным, капризным и неустойчивым характером. Часто лечилась от «нервности». Больная в детстве болела натуральной оспой, корью и скарлатиной; была очень впечатлительной, обидчивой, замкнутой; детей и «веселья» не любила. Страдала частыми головными болями, которые ей мешали учиться в школе. Менструации начались с 13 лет, протекали нормально. По характеру была капризной, неустойчивой, замкнутой, с людьми сходилась с трудом. Семейная жизнь сложилась неудачно. Менопаузу переживала тяжело: была тоска, каждый день плакала, плохо спала, не могла работать, была подозрительна к людям. В течение двух лет не работает, получает пенсию. Психическое заболевание началось с 26 лет в «связи с неудачной любовью». Была тоска, апатия, бессоница, боялась людей, слышала голоса, стуки, ночью видела в окнах незнакомые лица. Не вставала с постели; ей казалось, что она умирает. В Тамбовской психоневрологической больнице лежала 6 месяцев. Была выписана в состоянии улучшения, но не работала в течение года. 9/V 1950 г. Объективно: питание хорошее, пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 ударов в минуту. Сердце — границы в норме, тоны чистые. Кровяное давление — 135/80 мм рт. ст. В легких рассеянные сухие хрипы. Печень и селезенка не прощупываются. Анализы крови и мочи без патологических изменений.

Очаговых неврологических симптомов нет. Тремор век и пальцев вытянутых рук. Дермографизм красный, стойкий. Рефлекс Ашнера + 18 ударов в минуту. Войдя в кабинет, больная закрыла лицо руками, горько расплакалась, стонала, охала, не отвечая на вопросы. Когда успокоилась, заявила,

что она тяжелобольная, погибает от тоски и страха смерти. Рассказала, что ее муж сожитель-

156
ствует с соседками. Соседи не дают покоя, мешают спать, мешают жить, околдовали мужа. Тревожна, растеряна, избегает взгляда врача; все время щурит глаза и закрывает их руками. Речь пространна, витиевата, во время беседы больная гримасничает. Память хорошая. Критики к высказываниям нет. Больная просит гипнозом помочь ей освободиться от преследующих ее соседей. Считает, что только внушение может ей помочь.

Учитывая особенности течения заболевания, наличие реактивной истерической симптоматики, развившейся на дефектном фоне, положительной установки на лечение внушением и доверия к лечащему врачу, больной была применена психотерапия в форме разъяснительных бесед и словесного внушения в бодрственном состоянии. После сеанса психотерапии больная успокоилась, стала живее, перестала плакать, охотнее рассказывает о своих переживаниях. Просила ей помочь.

После первого сеанса психотерапии успокоилась, поведение стало упорядоченным, меньше высказывает жалоб, начала спать.

Проведено четыре сеанса психотерапии. В результате: сон достаточно спокойный. Головные боли прекратились. Повеселела. Поведение правильное. К бредовым переживаниям критики нет; продолжает утверждать, что муж сожительствует с соседками по квартире, соседи ей вредят, мешают спать, смеются над ней. Заявила, что со времени начала лечения внушением стали меньше о ней говорить, «очевидно, и на них действует внушение». Проведен сеанс психотерапии.

В последующем проведено восемь сеансов психотерапии. Больная в последние дни спокойна, о соседях ничего не говорит. Спит хорошо. Настроение улучшилось, свободно рассказывает о себе, избегает разговора о муже и соседях. Частично соглашается, что в ссорах с соседями виновата и она, но в измене мужа уверена и говорит о нем с раздражением. Внешне поведение упорядочено, спокойна. Эмоционально тупа, имеется выраженный дефект и готовность к бредовым переживаниям. В результате применения психотерапии наступило достаточно хорошее, устойчивое состояние. Психогенная невротическая симптоматика целиком снята, бредовые переживания затухли (наблюдение И. М. Виша).

По мнению И. М. Виша, при некоторых формах шизофрении психотерапия должна занять среди других лечебных методов определенное место. Этой же точки зрения придерживаются и многие другие советские психиатры: К. И. Платонов, Н. В. Иванов, Г. В. Зе-невич, М. И. Кашпур, М. С. Лебединский, Д. Е. Мелехов и другие.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРКОМАНИЙ АЛКОГОЛЬНАЯ НАРКОМАНИЯ

Известно, что лечение алкоголизма методом гипносуггестивной терапии впервые в России широко начал применять В. М. Бехтерев еще в 1901 г. Для этой цели им была организована амбулатория. Как показала практика, положительные результаты этого способа лечения были столь значительны, что в 1903 г. по его инициативе была создана в Петербурге целая сеть таких амбулаторий.

Для терапии больных хроническим алкоголизмом В. М. Бехтерев рекомендовал использовать: убеждение в бодрствующем состоянии; словесное внушение в гипнотическом сне; самоутверждение и самовнушение.

А. Л. Мендельсон (1910) стал применять словесное внушение у еще более широкого круга больных хроническим алкоголизмом, охватив лечением около 900 человек. Положительный эффект при гипносуггестивной терапии наблюдался почти в 62% случаев.

157

В настоящее время вопросу лечения хронического алкоголизма уделяется большое внимание: используя психотерапию, применяют различные ее виды в комплексе с различными лекарственными средствами и физиотерапевтическими процедурами. Основоположник широкого применения психотерапии при хроническом алкоголизме В. М. Бехтерев (1899) писал: «Я придерживаюсь той мысли, что для лечения алкоголиков гипноз не должен считаться единственным средством, которое может помочь алкоголику, и что после точного исследования больного необходимо лечить все имеющиеся у него поражения организма, применяя и лекарственное лечение, электро- и бальнеологическое лечение и действуя на больного путем убеждения в виде бесед с больным, стараясь поднять в нем работоспособность, развить в нем здоровые интересы к жизни». В настоящее время лечение хронического алкоголизма состоит из применения самых разнообразных средств воздействия, включая в себя условнорефлекторную

терапию, трудотерапию, лекарственную терапию. Однако основным и главным методом лечения хронического алкоголизма является психотерапия, использующая гипноз, внушение наяву, рациональную психотерапию и лечение перевоспитанием по методу В. М. Бехтерева.

По нашему твердому убеждению, любые методы лечения больных, страдающих алкоголизмом, должны проводиться в закрытых (стационарных) учреждениях, а отнюдь не в амбулаторных условиях, где процент положительных результатов значительно снижается. Это, конечно, не исключает возможность проводить в отдельных случаях психотерапевтическое лечение больных хроническим алкоголизмом и в амбулаторных условиях, нередко с хорошим эффектом.

Приведем два случая амбулаторной гипносуггестивной психотерапии алкоголизма.

Больной Ш., 42 лет, доставлен в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов жены удалось выяснить, что ее муж на почве алкоголизма «пытался сегодня совершить самоубийство, но был случайно замечен соседями и снят с петли». От больного мы узнали, что он страдает алкоголизмом 22 года, причем пьет запоями по 2—3 недели. Светлые промежутки бывают в течение нескольких дней, а иногда на протяжении 2 месяцев. Больной крайне раздражителен, плохо ест и спит и совершенно потерял трудоспособность. В результате 3 сеансов гипносуггестивной терапии влечение к алкоголю постепенно ослабело и, наконец, к 5-му сеансу совершенно исчезло. Параллельно с этим восстановились сон и аппетит, возвратились хорошее настроение и трудоспособность. Через 6 месяцев явился на прием и сообщил следующее: «Чувствую себя прекрасно, успеваю в работе, о спиртных напитках не думаю, как будто никогда не знал. Запах алкоголя не только неприятен, но вызывает у меня тошноту и рвоту». Таким образом, после 5 сеансов психотерапии он чувствует себя хорошо. Положительный катамнез 10 лет (наблюдение К. И. Платонова).

Представляет большой интерес и следующее наблюдение, когда психотерапия оказала положительное влияние в условиях продолжающегося на протяжении нескольких лет воздействия алкоголя.

Больной П., 44 лет, пивовар, обратился в диспансер с жалобами на непреодолимое влечение к спиртным напиткам, сильную раздражительность, частое

158

угнетенное состояние, плохой сон, аппетит и резкое понижение трудоспособности. Считает себя больным 10 лет, причем в первые 2 года пил умеренно и не часто, а затем, поступив на пивоваренный завод, стал злоупотреблять алкоголем. В течение последних 2—3 лет пьет запоем 2—3 дня, с перерывом от 1 до

2 недель. Отец больного страдал алкоголизмом. Проведено 10 сеансов внушения во внушенном сне. Первый же сеанс гипносуггестивной терапии прервал влечение больного к алкоголю; одновременно восстановилось хорошее настроение, аппетит и сон стали нормальными. Спустя 2 недели после начала лечения полностью восстановилась трудоспособность. Находился под наблюдением в течение

3 лет, ежемесячно посещал диспансер. Чувствует себя хорошо, хотя и продолжает оставаться на прежней работе (наблюдение К. И. Платонова).

К- И. Платонов рекомендует проводить амбулаторное лечение в наркодиспансерах, так называемую групповую психотерапию алкоголиков (по В. М. Бехтереву) в виде сеансов мотивированного внушения в гипнотическом сне с последующим после каждого сеанса длительным внушенным сном-отдыхом, что должно сочетаться с дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапией. В групповом методе имеются известные преимущества, состоящие в том, что больные, входящие в одну группу (6—8 человек), обычно побуждают друг друга к самодисциплине и выработке безразличного отношения к алкогольным напиткам. Перед началом курса лечения К- И. Платонов рекомендует проводить беседу о вреде алкоголя. После усыпления больным делается внушение чувства отвращения к алкогольным напиткам и возникновения тошнотворной реакции на каждый прием алкогольного напитка. После каждого сеанса вся группа остается в состоянии длительного внушенного сна-отдыха еще в течение 1—1,5 ч. По наблюдениям К- И. Платонова, обычно уже после первых 2 таких сеансов больные нередко заявляют, что не чувствуют непреодолимости влечения к употреблению спиртных напитков и потому в остром периоде абстиненции могут спокойно продолжать курс лечения, проводимый в амбулаторных условиях.

К- И. Платонов со своими сотрудниками П. П. Истоминым, М. Д. Трутнем, Н. Л. Утевским, Р. Я-Шлифер успешно применяли метод групповой психотерапии (по В. М. Бехтереву), начиная с 1925 по 1931 г., охватив свыше 600 больных, страдавших хроническим алкоголизмом. Положительный

эффект был отмечен ими у 65% больных, большей частью находившихся под наблюдением на протяжении 2—3 лет, а в отдельных случаях и до 8—10 лет.

Успех психотерапии при лечении хронического алкоголизма, как показывают наблюдения многочисленных авторов, бывает весьма значительным. Конечно, не обходится и без отдельных неудач.

Известный психотерапевт И. В. Стрельчук (1951) предложил метод образования отрицательной противоалкогольной реакции путем присоединения к словесному внушению сильных отрицательных раздражителей в виде рвотных средств. Этот метод автор применял как в бодрственном состоянии, так и особенно успешно в гипнотическом сне. Этот исследователь подчеркивает, что разрыв при помощи словесного внушения этой алкогольной абстиненции совершается гораздо легче во внушенном сне, ибо все то, что в бо-

159

ром состоянии ассоциировано с алкоголем, в условиях гипнотического сна прочно заторможено. Вследствие этого в гипнотическом сне более легко образуются новые отрицательные связи в отношении употребления алкогольных напитков.

Приведем еще два примера успешного применения гипноз-гестивной психотерапии.

На прием в гипнотарий при госпитальной терапевтической клинике I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова пришел больной М., 45 лет, инженер. Больной заявил, что в последние два года страдает неудержимым влечением к алкоголю. Выпивает ежедневно по 0,5—1,0 л водки. Пить стал после смерти горячо любимого сына. В состоянии опьянения становится крайне невыдержан, буянит, избивает жену. Плохо ест, раздражителен, страдает упорной бессонницей. Болит голова, отмечает, что за последнее время возникла импотенция. Ревнует свою жену. Пьет запоем по 3—5 дней подряд, после чего по 1—2 месяца возникает светлый промежуток. Затем снова наступает запой. В семье есть еще ребенок 10 лет.

Объективно¹, больной крайне истощен. Отмечается тремор рук. Пульс 82 удара в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Границы сердца расширены. Тоны сердца глухие. Акцент II тона на аорте. Артериальное давление 200/110 мм рт. ст. В легких — везикулярное дыхание. Язык сильно обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка почти не пальпируются. Неврологически: зрачки равномерны, живой реакции на свет. Лицо симметрично. Язык без девиаций от средней линии. Сухожильные рефлексы повышенной живости. Резкий тремор рук, век, языка. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Чувствительная сфера не нарушена. Пробы на внушаемость и гипнабельность резко повышены. С первого же сеанса больной погружен в глубокое гипнотическое состояние третьей степени глубины. Внушено резкое отвращение к алкоголю, вплоть до тошноты и рвоты. В императивной форме разъяснено, что дальнейшее употребление алкоголя может повести к полной импотенции. Внушено более спокойное отношение к смерти первого ребенка и сильное чувство к оставшемуся ребенку. После этого больной оставлен в состоянии гипноза-отдыха на 1 ч. Через час больной пробужден. Проведена разъяснительная беседа в бодром состоянии, и больной отпущен с заданием воздержаться от употребления спиртных напитков и явиться на следующий сеанс гипноз-гестивной психотерапии. 2/1 1965 г. явился на повторный сеанс вместе с женой. Жена заявила, что больной «словно переродился», вина не пил, стал хорошо есть, спал крепким, здоровым сном. Все эти три дня очень внимательно относился к ребенку и жене. Проведен повторный сеанс гипнотерапии. После пробуждения отпущен домой с предложением явиться 7/1 1965 г. на третий сеанс. На третий сеанс явился с хорошим, жизнерадостным лицом. Заявил, что к вину не тянет. Появился «волчий аппетит», наладился сон, хорошее настроение. Всего было проведено 10 сеансов гипноз-гестивной психотерапии. Больной заявил, что когда его друзья пытались завести в ресторан, то нашел в «себе силу воли» отказаться. Хорошо спит, ест и чувствует себя очень бодрым и жизнерадостным. При опросе жены о поведении мужа она заявила, что мужа «не узнать», к ребенку и к ней относится хорошо. Исчезло чувство ревности. Артериальное давление снизилось до 160/90 мм рт. ст. Катамнез прослежен в течение 2 лет. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Больная С, 30 лет, актриса драматического театра. Явилась на прием, с просьбой помочь в связи с неудержимым влечением к алкоголю. Систематически начала пить в последние три года. Пьет каждый день; были случаи, когда выходила на сцену под хмельком, но держалась так, что никто из сотрудников этого не замечал. Бойтся, что может сорваться. Выпивает, когда не играет, до 500 г алкоголя; заметила, что за последний год влечение усилилось и возникают состояния, что пьет подряд 3—6 дней непробудно. Был случай, когда не вышла на сцену, так как была в состоянии

алкогольного опьянения. 5/V 1968 г. Объективно: больная крайне истощена. Лицо красное. Отмечается тремор рук. Запах алкоголя изо рта. Зрачки равномерны, хорошая реакция на свет. Лицо симметрично. Язык без девиаций от средней линии. Другие черепномозговые нервы в норме. Симптом Ромберга положителен. Отмечается выраженный тремор РУ^к>

160

век. Сухожильные рефлексы повышенной живости. Глоточный рефлекс отсутствует. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Чувствительная сфера без нарушений. Больная контактна, эмоционально лабильна, плачет при разговоре. Заявляет, что пить начала с горя. Личные переживания. Кроме того, на работе к ней, якобы, относятся несправедливо, дают роли не по ее таланту. Тесты на внушаемость и гипнабельность резко положительны. Погружена в гипнотическое состояние III степени глубины с первого сеанса. Внушено, что отныне она бросит пить, что бывшего влечения к спиртному не будет и что малейшая попытка пить будет вызывать резкое отвращение, вплоть до тошноты и рвоты. В гипнотическом состоянии разъяснено, что как только она перестанет пить, к ней в театре незамедлительно начнут относиться иначе и она по-прежнему начнет получать видные роли. Затем больная оставлена в гипнотическом сне-отдыхе на 1 ч. Через час после пробуждения больная заявила, что чувствует себя бодрее. Отпущена с указанием явиться через три дня. Дано задание самой попытаться не пить эти три дня и показать, «на что способна». Через 3 дня больная явилась в строго указанное время и заявила, что спиртного «ни капли в рот не брала». Появился аппетит, меньше стали дрожать руки. Хорошо спала все ночи подряд. В театре обратили, якобы, внимание на то, как она хорошо держалась. Проведено 15 сеансов гипносуггестивной терапии через день. Внушено: полный отказ от употребления спиртного любого сорта; резкое отвращение к спиртным напиткам, вплоть до рвоты. Внушен хороший сон, аппетит, настроение. Отдаленные результаты прослежены в течение двух лет. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Весьма хорошие результаты при лечении хронического алкоголизма психотерапией получены И. М. Вишом (1969), который применил интересное сочетание электросна и гипнотерапии и получил большой терапевтический эффект. Лечение хронических алкоголиков осуществлялось комплексным методом, где ведущим была психотерапия. На протяжении десяти лет под его наблюдением было 760 больных хроническим алкоголизмом, которым была применена психотерапия. Из них было 696 мужчин и 64 женщины. Стационарных больных было 280, амбулаторных — 480.

По данным И. М. Виша, применение комплексных методов лечения (психотерапия, стрихнин, вдвухание кислорода и апо-морфин), проводимых в определенной последовательности, дало клиническое выздоровление в 75% случаев, а значительное улучшение отмечено в 8,3% случаев.

На основании полученных результатов лечения И. М. Виш приходит к следующим выводам: 1) психотерапия — физиологически обоснованный метод лечения — должна найти в системе советского здравоохранения широкое применение вообще и при алкоголизме, в частности; 2) при лечении страдающих алкоголизмом показана как амбулаторно, так и стационарно индивидуальная и коллективная психотерапия; 3) психотерапия при алкоголизме, являясь ведущим методом лечения, более эффективна, если она применяется в комбинации с другими лечебными средствами и методами (подкожные инъекции стрихнина, вдвухание кислорода под кожу, фенамин, апоморфинотерапия, электросон и др.).

Наш личный опыт гипносуггестивной психотерапии больных хроническим алкоголизмом недостаточно велик, но на основании того мы можем утверждать, что психотерапия в комбинации с рядом других средств весьма эффективна. Мы лечили около 60 человек. Около 30 больных были недостаточно дисциплинированы и бро-

6 П. И. Буль

1С!

сили лечение. Из 30 больных, прошедших курс лечения (от 20 до 30 сеансов гипносуггестивной психотерапии), у 10 человек были получены хорошие, стойкие результаты. Отдаленные результаты прослежены у 10 человек от 2 до 3 лет. Рецидива хронического алкоголизма нет.

ТАБАКОКУРЕНИЕ

Табакокурение хотя и считается некоторыми лишь дурной привычкой, на самом деле представляет собой наркоманию, которая по своей распространенности является отнюдь не столь безобидной. Достаточно вспомнить, что, по данным статистики, рак легкого, например, встречается в десять раз чаще у курильщиков, чем у некурящих. Нередко также встречается рак губы и языка, чего почти совершенно не бывает у некурящих. Если вспомнить, как трудно поддается лечению этот

вид наркомании, то станет ясна большая значимость психотерапии табакокурения.

Ю. А. Поворинский считает, что курение является прочно обосновавшимся и закрепившимся условным рефлексом на множество повседневных условных раздражителей. Однако возникновение явной абстиненции, наблюдающейся при отвыкании от курения, позволяет говорить о развивающейся никотиномании, которая и вызывает у курильщика многочисленные патологические явления со стороны высшей нервной деятельности, функционального состояния корковых процессов и вегетативной нервной системы. Курильщик не может легко бросить курение не только потому, что трудно изменить закрепившийся стереотип (психологическое пристрастие), но и потому, что никотин каким-то образом начинает участвовать в обмене организма (физиологическое пристрастие). Таким образом, данную наркоманию (табакокурение) следует считать такой же наркоманией, как алкоголизм, морфинизм, кокаинизм и другие.

Особенно много в области лечения табакокурения сделал Ю. А. Поворинский (1954), предложив «поэтапный» вид лечения. Первый этап заключается в изучении личности курильщика и тех раздражителей, которые вызывают настоятельную потребность в курении. Второй этап — анализ явлений абстиненции и разрушении автоматизма курения у данной личности.

Задачей врача на этих этапах лечения является устранение представления о трудности отвыкания от табакокурения. И, наконец, третий этап — проведение сеансов гипносуггестивной психотерапии.

А. К- Поплавский (1959) предложил у физически здоровых людей следующую методику гипнотерапии. Погрузив субъекта в гипнотический сон и внушив ему, что табачный дым будет вызывать тошноту, рвоту и сильный кашель, гипнотерапевт предлагает ему курить во время гипноза. Действительно, у большинства курильщиков возникали резкие вегетативные явления: учащение и нарушение ритма пульса, дыхания, повышение артериального

162

давления, побледнение или покраснение лица, повышенное слюноотделение, потливость, рвота или кашель. У половины курильщиков при этом методе возникало непреодолимое отвращение к табаку. Курс лечения состоял из 8—16 сеансов гипнотерапии.

Гипнотерапия табакокурения может быть индивидуальной коллективной. Нами замечено, что коллективный метод лечения табакокурения дает лучшие результаты.

Имеются наблюдения, что табакокурители, которые испытывают страх перед последствиями курения, излечиваются значительно быстрее. Так, если больной перенес острый инфаркт миокарда, стенокардию или какое-либо другое заболевание внутренних органов, такой больной оставляет табакокурение легче и быстрее, чем лица, желающие просто бросить курить.

Необходима и разъяснительная терапия с тем, чтобы доказать курильщику весь тот огромный вред, который несет с собой табакокурение. Иногда гипнотерапия табакокурения сопровождается по-тосканием ротовой полости раствором четвертьпроцентного азотнокислого серебра, вызывающего отвратительный привкус у курильщика. Однако лучшие результаты дает гипносуггестивная психотерапия.

Позволим привести примеры эффективности суггестивной психотерапии табакокурения.

Больной Н., 60 лет. Курит свыше 40 лет, выкуривая по 25—30 папирос день. За последние годы у больного появился сильный бронхит, стали возникать боли за грудиной. Был диагностирован атеросклероз коронарных артерий. Стенокардия напряжения. Появились сильные головные боли, плохой сон. Врачи настоятельно рекомендовали оставить табакокурение. Больной предпринял самостоятельные попытки уменьшить табакокурение, но, к сожалению, эти попытки оказались безуспешными. Был направлен к нам в гипнотарий. После разъяснительных бесед предприняты пробы на внушаемость и гипнабельность. Первые сеансы гипносуггестивной терапии дали лишь удовлетворительные успехи. Развился гипноз I—II степени глубины. Однако, по мере проведения курса лечения и серьезного отношения больного к лечению, глубина гипнотического состояния увеличилась. В гипнотическом сне давались следующие формулы внушения: «С каждым днем, с каждым последующим сеансом гипноза Вас возникает и все увеличивается нарастающее отвращение к табаку. Теперь уже один вид курящих людей, запах табачного дыма будет вызывать у Вас тошноту, головокружение!» В дальнейшем больной полностью оставил табакокурение и вот уже в течение 5 лет совершенно не курит и не испытывает никаких неприятных ощущений, связанных с отвыканием. Более того, действительно вид курящих людей вызывает некоторые явления тошноты и головокружения (наблюдение П. И. Буля).

Больной П., 58 лет. Инженер. Был направлен в гипнотарий при клинике в связи с настоятельной необходимостью оставить табакокурение, так как у больного обострилась язвенная болезнь (язва

желудка) и гастрит с повышенной кислотностью. Все попытки больного бросить табакокурение до настоящего времени не удавались. Больной и сам совершенно определенно замечал связь болезненных симптомов с выкуриванием папирос или сигарет. Правда, после больших усилий больному удалось свести количество выкуренных папирос до 10 штук в день, но вскоре число их снова поднималось до 25 штук. Однако серьезность положения заставила больного послушаться совета врача, и он явился для прохождения гипносуггестивной терапии.

Была проведена разъяснительная беседа и поставлены пробы на чувствительность к гипнозу. Внушаемость и гипнабельность оказались достаточно высокими.

6*

163

С первого сеанса гипнотерапии больной погрузился в глубокое гипнотическое состояние. В гипнозе внушалось, что желание курить падает, заменяясь все нарастающим отвращением к табаку. «Один вид курящих, запах дыма вызывает у Вас отвращение, тошноту и легкое головокружение»; внушалось, что потребность в папиросах постепенно исчезает. Всего было проведено 15 сеансов гипнотерапии, давших стойкое отвращение к папиросам. Курс лечения закончен и прослежен в течение 1 года. Возврата к табакокурению нет (наблюдение П. И. Буля).

Больная К., 38 лет. Кинооператор. Направлена из поликлиники в связи с резким похуданием и болями в области сердца. При поступлении к нам жалобы на плохой сон, аппетит, похудание, тошноту. Много курит, выкуривает свыше пачки в день. Все попытки оставить табакокурение не удаются. При объективном осмотре и лабораторно-инструментальным данным соматических нарушений нет. Проведены пробы на определение внушаемости и гипнабельности, оказавшиеся хорошими. Больная очень хочет бросить табакокурение. Начат курс гипнотерапии. С первых сеансов глубокое гипнотическое состояние третьей степени глубины. С первых же сеансов гипноза бросила табакокурение, легко и быстро. «Сама себе не верю!», — заявила больная. Курс лечения — 15 сеансов гипнотерапии через день. Благоприятные результаты прослежены в течение двух лет. Рецидива нет. Больная прибавила в весе, стала хорошо спать, улучшилось настроение, исчезли боли в области сердца и избавилась от тошноты. Очень довольна результатами лечения (наблюдение П. И. Буля).

, Кроме индивидуальных сеансов, нами были испробованы также и коллективные способы гипносуггестивной терапии против табакокурения. Подбирались группы больных в 6—15 человек, с ними проводились общие беседы, на которых разъяснялся вред табакокурения, а также демонстрировались больные, оставившие табакокурение и вот уже в течение ряда лет с успехом воздерживающиеся от этой вредной привычки. Больные, в прошлом страдавшие этой наркоманией, делились впечатлениями и своими положительными сдвигами в состоянии организма.

Больным рассказывалось о гипнотическом состоянии и тех симптомах, которые во время гипнотического сна испытывает подвергающийся этому способу лечения. Затем больные укладывались или усаживались в удобных позах на кушетках, им предлагалось закрыть глаза и внимательно слушать формулы внушения психотерапевта. Затем, медленно прохаживаясь, врач-психотерапевт начинал произносить формулы внушения. Как правило, вскоре большинство больных погружалось в легкое сонное гипнотическое состояние. Обычно три первых сеанса шли для углубления состояния, а затем на последующих сеансах врач переходил к даче лечебных формул внушения, направленных против табакокурения. Обычно после 7—10 сеансов наблюдались явления отвыкания от курения и возникновение отвращения к табаку. Курс лечения состоял из 15—16 сеансов гипнотерапии. Большинство больных, приходивших к нам на лечение, имели весьма важные основания, и мы наблюдали хорошие результаты психотерапии. Как правило, за редким исключением, был отмечен стойкий эффект, и рецидивов почти не наблюдалось.

164

Как известно, в капиталистических странах наркомания, в частности морфинизм, кокаинизм, гашишизм и др., — явление крайне распространенное. В нашей стране морфинизм, как и многие другие виды наркоманий, — явление крайне редкое. Однако, в ряде случаев наркомании при длительном применении наркотических средств все же возникают, например при невольном злоупотреблении морфием в связи с операциями и при применении их в редких случаях при сильных болях.

Приведем примеры.

Больная М., 40 лет. Служащая. Перенесла операцию по поводу опухоли органов малого таза.

"Операция прошла успешно, но в связи с нервными переживаниями и болями плохо спала ночи, у нее возникло привыкание к наркотикам. Ее близкие и родственники делали ей инъекции морфинов и давали снотворные в больших количествах. Дело дошло до того, что больная стала делать себе 3—4 инъекции под кожу морфия и принимать нембутал до 20 таблеток в течение дня. В конце концов больная превратилась в наркомана. Муж больной делал героические усилия, чтобы избавить ее от наркомании. Наконец он решился привести больную жену к психотерапевту. Больная оказалась хорошо гипнабельной, как это часто и бывает. С первых же сеансов она погрузилась в глубокий гипнотический сон. После пятого сеанса больная отказалась от инъекций морфия и резко снизила количество принимаемого нембутала, доведя прием снотворных сначала до 5 таблеток, а затем до одной таблетки на ночь. После десятого сеанса гипнотерапии больная принесла и отдала врачу шприц. После 13-го сеанса муж заявил нам, что жена полностью оставила прием снотворных средств. После 15-го сеанса гипносуггестивной терапии состояние больной резко улучшилось, исчезла бессонница, появился аппетит (больная прибавила в весе на 8 кг), появился хороший нормальный цвет лица. В результате лечения состояние больной оставалось хорошим в течение 1 года. Через год наступил срыв в связи с болезнью дочери (попала в автомобильную катастрофу), и больная вновь стала принимать нембутал до 3 таблеток на ночь. Новый курс лечения гипнотерапии вернул хорошее состояние больной. В течение двух лет рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Больной Х., 40 лет, техник-строитель, семейный. Поступил в психиатрическую клинику Львовского медицинского института с диагнозом: наркомания (кокаинизм, алкоголизм, эфиромания). Больной с 16 лет начал употреблять алкогольные напитки, с 21 года — кокаин (в последнее время до 3 г в сутки). С 27-летнего возраста наблюдались зрительные и слуховые галлюцинации и идеи преследования. В 28-летнем возрасте был направлен в психиатрическую больницу. После выписки из психиатрической больницы опять употреблял кокаин. С 37 лет начал пить в большом количестве спиртные напитки. Появилась бессонница, ослабела память. Был направлен на лечение гипнозом. Период абстиненции переносил тяжело. Наряду с сонной терапией и лекарственными средствами была применена гипнотерапия. В первую неделю сеансы проводились ежедневно, во вторую — через день, остальные четыре недели — два раза в неделю. Отдаленные результаты прослежены в течение года. Излечение от наркомании оставалось стойким (наблюдение А. П. Слободяника).

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Г. Ф. Ланг (1957), А. Л. Мясников (1953) и другие авторы считают, что гипертоническая болезнь относится к группе тех заболеваний, в основе которых лежит кортико-висцеральная патология.

165

В патогенезе гипертонической болезни одни ученые придают решающее значение эндокринно-гуморальному, другие неврогенному фактору. Однако, представители этих теорий о происхождении гипертонической болезни не отрицают несомненного значения психогенных влияний в ее возникновении. Действие психического фактора на вегетативные и вазо-вегетативные центры подкорки, а также на эндокринную систему хорошо известно. Иллюстрацией этому может служить описанная «аффективная глюкозурия» — усиленное под влиянием эмоций выделение надпочечниками адреналина и действие его на гликоген печени и мышц. При достаточном сильном аффекте (испуг, гнев, боль) выделившийся адреналин ведет не только к гипергликемии и глюкозурии, но и другим физиологическим сдвигам, например, в сердечно-сосудистой системе. Несомненно, что симпатикотропное действие сильных эмоций не ограничивается влиянием только на надпочечники, а усиливает секрецию и других эндокринных желез (щитовидной, гипофиза). Функциональное единство вегетативной нервной системы и эндокринных желез общепризнанно, что дало право говорить об единой «эндокринно-вегетативной системе». На эту-то систему и воздействует психический фактор в виде различных аффектов, отрицательных эмоций и т. д.

Из всех произвольно функционирующих систем организма сердце и сосуды наиболее доступны воздействию психических переживаний. Всем хорошо известна роль душевных волнений, переживаний и психических травм в возникновении острых инфарктов миокарда и мозговых инсультов. «Если от стыда лицо краснеет, от испуга бледнеет и т. п. — то внутренние органы (сердце, печень, почки, селезенка, железы внутренней секреции и особенно мозг) от стыда, страха,

гнева и других аффектов также оказываются то наполненными кровью, то обескровленными» (С. К- Краснуш-кин, 1950).

Эти данные дают основание полагать, что ведущее место в механизме возникновения сердечно-сосудистых расстройств и в первую очередь гипертонической болезни принадлежит психике, коре больших полушарий. Возможность кратковременного повышения артериального давления при нервно-психических переживаниях известна каждому врачу.

Наблюдения, произведенные как в период первой империалистической войны, так и во время Великой Отечественной войны, показали, что артериальное давление у людей может повышаться непосредственно после участия в боевых операциях, артобстрелов и бомбежек. В 1951—1952 гг. на Амуре во время большого наводнения в связи с разливом реки Н. И. Гребенюк, З. П. Козлова и А. В. Чернышева провели массовое измерение артериального давления у населения. При этом выявилось почти поголовное повышение артериального давления у жителей затопленного берега. Среди населения другого, более высокого и потому не затопленного берега повышение артериального давления было в процентном отношении значительно меньшим. После окончания бедствия

166

у большинства обследованных артериальное давление стало быстро снижаться, однако у части населения оно оставалось стойко повышенным. Таким образом, и это наблюдение показало ведущее значение психогенных факторов в возникновении гипертонической болезни.

О роли психической травмы в этиологии гипертонической болезни сообщают в своих исследованиях В. М. Соломянский, С. А. Бурмистров (1957). Исследователи проводят интересный фактический материал о повышении артериального давления у некоторых жителей Ашхабада во время землетрясения. Данные, полученные авторами, еще раз убедительно подтверждают роль и значение психической травмы как одной из ведущих причин гипертонической болезни.

Изложенное показывает обоснованность применить гипноз для лечения гипертонической болезни. Так, З. А. Родионова и Р. С. Аронова (1955) сообщили о своем опыте лечения гипнозом больных гипертонической болезнью. Исследователи применили гипнотерапию у 21 больного, страдавшего медленно прогрессирующей формой гипертонической болезни, проявлявшейся кардиальной, кардио-церебральной и церебральной симптоматикой. Длительность лечения колебалась от 5 до 20 сеансов. Артериальное давление в гипнотическом сне снижалось уже через 15—20 мин на 10—30 мм рт. ст. У 17 больных артериальное давление стойко снизилось: систолическое — на 20—30 мм, диастолическое — на 30—40 мм рт. ст.; только у 4 больных снизить артериальное давление не удалось. На основании своих наблюдений авторы пришли к правильному выводу о том, что гипнотерапия является патогенетически обоснованным видом лечения гипертонической болезни.

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

А. М. Ветцнер (1956) проводил лечение гипнозом 15 больных гипертонической болезнью. Автор получил хороший эффект у 10 больных, и только у 5 больных результаты лечения оказались малоэффективными. Автор рекомендует многочасовой (12—14 ч) гипнотический сеанс. Более длительный гипнотический сон, в течение 20 ч, давал некоторые нежелательные явления в виде неприятных ощущений со стороны сердца.

М. М. Желтаков, Л. Д. Исаева и Ю. К- Скрипкин (1956), проводя гипнотерапию ряда кожных заболеваний, одновременно изучали влияние гипнотического сна на артериальное давление. На основании измерения артериального давления в динамике у 82 больных исследователи пришли к заключению о нормализующем Действии гипноза на сердечно-сосудистую систему. Исследователи «Делали вывод, что артериальное давление у больных снижалось при погружении в гипноз тем больше и быстрее, чем скорее накупал гипнотический сон и чем он был глубже и длительнее.

Гипнотерапию при гипертонической болезни с успехом при-

167

меняли также М. Я- Ходза (1954) и И. М. Виш (1967). Исследователи получили стойкое и значительное снижение артериального давления.

По нашим данным, при гипнотерапии 160 больных гипертонической болезнью получено стойкое снижение артериального давления до возрастной нормы. Нормализующее действие гипнотического сна у больных с гипотонией при бронхиальной астме быстро приводило к повышению артериального давления до возрастной нормы.

В гипнотическом сне под влиянием различных внушенных эмоций меняется ритм сердечных сокращений, а артериальное давление у одних больных падает, у других — повышается. Нас интересовал вопрос, можно ли прямым внушением в гипнозе изменить ритм и частоту пульса, на что указывали еще старые авторы (О. Веттерстранд, 1900).

Нам удалось у 5 из 20 хорошо гипнабельных больных получить более редкий пульс в ответ на прямое внушение: «Ваше сердце начинает биться медленнее!». У одного больного нам удалось добиться урежения пульса с 92 ударов в минуту до 70, а у другой — со 112 ударов в минуту до 72.

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

В совместной работе с В. М. Коваленко (1950) нами изучалось влияние гипнотического сна на частоту пульса у больных гипер-тиреозами, при которых в большинстве случаев наблюдается тахикардия.

Учитывая, что у здоровых людей частота пульса при погружении в гипноз падает на 7—10 ударов в минуту, предполагалось, что и у больных с повышенной функцией щитовидной железы можно получить также урежение пульса. Однако у первых же 10 больных с явлениями гипертиреоза был отмечен не более редкий пульс, а учащение его на 10—12 ударов в минуту в состоянии гипноза. Видимо, возникшее в гипнозе торможение коры больших полушарий вызвало перевозбуждение подкорки и вегетативных цент-ров, усиливающих ритм сокращений сердца. Однако в дальнейшем путем специального внушения нам удалось внушить начальное число сердечных сокращений, а через несколько сеансов приблизить, пульс к норме. Это было особенно важно достигнуть у больных, подготавливаемых к струмэктомии. Путем внушения в гипнозе удалось подготовить к операции пять больных, которые до этого неоднократно снимались с операционного стола ввиду выраженной тахикардии (пульс доходил до 200—240 ударов в минуту). После гипнотерапии эти больные были прооперированы при пульсе, не превышающем 100 ударов в минуту. Гипнотерапевтическая подготовка больных к струмэктомии заняла всего 7—8 дней (было

168

проведено от 5 до 6 сеансов гипноза), в то время как при других способах лечения аналогичные больные находились в хирургической клинике по 2—4 месяца, так как из-за тахикардии операция откладывалась.

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

Из 160 больных с гипертонической болезнью, подвергавшихся гипнотерапии, у большинства отдаленные результаты лечения прослежены в течение 2—3 лет. Среди наших больных было 60 мужчин и 100 женщин.

По возрасту и длительности заболевания больные распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет — 60 больных; от 31 года до 40 лет — 70; от 41 года до 50 лет — 20 и от 51 года до 60 лет — 10 больных. Продолжительность заболевания у 60 больных была меньше 1 года, у 80 — болезнь длилась от 1 года до 10 лет, у 13 — от 11 до 20 лет, у 7 — от 21 года до 30 лет. У 80 из 160 больных наблюдались проявления функционального расстройства нервной системы, а у 38 — симптомы стенокардии. Из сопутствующих заболеваний у 15 больных была язвенная болезнь, у 26 — бронхиальная астма и у 13 — хронический холецистит.

У 135 больных началу заболевания гипертонической болезнью предшествовал ряд тяжелых психических травм с длительными отрицательными эмоциями и продолжительным нервным напряжением. Для 15 больных диагноз гипертонической болезни явился полной неожиданностью, так как никаких болезненных ощущений они не испытывали и жаловались лишь на раздражительность, быструю утомляемость, бессонницу.

Для гипнотерапии направлялись больные с I и II стадиями гипертонической болезни, у которых обычная медикаментозная, терапия не давала удовлетворительного результата.

Показаниями для гипнотерапии служили: 1) зависимость возникновения гипертонической болезни от психических травм, тяжелых переживаний, отрицательных эмоций; 2) наличие проявлений сопутствующего функционального расстройства нервной системы; III достаточная внушаемость и гипнабельность больного, выявляющаяся в процессе нашего обследования, и его желание лечиться гипнозом.

Всем больным, подвергавшимся гипнотерапии, регулярно измерялось артериальное давление и велось наблюдение за его дина-

169

ми кой до, во время проведения и после окончания лечения. Больные проходили также полное клиническое обследование (исследование глазного дна, электрокардиография, рентгеноскопия и др). Из 160 больных 100 страдали неврогенной стадией гипертонической болезни, а у 60 наблюдалась переходная стадия.

Сеансы гипнотерапии длились 30—40 мин и проводились через день. Вначале проводились индивидуальные, а затем коллективные сеансы гипнотерапии. Курс лечения составлял 30—40 сеансов. По степени глубины гипнотического сна наши больные распределялись следующим образом: I степень наблюдалась у 38 больных, II — у 70 и III — у 37; гипнотический сон не развился у 15 больных. Из 160 больных 80, кроме гипнотерапии, получали еще и обычное медикаментозное лечение, а у 80 других проводилась только гипнотерапия (все другие назначения были отменены). После общих внушений хорошего самочувствия мы переходили к специальным, которые должны были снять чувство тревоги и заставить забыть о тяжелых личных переживаниях. В процессе лечения гипнозом у больных гипертонической болезнью наступало отчетливое снижение артериального давления, как систолического, так и диастолического.

Уже одно погружение в гипнотическое состояние еще до дачи соответствующих лечебных внушений вызвало у 45 больных падение артериального давления на 7—25 мм рт. ст. систолического и на 10—15 мм рт. ст. диастолического. У 20 человек погружение в гипнотическое состояние не изменило артериального давления, а у 15 других оно в начале сеанса даже несколько поднималось (на 7—5 мм рт. ст.) и только к концу сеанса падало (на 10—15 мм рт. ст.). Артериальное давление вообще снижалось тем больше, чем глубже и быстрее наступал гипнотический сон. Увеличивая длительность гипнотических сеансов, можно было вызвать более выраженное падение артериального давления.

Таким образом, одно лишь погружение в гипнотическое состояние действовало нормализующим образом на артериальное давление больного. Внушая больному чувство покоя и другие положительные эмоции, удавалось еще на 5—10 мм рт. ст. понизить артериальное давление, приблизить его к возрастной норме. У некоторых больных исследовалось состояние капилляров, производились микрофотограммы капилляров. При этом оказалось, что во время сеанса гипноза у больных гипертонической болезнью возникает расширение капилляров. Интересно отметить, что при пониженном артериальном давлении (гипотонии), которое часто наблюдается у больных бронхиальной астмой, в гипнозе, наоборот, наступал спазм капилляров и возникало повышение артериального давления. Эти наши наблюдения подтверждаются также исследованиями А. И. Картамышева (1957).

Внушая в гипнотическом сне отрицательные эмоции, также получали у больных гипертонической болезнью спазм капилляров и повышение артериального давления. Спазм сосудов руки при внушении, что производится болезненный укол, вызывал измене-

но ние плетизмограммы (как и при действительном уколе) как в гипнотическом состоянии, так и наяву (рис. 28), и, наоборот, при внушении нечувствительности кожи натуральный укол не вызывал изменений плетизмограммы (рис. 29).

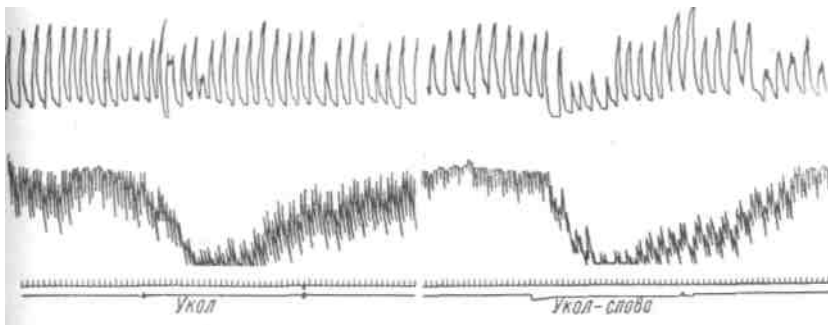


Рис. 28. Плетизмограмма больной М.

На плетизмограмме выявляется спазм сосудов руки при внушении «произведенного болезненного укола». Такой же спазм возникает и при действительном уколе, Плетизмограмме соответствует изменение дыхания (верхняя кривая).

Внушение положительных эмоций либо не отражалось на состоянии капилляров и артериального давления, либо лишь незначительно снижало его. Внушение чувства страха вызывало резкий

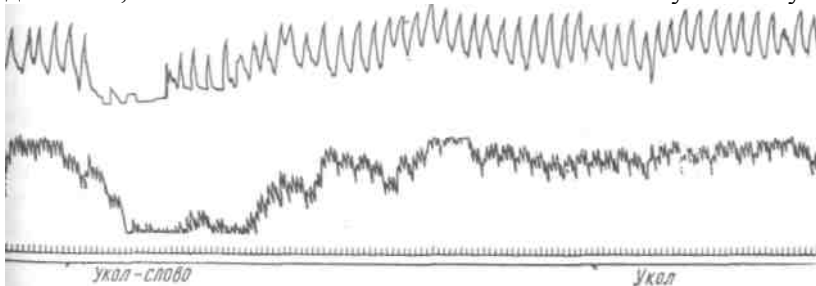


Рис. 29. При внушении нечувствительности кожи действительный укол перестает вызывать изменение плетизмограммы, в то время как внушенный укол по-прежнему оказывает действие, вызывая спазм сосудов и изменение дыхания (верхняя кривая).

спазм капилляров и значительное повышение артериального давления (рис. 30).

В начале лечения, после пробуждения, артериальное давление, как правило, начинало снова повышаться и только после 5—8 сеансов оставалось более стойко пониженным по сравнению с исходными цифрами.

После 5—10 сеансов отмечалось улучшение общего состояния наших больных — исчезали бессонница, головные боли, тяжесть

171

в затылке, головокружение, тошнота. Настроение становилось жизнерадостным, устранялось чувство тревоги за состояние своего здоровья, исчезала слезливость.

Анализируя полученные лечебные результаты, нужно отметить, что лучшие показатели эффективности психотерапии были получены у больных первой группы, у которых проводилось комплексное лечение. У больных второй группы, которым проводилась только гипнотерапия, эффект был несколько слабее (сравнительные данные приведены в табл. 8). Механизм терапевтического действия гипнотерапии у больных гипертонической болезнью остается еще недостаточно ясным. Повидимому, при иррадиации гипнотического торможения достаточной интенсивности гасятся «очаги застойного возбуждения» в коре головного мозга и нормализуется ее деятельность. Фактором же, вызывающим расстройство высшей нервной деятельности у гипертоников, часто являются, как теперь установлено, многочисленные психические травмы и отрицательные эмоции. Неоднократно погружая боль-

Таблица 8

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

Способ лечения	Количество	Результаты лечения		
		ремиссия	улучшение	без эффекта

Комплексная терапия	80	48	15	17
Гипнотерапия	80	45	15	20

Примечание. $X^2 = 0,2$; $P > 0,1$. Статистический анализ указывает на отсутствие достоверного различия в эффективности комплексной терапии (медикаменты и гипноз) в гипнотерапии в «чистом виде». Это объясняется подбором больных на гипнотерапию (неэффективность предыдущего медикаментозного лечения).

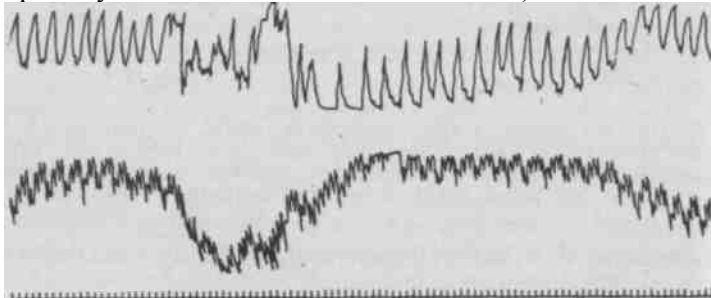


Рис. 30. На плетизмограмме отчетливо виден спазм сосудов руки при внушении испытуемому чувства страха, сопровождаемый изменением дыхания.

ного в гипнотическое состояние, добиваются выработки новых условных рефлексов и тормозятся или гасятся старые, прочно закрепившиеся условные патологические связи (Н. Т. Ковалева, 1970).
172

Таблица 9

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

Количество сеансов	Результаты лечения		
	ремиссия	улучшение	без эффекта
40	45	16	4
30	26	8	8
20	12	4	10
10	10	2	15
Итого...	93	30	37

Примечание. $X^2=31,1$; $Y<0,002$.

Статистический анализ указывает на достоверность зависимости эффекта гипнотерапии от количества проведенных сеансов (чем больше было проведено сеансов, тем лучше оказались результаты лечения).

173

Следует подчеркнуть, что, достигнув с помощью гипнотерапии первоначального снижения артериального давления, нельзя прекращать курс лечения, так как выработанные новые условные

связи еще не прочны и только длительным последующим лечением можно закрепить достигнутые положительные результаты. Практически следует после массированного-курса в 25—30 сеансов гипнотерапии, проводимых через день, постепенно удлинять интервалы между сеансами, проводя их сначала через 2—3 дня, затем дней через 5, затем через 7, а потом и 10 дней.

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

В результате применения большого количества сеансов гипнотерапии и воздействия внушением нами получены следующие результаты: так, из 160 больных стойкая и длительная ремиссия получена у 93 человек, из которых 40 вернулись к труду. Ремиссия гипертонической болезни у 35 человек прослежена от 1^х/₂ до 2 лет; у 21 человека — от 1 года до 1¹/₂ лет, и у 37 — от 1¹/₂ лет до 1 года.

Значительного улучшения состояния удалось добиться у 30 человек. Больные этой группы избавились от тошноты и головокружений, у них также снизилось артериальное давление, приближаясь к возрастной норме, но не достигнув ее. Больные вернулись к трудовой деятельности

Только у 37 из 160 больных не получено эффекта от применения гипнотерапии. Следует отметить, что больные этой группы оказались маловнушаемыми.

Зависимость эффективности гипнотерапии от количества проведенных сеансов выступает в наших исследованиях достаточно отчетливо (табл. 9).

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

Однако очень часто сеансы гипнотерапии проводить не рекомендуется, так как известно, что при слишком частом повторении условный рефлекс постепенно начинает угасать и в конце концов может совершенно угаснуть. Скорость торможения условного рефлекса зависит от частоты повторений сеансов и типа высшей нервной деятельности больного. В связи с этим рекомендуется проведение лечебных гипнотических сеансов не чаще чем через день. Кроме того, и глубина гипнотического сна также подчинена условно-норефлекторному механизму, а потому начинает падать при слишком частом, несколько раз в день или ежедневном его проведении.

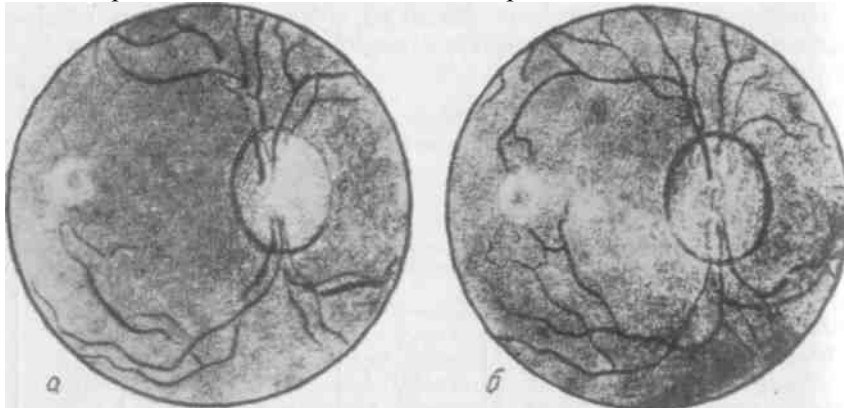


Рис. 31. Фотограмма глазного дна больного Д.

a — ангиопатия сетчатки. Гипертоническая болезнь II А стадии. Мозговая форма (до лечения); *б* — нормальное глазное дно (после курса гипнотерапии 30 сеансов).

Однако общее количество не часто повторяемых сеансов должно оставаться по возможности большим.

Показателями эффективности гипнотерапии служили: 1) степень падения артериального давления и стойкость наступившего эффекта; 2) регресс патологических изменений сосудов глазного дна (рис. 31); 3) длительность улучшения общего состояния больного. Учитывались также отзывы самих больных о результатах проведенного лечения.

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

Длительность лечения обеспечивалась тем, что больные и после выписки из стационара продолжали амбулаторно еще некоторое время посещать кабинет гипнотерапии. Катамнестическое наблюдение за больными продолжалось и после выписки их из клиники в

течение 1—2 лет.

В качестве иллюстрации приведем краткую выписку из истории болезни.

174

Больная Д., 58 лет, служащая. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, невращения. Впервые повышение артериального давления (240/110) было обнаружено в 1925 г. Появились головокружения, пульсация в висках, тошнота, стала возникать головная боль в затылочной области. К тому же периоду относятся повышенная раздражительность, слезливость, сердцебиения и боли в области сердца. Больная неоднократно, но без положительного результата находилась на излечении в различных стационарах. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых психических травм. За последние 3 года головные боли приобрели упорный характер, усилились тошнота и боли в сердце, появилась рвота и чувство удушья. Состояние прогрессивно ухудшалось — сначала после развода с мужем, а затем в связи с гибелью второго мужа на фронте. Поступила 2/III 1954 г. на стационарное лечение в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. В клинике состояние не улучшалось, несмотря на активную медикаментозную терапию, и больная была направлена 25/III 1954 г. на гипнотерапию. Объективно: больная среднего роста, правильного сложения. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа чистые, бледные. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. Перкуторно границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены. Умеренно выраженный функциональный систолический шум на верхушке сердца. Артериальное давление — 220/120 мм рт. ст. Дыхательная, пищеварительная, мочеполовая системы без особенностей. Симптомов поражения центральной нервной системы не обнаружено. Вазомоторная лабильность, эмоциональная неустойчивость. Внушаемость резко повышена (3-й и 4-й приемы на внушаемость отчетливо положительны).

Клиническое исследование крови: эр. 4 030 000, Нв 75%, цветовой показатель 0,9, л. 6800 (э. 1%, мон. 2%); РОЭ — 7 мм в час. Анализ мочи: цвет — соломенно-желтый, удельный вес — 1010; белок — следы; реакция — кислая; л. 3—5—8 в поле зрения, эр. нет, цилиндров гиалиновых нет; эпителий цилиндрический — 0—1—3 в поле зрения; эпителий плоский — 0—1—3 в поле зрения; слизь в значительном количестве. Реакция Вассермана в крови отрицательная. ЭКГ — гипертрофия левого желудочка, умеренно выраженная. Рентгескопия органов грудной полости — умеренно выраженная эмфизема легочных полей. Легочный и корневой рисунок без особенностей. Сердце умеренно гипертрофировано за счет левого желудочка. Сокращения сердца укороченной амплитуды. Аорта равномерно расширена, развернута, несколько уплотнена. Исследование глазного дна: выраженная ангиопатия сосудов сетчатки.

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

Все вышеизложенное позволяет заключить, что гипнотерапия при лечении больных гипертонической болезнью является физиологически обоснованным методом лечения. Гипнотерапия вызывает достаточный эффект даже у тех больных, которым не помогает обычное медикаментозное лечение; так, из 160 больных гипертонической болезнью стойкая ремиссия получена у 93, а улучшение — у 30 больных; применения гипнотерапии оказалось неэффективным у 37 больных.

СТЕНОКАРДИЯ

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

175

травм и тяжких переживаний, так и длительно действующих отрицательных эмоций. Неврогенный механизм спазма коронарных сосудов при стенокардии в настоящее время не вызывает сомнений. Подтверждением этого может служить внезапное возникновение приступа и столь же быстрое прекращение его. Общеизвестно, что психическое и физическое перенапряжение ведет к приступам стенокардии.

Возможно, что иногда атеросклероз венечных артерий является следствием, а не причиной

стенокардии. Известны многочисленные клинические наблюдения о возникновении стенокардии у очень молодых людей, которые вне всякого сомнения не страдали атеросклерозом. На секции таких больных, умерших от стенокардии, никаких атеросклеротических изменений не обнаруживалось. Кроме того, известны многочисленные факты, когда, несмотря на выраженный атеросклероз венечных артерий, никаких приступов стенокардии у больных не было. Наконец, описаны случаи, когда у много куривших молодых людей возникали приступы стенокардии («никотиновая жаба»), которые прекращались, как только больные оставляли курение табака. Учитывая сосудосуживающее действие никотина, появление стенокардитических болей у этих людей можно объяснить спазмом венечных артерий.

Итак, стенокардия может возникнуть и при отсутствии атеросклероза венечных артерий; с другой стороны, одного атеросклероза часто бывает недостаточно для того, чтобы вызвать данное заболевание.

До работ К. М. Быкова, Б. И. Лаврентьева, Б. А. Долго-Сабу-рова и др. (1947) среди клиницистов держалось представление Ленандер-Вебера, отвергавшее всякую болевую чувствительность внутренних органов ввиду отсутствия у них специальных рецепторов. В настоящее время это представление отвергнуто, так как доказано наличие барорецепторов и хеморецепторов во внутренних органах, в том числе и в сердце.

Таким образом, спазм венечных артерий может повести к раздражению барорецепторов, а концентрация недоокисленных продуктов в ишемизированном участке сердца — к раздражению хеморецепторов. Патологические импульсы из сердца от этих интеро-рецепторов достигают коры головного мозга и вызывают ощущение боли.

Доказательством того, что боль является функцией коры больших полушарий, является возможность выработки условных рефлексов на чувство боли, а также на то, что боль может быть легко устранима внушением как наяву, так и особенное гипнозе. И. П. Павлов писал: «В гипнозе мы словом-раздражителем вызываем анестезию, анальгезию...» (1951).

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

176

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

Поражение венечных артерий атеросклеротическим процессом ведет, по мнению Н. И. Сперанского и В. И. Островской (1956), к раздражению окончаний вазомоторных нервов в стенке измененных сосудов и создает склонность к спазму артерий (классическая форма стенокардии).

По мнению Г. Ф. Ланга (1957), грудная жаба является результатом взаимодействия как ангионевротического, так и анатомического факторов в различных соотношениях. При резко проявляющемся ангионевротическом факторе приступы стенокардии могут возникать и при совершенно здоровых коронарных сосудах сердца. В других случаях при больших анатомических изменениях в стенках сосудов достаточно и слабо выраженных расстройств нервной регуляции кровообращения для того, чтобы вызвать приступ стенокардии.

Мы являемся сторонниками кортико-висцеральной теории этиологии и патогенеза стенокардии, ибо роль коры больших полушарий головного мозга в возникновении приступов стенокардии подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями. Так, И. И. Сперанским (1956) были описаны приступы стенокардии, возникающей по условнорефлекторному механизму. •

Такого рода приступы неоднократно наблюдались и нами.

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

И. И. Сперанский и В. И. Островская (1956) провели интересное исследование, объективно отмечавшее роль и значение эмоционального фактора в возникновении приступа стенокардии. Авторы накладывали электроды электрокардиографа на больного и производили непрерывную запись ЭКГ и одновременно собирали тщательный анамнез, фиксируя внимание обследуемого к условиям первого сильного припадка. При воспоминаниях о бывших ранее психических травмах у больного появлялись боли в области сердца; эти боли носили типичный характер сжимающей

боли у 15 больных. У 8 больных были при этом объективно отмечены изменения электрокардиограммы. Так, у одного больного при воспоминаниях о служебных неприятностях возникали приступы стенокардии, сопровождавшиеся электрокардиографическими изменениями (выраженное смещение линии S—T ниже изоэлектрической линии по сравнению с контрольной электрокардиограммой). Эти наблюдения нам кажутся особенно убедительными.

177

О корковом происхождении стенокардии свидетельствует и «чувство смертельного страха», испытываемого больным во время приступа. Известное значение в возникновении этого чувства страха имеет та невольная иатрогения, которую нередко вызывает врач, ставя устрашающий диагноз грудной жабы. По-видимому, давно следует перестать пользоваться этим термином.

Нами лечение гипнозом стенокардии было начато с 1953 г., под наблюдением находилось 30 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии 1 ЛМИ имени акад. И. П. Павлова.

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

Явления функционального расстройства нервной системы наблюдались у 20 больных. У 15 из 30 наших больных отмечалась гипертоническая болезнь (I и II стадий), у 5 — бронхиальная астма, у 4 — хронический холецистит. Большинство наших больных были эмоционально лабильны, страдали упорной бессонницей, запорами. Длительно курили 20 человек, а 8 злоупотребляли алкоголем. У 25 больных заболеванию стенокардией предшествовал ряд тяжелых психических травм и переживаний, длительно действовавших отрицательных эмоций. Следует отметить, что большинство больных выполняли работу, требовавшую большого эмоционального напряжения, и вели сидячий образ жизни, пренебрегали спортом, мало ходили.

Гипнотерапия проводилась преимущественно тем больным, у которых обычная медикаментозная терапия успеха не имела. В процессе лечения были выработаны показания для гипнотерапии, к числу которых относятся: 1) отсутствие при электрокардиологических и рентгенологических исследованиях значительных органических изменений в сердце и крупных сосудах; 2) зависимость начала заболевания стенокардией от ряда психических травм и отрицательных эмоций; 3) достаточная внушаемость больного, выявленная в процессе предварительного обследования, а также отсутствие предубеждения против гипнотерапии; 4) наличие условно-рефлекторного механизма и возникновение повторных приступов стенокардии; 5) наличие сопутствующих проявлений функционального расстройства нервной системы.

Все больные обследовались в клинике до лечения, во время лечения и после окончания курса гипнотерапии. Сеансы гипнотерапии длились 40 мин и проводились через день. Курс лечения состоял из 10—20 сеансов. Как правило, первые 5 сеансов были индивидуальными, а последующие, с согласия больных, коллектив-

178

ными. При лечении больных стенокардией мы не стремились получать особенно глубокие степени гипнотического сна. Наши внушения проводились в легких степенях гипноза (I—II степень его глубины) и часто носили не столько императивный, сколько разъяснительный характер. Следует отметить, что во избежание неприятных ощущений при дегипнотизации ее следует проводить очень медленно. По степени глубины гипнотического сна наши больные распределялись следующим образом: гипноз I степени — 12 человек; II степени — 10 человек; III степени — 5 человек; гипноз не развился у 3 человек.

После внушений, направленных на улучшение общего самочувствия и на углубление ночного сна, мы переходим к внушениям, направленным на улучшение работы сердца. Формула специальных внушений, применявшаяся нами при лечении больных стенокардией, была примерно следующей: «С каждым днем, с каждым последующим сеансом Вы будете замечать, что Ваше сердце работает все ритмичнее, все правильнее. .. Исчезают боли и неприятные ощущения в области сердца! . . . Исчезает страх за состояние Вашей сердечной деятельности. Вы перестаете фиксировать Ваше внимание на деятельности сердца... перестаете прислушиваться к его работе... Вы не будете больше считать свой пульс. Никакая физическая нагрузка, никакие волнения, тревоги, огорчения не будут действовать на работу Вашего сердца отрицательно. Сердце работает

правильно ' и безболезненно как днем, так и ночью и будет работать |в любой обстановке... при любых условиях... Вы перестаете волноваться за состояние своей сердечной деятельности. Ваше сердце ; Достаточно здоровое, крепкое, сильное!.. Вы совершенно избавляетесь от всяких болей, замираний и других неприятных ощущений

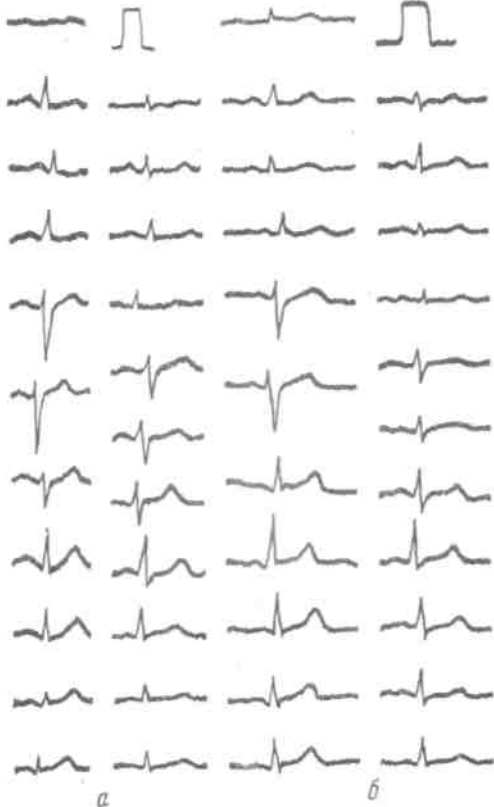


Рис. 32. Электрокардиограмма больной Л., 50 лет, леченной гипнозом. Атеросклероз коронарных артерий. Стенокардия напряжения.

а — до лечения; б — после лечения.

179

со стороны сердца!.. Вы выздоравливаете! Вы поправляетесь!» и т. д.

Конечно, эта примерная формула является лишь общей схемой для построения лечебных внушений, которые следует проводить с учетом индивидуальности больного и особенностей его болезненных ощущений.

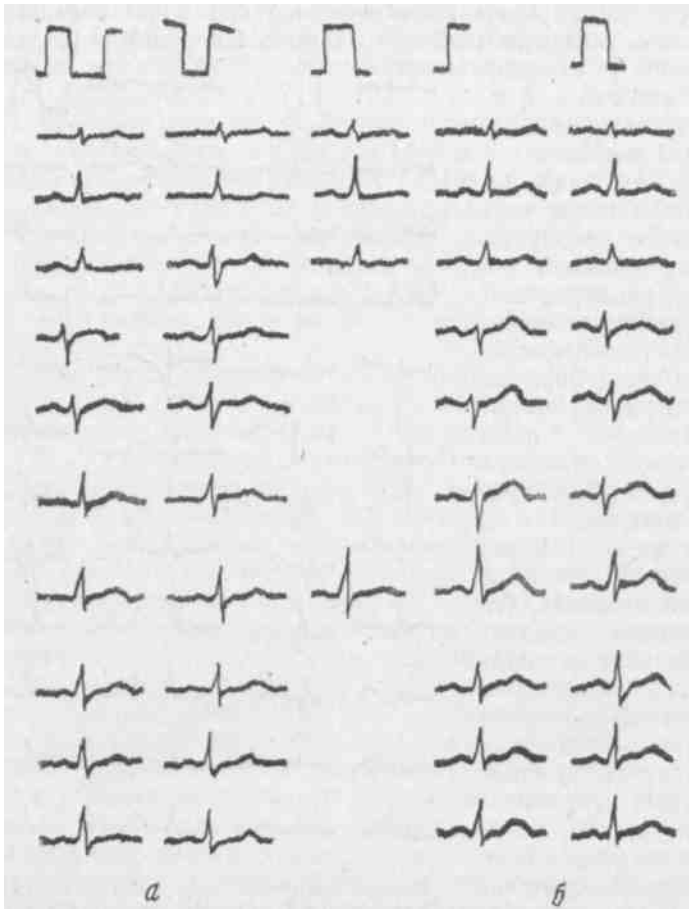


Рис. 33. Электрокардиограмма больной Н., 47 лет, леченной гипнозом по поводу коронарного атеросклероза, стенокардии напряжения.

а — до лечения гипнозом; *б* — после курса гипнотерапии.

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

180

Эффективность гипнотерапии больных стенокардией определяли на основании данных клинических и инструментальных (лабораторных) исследований до лечения, во время его проведения и после окончания под контролем ЭКГ в динамике (рис. 32 и 33).

Фиксировалась также частота приступов стенокардии, их длительность и интенсивность, быстрота купирования. Учитывалась также длительность ремиссии после курса гипнотерапии.

Из субъективных данных принималось во внимание личное впечатление больного, его родственников и лечащего врача о результатах проведенного лечения. После курса гипнотерапии больные охотно являлись по нашему вызову на обследование, а также систематически писали нам.

Для иллюстрации эффективности гипнотерапии при стенокардии приводим краткие выписки из истории болезни некоторых наших больных.

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

Заболел в 1954 г., когда впервые почувствовал сильные боли за грудиной и в области сердца, иррадиировавшие в левую руку и сопровождавшиеся чувством дурноты и «страхом смерти». Боли купировались валидолом и нитроглицерином. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых психических травм и переживаний. В 1941—1943 гг. перенес контузию головного мозга с последующей отслойкой сетчатки (угроза полной потери зрения). В дальнейшем по выписке из госпиталя возникли нервные переживания в связи с неудачной семейной жизнью. Незадолго до первого приступа стенокардии возникли новые переживания, — резко ухудшилось зрение. Больной тяжело переживал свою инвалидность. При поступлении в клинику объективно: больной

среднего роста, правильного сложения. Кожа и видимые слизистые бледные. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Видимых пульсаций на шейных сосудах и в эпигастральной области нет. Сердечный толчок в пятом межреберье по сосковой линии слева. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца умеренно приглушены, шумов и акцентов нет. Пульс 72 в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Число дыханий 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: чистое, везикулярное дыхание. Органы брюшной полости и мочеполовой сферы без патологии. Со стороны нервной системы симптомов органического поражения не выявлено. Больной эмоционально неустойчив, повышено внушаем (пробы на внушаемость 3-я и 4-я резко положительные). Заключение окулиста: острота зрения на левый глаз — 0,01, на правый глаз — 0. Среды передней камеры глаза прозрачны. Глазное дно: расширены и извиты венозные сосуды, артерии резко сужены; соски зрительных нервов с резкими контурами, бледно-розовые; очаговые изменения, отслойка сетчатки. Анализы и исследования. Исследование крови: эр. 4 500 000, НЬ 75%, Цветовой показатель 0,9, л. 5450 (б. 0,5%, э. 1%, п. 1,5%, с. 73%, лимф. 20%, мон. 4%); РОЭ 11 мм в час. Рентгенокопия органов грудной полости: диафрагма свободно подвижна; легочный и корневой рисунок без патологических изменений; слегка повышена прозрачность легочных полей; сердечно-сосудистая тень в норме. Электрокардиограмма: синусовый ритм; число сердечных сокращений 68 в минуту; отклонение электрической оси сердца влево; вольтаж зубцов низкий, положительный при вдохе. Заключение: гипертрофия левого желудочка, некоторая коронарная недостаточность в области питания левой коронарной артерии. Лечение: перед направлением на гипнотерапию получал Дибазол, люминал, папаверин 3 раза в день по 0,03 и 1% бром. При приступах — Валидол, нитроглицерин. Ввиду недостаточной эффективности медикаментозного лечения направлен на гипнотерапию. Гипнотерапия — 15 сеансов на курс.

181

После 5-го сеанса прекратились приступы болей за грудиной и чувство страха. После 9 сеансов исчезла бессонница. Появился аппетит. Повысилось настроение. Ремиссия прослежена в течение полугода. Рецидива не наступило (наблюдение П. И. Буля).

Больной Г., 42 лет, поступил в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 4/IV 1956 г. с диагнозом: стенокардия, атеросклероз коронарных артерий, функциональное расстройство нервной системы. Болен с января 1953 г., когда впервые стали возникать сжимающие боли за грудиной и в области сердца. Первый приступ болей сопровождался иррадиацией боли в левую лопатку и левую руку, при этом возникало чувство страха и тоскливого настроения. Лечился амбулаторно. Боли купировались приемами нитроглицерина. Началу заболевания предшествовал ряд тяжелых переживаний (по халатности больного произошла авария на производстве) и длительных отрицательных эмоций: постоянные нелады с женой и дочерью. С 1954 г. больной неоднократно лечился в различных стационарах, выписывался с улучшением, но светлые промежутки держались всего 2—3 месяца, после чего снова начинались загрудинные боли. Вначале нитроглицерин помогал хорошо, приступы купировались, но вскоре нитроглицерин перестал оказывать купирующее действие. 3/IV 1956 г. после новой сильной психической травмы развился еще более выраженный приступ стенокардии, и больной был доставлен сантранспортом в клинику госпитальной терапии. Объективно: больной правильного сложения, кожа и видимые слизистые нормального цвета. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пульсаций каротид и в эпигастральной области нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Пульс — 88 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца немного расширены влево. Тоны сердца приглушены. Акцент второго тона на аорте. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: везикулярное дыхание. Со стороны других органов патологических изменений не обнаружено. Больной контактен, эмоционально неустойчив. Данных за органическое поражение центральной нервной системы нет. Больной хорошо внушаем (пробы 4-я и 5-я на внушаемость — положительные). Анализ крови: эр. 4 060 000, НЬ 75%, цветовой показатель 0,9, л. 6700 (э. 2%, с. 77%, лимф. 16% мон. 3%); РОЭ 10 мм в час. Рентгенокопия грудной полости: диафрагма свободно подвижна, левый купол диафрагмы стоит выше правого; легочный и корневой рисунок без изменений; сердце нормальной конфигурации, несколько увеличено за счет левого желудочка; аортальная тень в пределах нормы. Электрокардиограмма: коронарная недостаточность в области снабжения левой коронарной артерии. Лечение: до направления на гипнотерапию больной получал папаверин с люминалом по 0,03 и диуретин 0,75 (по Г порошок 3 раза в день), раствор 1% нитроглицерина (2—3 капли на

язык при приступах; валидол; раз в сутки инъекции камфоры 20% по 3,0; раствор 1% брома по 1 столовой ложке 3 раза в день. Ввиду неэффективности медикаментозного лечения направлен на гипнотерапию. Гипнотерапия начата 28/VI 1956 г. После 7-го сеанса прекратились боли за грудиной, исчезло чувство страха. Прекратились иррадиации болей в левую лопатку и руку. После 8-го сеанса стал хорошо спать, появился хороший аппетит, улучшилось настроение. Курс гипнотерапии составил 18 сеансов. Больной был выписан из клиники в хорошем состоянии. Ремиссия прослежена, в течение IV₂ лет (наблюдение П. И. Буля).

Как уже указывалось, все наши больные проходили клиническое обследование, и диагноз стенокардии подтверждался электрокардиографически, причем в процессе лечения ЭКГ снималась повторно, в динамике. У ряда больных при этом регистрировались заметные положительные сдвиги ЭКГ под влиянием гипнотерапии.

С начала курса гипнотерапии у 15 наших больных была отменена вся медикаментозная терапия ввиду ее неэффективности, 15 других больных получали смешанную, комплексную терапию с применением медикаментозных средств и гипнотерапии. Анализ эффективности различных видов лечения показал известное преимущество

182

комплексной терапии по сравнению с гипнотерапией, проводимой в «чистом виде».

Касаясь клинической характеристики наших больных стенокардией, мы должны отметить, что все они по тяжести заболевания были распределены на две группы.

Первая группа состояла из 13 человек, у которых заболевание протекало в более легкой форме, чем у больных, отнесенных ко второй группе. Вторая группа состояла из 17 больных, страдавших стенокардией в тяжелой форме. Критерием тяжести состояния больных служила совокупность ряда показателей. Одним из показателей тяжести заболевания мы считали частоту приступов стенокардии, их длительность и интенсивность болевого синдрома. Состояние тех больных, у которых приступы болей за грудиной возникали не чаще раза в сутки, мы считали легким. Приступы болей в области сердца, возникавшие у наших больных по нескольку раз в сутки и плохо купирувавшиеся нитроглицерином, мы рассматривали как показатель тяжелого течения стенокардии. На основании наших, правда малочисленных, наблюдений нам не удалось отметить прямой связи между стенокардией и атеросклерозом венечных артерий у наших больных. Как уже указывалось выше, мы не усматриваем закономерного количественного соотношения между наличием и степенью коронарного атеросклероза и стенокардией. Однако ввиду частого сочетания стенокардии и коронарного атеросклероза мы считали возможным относить случаи стенокардии, осложненные атеросклерозом, ко второй группе заболеваний, протекающих более тяжело. Таким образом, все 17 человек второй группы сочетали заболевание стенокардией с более или менее выраженным атеросклерозом венечных артерий. У 13 больных первой группы болевой синдром не сопровождался тягостным чувством страха смерти или был выражен несильно. У всех 17 больных второй группы чувство смертельного страха было выражено в сильной степени. У больных первой группы при электрокардиографическом исследовании отмечались отчетливые изменения ЭКГ во время приступа и вскоре после него в виде смещения линии S — T ниже изоэлектрической линии в I и II отведениях. Нередко также отмечалось появление двухфазного или отрицательного зубца T (однако эти изменения носили временный характер и быстро исчезали). У больных второй группы изменения электрокардиограммы носили более стойкий характер — их можно было обнаружить после приступа еще в течение 10—15 мин. Подобные же изменения электрокардиограммы у больных стенокардией второй группы можно было получить, заставляя их выполнять ту или иную физическую нагрузку. У больных первой группы подобным путем нельзя было получить изменений ЭКГ. У всех больных второй группы имели место сопутствующие заболевания в виде гипертонической болезни (15 человек) или бронхиальной астмы (2 человека). У больных стенокардией в первой группе сопутствующего заболевания гипертонической болезнью не было. У всех больных первой группы были явления функционального расстройства нервной системы. Кроме того, среди

183

больных первой группы 3 человека страдали бронхиальной астмой и 4 — хроническими холециститами.

В результате лечения больных стенокардией суггестивной психотерапией были получены следующие результаты: 1) из 30 больных стойкая ремиссия получена у 20, у 13 больных она длится от полгода до года и у 7 — от 1 года до 2 лет; 2) у 5 больных получено улучшение, исчезли или стали слабее в своей интенсивности приступы болей. У некоторых больных боли остались, но

полностью исчез страх смерти, наладился сон; 3) у 5 больных эффекта от применения гипнотерапии выявлено не было. Следует отметить, что эти больные оказались маловнушаемыми. При анализе результатов лечения внушением в состоянии легкого гипнотического сна следует отметить тот факт, что у лиц, страдавших тяжелой формой стенокардии, наблюдалось наибольшее количество неудовлетворительных результатов. Так, из 13 больных первой группы только у 1 больного не наступило эффекта от лечения. Из 17 больных второй группы эффекта не было у 4 человек.

Все вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы: 1) гипнотерапия является методом, физиологически обоснованным при лечении больных стенокардией. Внушение и гипноз показаны тем больным, для которых обычная медикаментозная терапия недостаточно эффективна; 2) при лечении внушением и гипнозом больных стенокардией нет необходимости добиваться глубоких степеней гипнастического торможения. Внушения следует строить не только в императивных тонах, но и в виде убеждения, разъяснения; 3) лечение суггестивной психотерапией достаточно эффективно. Комплексное лечение, сочетающее воздействие медикаментозными средствами и гипнотерапию, дает наилучший результат.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

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

В России изучение этиологии и патогенеза бронхиальной астмы началось с середины прошлого столетия. А. Родосский (1863) представлял бронхиальную астму как заболевание целостного организма. Автор писал, что в основе страдания лежит невроз центральной нервной системы. Он создал рефлекторную теорию возникновения бронхиальной астмы, придавая важное значение психическим переживаниям и отрицательным эмоциям. При существующем уже предрасположении моральные потрясения — гнев, испуг, оскорбленное самолюбие, неудовлетворенные страсти, усиленные напряжения — легко вызывают астматические припадки.

В дальнейшем эта же мысль нашла свое развитие в работах С. П. Боткина (1910). Опираясь на работы русских физиологов и клиницистов, используя свой большой клинический опыт, советские ученые — П. К. Булатов (1947), М. В. Черноуцкий (1947), а также Л. Л. Васильев (1953), Ю. П. Фролов (1949) и другие — развили и обогатили наши представления о бронхиальной астме, создав кор-

184

тико-висцеральную теорию этиологии и патогенеза этого заболевания.

В нашей работе бронхиальная астма рассматривается как нейро-висцеральное заболевание. Хронический токсикоинфекционный очаг, локализованный в легких, вызывает длительное раздражение интерорецепторов, находящихся в слизистой бронхов. Отсюда могут взять начало патологические интерорецептивные рефлексы, вызывающие спазм сенсibilизированной мускулатуры бронхов и усиленную секреторную деятельность бронхиальных желез, что и приводит к затруднению легочной вентиляции, к астматическому приступу. На почве таких безусловных интерорецептивных рефлексов могут легко образовываться, следуя законам высшей нервной деятельности, различные экстерорецептивные условные рефлексы, которые в свою очередь начнут вызывать и поддерживать астматическое состояние. Они продолжают действовать даже тогда, когда первичный безусловный раздражитель, вызывавший их токсикоинфекционный очаг в легких, уже перестал существовать. Нервные центры, регулирующие функцию бронхов, их гладкую мускулатуру, а также бронхиальные железы располагаются не только в продолговатом и промежуточном мозге, но и в коре больших полушарий головного мозга. Под влиянием длительно существующих патологических импульсов со стороны интерорецепторов бронхов в этих центрах может возникать состояние застойного возбуждения, — иными словами, парабриотического возбуждения по Н. Е. Введенскому. «Конstellация таких длительно совозбужденных центров, находящихся на различных уровнях центральной нервной системы, представляет собой не что иное, как патологическую доминанту, под влиянием которой может поддерживаться в мышечных и железистых элементах бронхов состояние патологической активности» (П. К. Булатов, 1950).

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

В настоящее время для объяснения механизма астматического приступа предложено несколько гипотез, основанных главным образом на клинических наблюдениях. В представлении одних ученых главным в механизме приступа является спазм гладкой мускулатуры бронхов, а по

мнению других — отделение слизи в просвет бронхов, наступающее благодаря гиперсекреции бронхиальных желез; третьи объясняют приступ расширением сосудов и набуханием слизистой оболочки бронхов, а также ее отеком. По нашему представлению, развитие астматического приступа определяется сочетанием этих трех факторов, однако ведущим из них является спазм мускулатуры бронхов.

Применение гипнотерапии при бронхиальной астме до сих пор носило эпизодический характер. Впервые гипнотерапия больных бронхиальной астмой была применена в 1888 г. Wetterstrand (1888),

185

который проследил отдаленные результаты лечения на протяжении 3 лет у 2 больных. В. М. Белоус (1925), признавший большое значение переживаний и самовнушения в возникновении бронхиальной астмы, успешно применил гипноз при лечении 10 больных. У одного из них автор наблюдал после гипнотерапии ремиссию на протяжении 6 лет. К сожалению, отдаленных результатов лечения остальных больных В. М. Белоус не приводит.

Ф. К. Меньшиков и А. Б. Маленкович (1953) сообщили результаты применения гипнотерапии у 8 больных бронхиальной астмой: у 4 больных приступы прекратились, у 2 больных эффекта от применения гипнотерапии авторы не получили, а лечение 2 других было прекращено из-за плохой гипнабельности больных. Хороший результат лечения у одной больной из 4 выздоровевших был прослежен 1½ года, у другой больной ремиссия длилась 11 месяцев, а третья не имела приступов после лечения гипнозом в течение полугода. Авторы приходят к выводу о том, что гипнотерапия даже без сочетания ее с лекарственными средствами может быть достаточно эффективна. Авторы наблюдали также ряд больных, у которых после безуспешной попытки лекарственного воздействия применение гипнотерапии дало быстрое и полное устранение астматического приступа.

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

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

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

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

Считая метод гипнотерапии при бронхиальной астме патогенетически обоснованным, учитывая физиологичность и безвредность его, мы предприняли работу, данные которой приводятся ниже.

Под нашим наблюдением с 1951 по 1972 г. было 200 больных бронхиальной астмой. 20 больных лечились амбулаторно. 180 боль-

186

ных находились на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Все эти больные прошли курс гипнотерапии, а затем на протяжении 3 лет нами были прослежены отдаленные результаты. Среди наших больных было 128 женщин и 72 мужчины. По возрасту и длительности заболевания больные распределялись следующим образом: в возрасте от 10 до 20 лет — 22 человека, от 21 года до 30 лет — 54, от 31 года до 40 лет — 71, от 41 года до 50 лет — 33, от 51 года до 60 лет — 20 человек; с длительностью заболевания до 1 года — 23 человека, от 1 года до 10 лет — 103, от 11 до 20 лет — 59, от 21 года до 30 лет — 10, от 31 года до 40 лет — 5 человек.

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

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

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

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

Больные распределялись по тяжести заболевания: легкая степень заболевания — 22 человека; средняя степень заболевания — 84 человека, тяжелая степень заболевания — 94 человека.

Из 200 больных, лечившихся суггестивной психотерапией, у 90 больных началу заболевания бронхиальной астмой предшествовали инфекционные болезни органов дыхания — грипп, пневмония, хронический бронхит и т. п. Разрешающим фактором, вызвавшим первый приступ бронхиальной астмы, у 102 больных были (острые инфекции органов дыхания или обострение хронической инфекции, наступавшее, как правило, под влиянием охлаждения. У 98 других больных разрешающим фактором были психические травмы, переживания, а также длительно действовавшие отрицательные эмоции. В качестве иллюстрации приведем две истории болезни.

Больная Х., 1908 г. рождения. Поступила в госпитальную терапевтическую клинику I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 13/X 1951 г. с диагнозом: бронхиальная астма, эмфизема легких. Заболела бронхиальной астмой в 1943 г. Первый приступ возник в момент чтения письма, в котором сообщалось о расстреле немецкими оккупантами ее сестры с мужем и ребенком. Приступы начали повторяться по 2—3 раза в ночь в строго определенное время. Больная просыпалась от удушья и принуждена была принимать сидячее положение. Уча-Щению приступов предшествовали то новые психические травмы (сообщение

187

о гибели мужа на фронте), то сложные жизненные ситуации (возвращение мужа, считавшегося погибшим).

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

Объективно: больная среднего роста, подкожно-жировой слой выражен слабо. Вес тела при поступлении — 47 кг. Видимые слизистые и кожа чистые, бледные, отмечается цианоз губ. Грудная клетка правильной формы. Жизненная емкость легких — 2200 см³. Пульс — 76 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глуховаты, шумов и акцента нет. Артериальное давление — 90/60 мм рт. ст. Видимых пульсаций нет. Число дыханий — 24 в минуту. Дыхание равномерное, затруднен выдох. При перкуссии над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушиваются сухие, множественные, свистящие хрипы. Язык чистый, живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка из-под края реберной дуги не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице с обеих сторон отрицательный. Больная эмоционально неустойчива, легко возбудима. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Глоточный и корнеальный рефлексы ослаблены. Выраженный тремор -рук, век, языка. Больная повышено внушаема (приемы на внушаемость 2-й и 3-й — положительные).

Кровь: НЬ — 58%, эр. 3 700 000, л. 5000, э. 5%, п. 2%, с. 60%, л. 31%, мон. 2%; РОЭ — 22 мм в час. При исследовании мокроты и мочи патологических изменений не обнаружено. В кале найдены яйца аскарид. Рентгеновское исследование: подвижность куполов диафрагмы резко ограничена. Оба купола диафрагмы стоят на уровне VIII ребра (счет сзади). Легочный и корневой

рисунок без изменений. Резко повышена прозрачность легочных полей. Сердце и крупные сосуды в норме. Во время пребывания в стационаре проведено 20 инъекций хлористого кальция внутривенно. Введено пенициллина 9 000 000 ЕД. Физиотерапия (кальциевый воротник по Щербаку) — 30 сеансов. Систематически получала эфедрин, теофедрин, бром. Для купирования приступов применялся адреналин 1 : 1000 по 0,1 мл. Несмотря на такое лечение, астматические приступы продолжали возникать по нескольку раз в сутки. С 20/X 1951 г. ввиду неэффективности медикаментозного лечения направлена на гипнотерапию. Всего проведено 28 сеансов гипнотерапии. После 5-го сеанса отмечено полное исчезновение приступов. Выписана из клиники 29/ХП 1951 г. в хорошем состоянии. При катamnестическом. обследовании через 2 года 3 месяца, выяснилось, что приступов астмы больше не было; кроме того, улучшилось общее самочувствие, стала спокойнее, наладился и углубился ночной сон, стал лучше аппетит (больная прибавила в весе 7 кг). Артериальное давление поднялось до 130/80 мм рт. ст. Жизненная емкость легких увеличилась до 3100 см³. Подвижность легочных краев увеличилась до 4—5 см. Рентгенологически — исчезла повышенная прозрачность легочных полей (наблюдение П. И. Буля).

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

Позволим себе в качестве примера привести еще одну историю болезни, из которой также отчетливо виден нейро-висцеральный механизм возникновения приступов бронхиальной астмы.

188

Больная Л., 1907 года рождения, поступила на лечение в госпитальную терапевтическую клинику I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 1/II 1952 г. с диагнозом: бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема легких. Заболела бронхиальной астмой в 1946 г. Незадолго до заболевания больная пережила психическую травму (дочь неудачно вышла замуж, единственный сын в результате ранений на фронте ослеп на оба глаза и потерял руку). Первый астматический приступ развился в момент ссоры дочери с мужем. В дальнейшем эти приступы участились и возникали до 10—12 раз в сутки (между приступами держалось астматическое состояние). Приступы обострялись в связи с простудой и гриппом. Позднее больная заметила, что приступы стали возникать тогда, когда в комнате находилась ее дочь, приготовлявшая пищу или перебирившая засыпанные нафталином вещи. Вскоре астматическое состояние стало возникать от одного запаха готовящейся пищи или нафталина, а затем и от других запахов (керосин, цветы и т. д.). В 1949 г. новое обострение болезни заставило больную лечь в стационар. В 1952 г. после двух подсадок ткани надпочечника по Румянцеву началось обострение болезни. Больная была направлена в терапевтическую клинику I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, где тяжелое состояние продолжалось, число астматических приступов доходило до 13 в сутки, инъекции адреналина перестали их купировать. Объективно: больная среднего роста, подкожно-жировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа бледного цвета, цианоз губ. Вес тела — 55 кг. Жизненная емкость легких — 2200 см³. Грудная клетка расширена, равномерно участвует в акте дыхания. Пульс — 70 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, шумов нет, артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Число дыханий — 21 в минуту; дыхание затрудненное, особенно выдох. При перкуссии над легкими — легочный звук с коробочным оттенком. Границы легких в пределах нормы. Подвижность легочных краев — 1 см. При выслушивании — множественные сухие хрипы различного тона. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Вазомоторная лабильность, эмоциональная неустойчивость, резко повышенная внушаемость (приемы 4-й и 5-й на внушаемость положительные). Клиническое исследование крови: НЬ 70%, эр. 4 117 000, л. 7000. Лейкоцитарная формула: э. 4%, п. 3%, с. 60,5%, лимф. 28%, мон. 4,5%; РОЭ 3 мм в час. В моче и мокроте патологических изменений не обнаружено. Рентгеноскопия: оба купола диафрагмы стоят на X ребре (счет сзади), подвижность их резко ограничена. Легочные поля эмфизематозны. Сердце увеличено за счет левого желудочка. Пульсация возбуждена. Лечение: больная во время пребывания в клинике получала препараты эфедрина, теофедрина, брома. Дважды была сделана подсадка вещества надпочечника, после чего наблюдалось обострение заболевания. За время пребывания в клинике получила 8 000 000 ЕД пенициллина. Ввиду непрекращающегося тяжелого астматического состояния направлена 2/III 1952 г. для гипнотерапии. После второго сеанса астматические приступы прекратились.

Для закрепления столь положительных результатов гипнотерапия продолжена. Следует отметить, что больная хорошо гипна-бельна (гипнотический сон второй степени глубины с явлениями частичной амнезии). С помощью гипнотерапии удалось не только прекратить возникновение астматических приступов, но и устранить отрицательное влияние на состояние больной перемен погоды и запахов. У больной улучшилось настроение, наладился сон и аппетит. Прибавила в весе 4 кг. Жизненная емкость легких повысилась до 3200 см³. Рентгенологически — исчезла повышенная прозрачность легочных полей. Увеличилась подвижность легочных краев до 4—5 см. Артериальное давление при выписке — 135/85 мм рт. ст. Больная вернулась к работе. При катанестическом обследовании выяснилось, что астматических приступов нет уже 2 года 4 месяца (наблюдение П. И. Буля).

При анализе данной истории болезни выступают психические травмы — как разрешающий фактор, вызвавший первый приступ бронхиальной астмы. В дальнейшем присоединяется условнорефлекторный механизм возникновения повторных приступов. Отчетливо

189

видно преимущество гипнотерапии перед обычными методами лечения.

При анализе наблюдений выяснилось, что у 160 больных повторные приступы бронхиальной астмы возникали от различных причин и только у 40 — от одной причины — обострения инфекции дыхательных путей.

Причины, вызвавшие возникновение повторных приступов бронхиальной астмы: обострение хронических инфекций дыхательных путей — 40; психические травмы, переживания, длительные отрицательные эмоции — 80; запахи, определенная обстановка — 30; физическая нагрузка — 6; вдыхание холодного воздуха и пыли — 4; скопление мокроты — 12; кашель, смех — 8; ночные приступы без видимой для больного причины — 20.

Следует отметить, что только 70 человек из 200 не болели пневмониями. У остальных 130 человек воспаление легких повторялось от 2 до 5 раз. Необходимо также подчеркнуть, что у 50% наших больных, которым проводилась суггестивная психотерапия, нервный фактор был разрешающим моментом, вызвавшим первый приступ бронхиальной астмы.

Гипнотерапия показана только тем больным, лечение которых обычными медикаментозными или физиотерапевтическими средствами не давало эффекта. Как правило, гипнотерапии подвергались только те больные, у которых не удавалось купировать астматические приступы даже инъекциями адреналина. Среди наших больных встречались лица, у которых, кроме бронхиальной астмы, были сопутствующие заболевания. Так, у 25 человек была гипертоническая болезнь в неврогенной стадии, у 1 имелась язвенная болезнь (язва желудка), у 26 — хронический холецистит, у 95 — выраженное функциональное расстройство нервной системы.

В зависимости от наличия или отсутствия у больных заболевания бронхов и легких мы распределяли их на две группы. В первую группу вошло 90 больных, не имевших, кроме бронхита, других осложнений со стороны дыхательного аппарата, а во вторую группу — 110 человек с различными заболеваниями. У всех больных этой группы наблюдалась эмфизема легких, особенно резко выраженная у 80, у 28 больных отмечалась хроническая пневмония без бронхоэктазов, а у 3 наблюдалась бронхоэктатическая болезнь.

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

Проведенные наблюдения позволили выработать следующие показания для направления на гипнотерапию больных, страдающих бронхиальной астмой: 1) отсутствие острых инфекционных процессов в органах дыхания (лечению гипнозом должны подвергаться только те больные, у которых острые инфекционные очаги ликвидированы антибиотиками, а астматические приступы тем не менее продолжают возникать); 2) достаточная внушаемость и гипнабельность больного, а также его желание лечиться гипнозом; 3) зависимость приступов бронхиальной астмы от психических травм, переживаний, длительно действующих отрицательных эмо-

190

ций; 4) наличие у больного условнорефлекторного механизма возникновения повторных приступов (зависимость их от определенных запахов, времени суток, определенной обстановки и т. п.); 5) наличие у больного, страдающего бронхиальной астмой, проявлений функционального расстройства нервной системы.

Перед лечением мы знакомили больного с характером его заболевания, разъясняли сущность гипнотерапии, подчеркивая полную ее безвредность, и в общих чертах рассказывали больному, что его ожидает при гипнотизации. Во время исследования больного выясняли степень его

внушаемости и после этого переходили к процессу гипнотизирования. Индивидуальные сеансы гипнотерапии длились около 30 мин, проводились через день. Курс лечения состоял из 10—30 сеансов. У 30 больных вначале проводилась индивидуальная гипнотерапия, а затем, с согласия больных, было продолжено их лечение на коллективных сеансах. Гипнотизация проводилась путем словесного внушения признаков сонливости, подкрепляемого, в зависимости от индивидуальных особенностей больного, воздействием специальных раздражителей на зрительный, слуховой и кожный анализаторы. Глубина развившегося гипнотического состояния регистрировалась актограммами и специальными тестами (учитывались степень амнезии, наличие анестезии, насыщенность крови кислородом и т. п.).

Первая степень гипнотического сна была отмечена у 45 больных, вторая — у 90, третья — у 50; гипноз не развился у 15 больных.

Лечебные внушения в основном строились на основании жалоб больного и данных о течении его заболевания. При этом мы стремились поднять в больном уверенность в его силах, повысить бодрость, улучшить его настроение. При бессоннице мы внушали больному, что сон его теперь будет таким же крепким и здоровым, как это было до болезни. Влияние запахов, перемен погоды на возникновение приступов и ритм дыхания больного устранялись специальными внушениями.

Особо внушалось больному, что волнения, тревоги, обиды и огорчения не будут больше оказывать отрицательного влияния на его дыхательную функцию.

Во время лечебного сеанса и перед его окончанием обращали внимание больного на то, как свободно и легко он стал дышать (обычно дыхание во время гипнотического сна нормализовалось), а также внушали ему, что с каждым днем, с каждым последующим сеансом интенсивность астматических приступов будет слабеть, что будут они возникать все реже и реже, пока не исчезнут совершенно.

Во время гипнотического сна исследовали пульс больных и измеряли им артериальное давление. В то время как у здоровых людей наблюдается при этом падение артериального давления на Ю—15 мм рт. ст., у больных бронхиальной астмой оно имело тенденцию к подъему до возрастной нормы (в среднем на 15—20 мм рт. ст.). Пульс у наших больных, как и у здоровых людей, становился во время гипнотического сна ритмичнее и реже (на ~ 10 ударов в минуту).

191

При погружении в гипноз характер спирограммы менялся незначительно. Дыхание становилось реже на 4—7 дыханий, дыхательные движения становились глубже. За счет глубины дыхания возрастал минутный объем на 100—200 см³ у одних больных, а у других почти не изменялся. При внушении отрицательных эмоций частота дыхания нарастала (с 16 дыханий в минуту до 25—29). Жизненная емкость легких в гипнозе обычно возрастала на 100—200 см³. При внушении отрицательных эмоций она падала на 300—400 см³, а при внушении положительных — возрастала в среднем на 400—600 см³ по сравнению с бодрственным состоянием.

Степень насыщения крови кислородом, регистрируемая окси-гемографом, при погружении в гипноз падала на 1—2% (аналогичные данные были получены при переходе от бодрствования в обычный сон).

В процессе лечения больных бронхиальной астмой отмечались положительные сдвиги в деятельности их сердечно-сосудистой и дыхательной систем. К концу курса гипнотерапии улучшалась легочная вентиляция, нарастала жизненная емкость легких, увеличивалась подвижность легочных краев, у молодых субъектов уменьшалась эмфизема легких, что находило подтверждение в данных рентгеноскопии и рентгенографии. Артериальное давление, как правило, пониженное у больных бронхиальной астмой, к концу курса гипнотерапии несколько повышалось и в дальнейшем стойко удерживалось на цифрах, приближающихся к возрастной норме. Одновременно улучшался нормальный сон больных, их аппетит и настроение, увеличивался вес тела. После пробуждения и выхода из гипнотического состояния мы опрашивали больных об их самочувствии, проводили с ними психотерапевтическую беседу и затем направляли в палату.

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

Эффективность проведенного лечения определялась нами на основании клинических и лабораторно-инструментальных исследований больного. Учитывалось также число приступов, наблюдавшихся у больных до, во время и после курса гипносуггестивной психотерапии.

Окончательные выводы о результатах проведенного лечения делали на основании данных катamnестического обследования. При этом учитывали продолжительность ремиссии и характер

жалоб больного. Особое внимание обращали на состояние и самочувствие больного во время лечения и после курса гипнотерапии, а также на личное впечатление больного о проведенном лечении. Учитывали также впечатление врача, ведущего наблюдение за больным в палате. Кроме того, пользовались также сведениями, полученными от родственников больного, о его состоянии дома после выписки из клиники. После окончания курса гипнотерапии все больные систематически на протяжении нескольких лет являлись в клинику

192

для обследования. С иногородними больными поддерживалась постоянная переписка.

В качестве иллюстрации эффективности гипнотерапии бронхиальной астмы приводим краткую выписку из истории болезни.

Больной К., 51 год. Поступил на стационарное лечение в госпитальную терапевтическую клинику I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 13/X 1951 г. с диагнозом: бронхиальная астма с частыми приступами, эмфизема легких, недостаточность сердца I—II степени по правожелудочковому типу. У больного под влиянием астматических приступов нарушен ночной сон, спит 2—3 ч в сутки, сидя. Болен 10 лет. Астматические приступы бывают ежедневно, а при обострении возникают до 10—15 раз в сутки. Инъекции адреналина в последнее время приступы не купируют. Заболеванию предшествовал ряд психических травм. Больной получил известие о гибели сына на фронте. Вскоре произошел несчастный случай ■— сгорел дом и имущество. Утомление и работа на холоде вызывали обострение болезни, но главной причиной ухудшения состояния больного являются волнения, тяжелые психические переживания. Объективные данные: больной среднего роста. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Вес тела — 50 кг. Видимые слизистые и кожа чисты, бледны. Пульс — 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Видимых пульсаций нет. Границы сердца расширены вправо на 2 см. Выслушиваются глухие тоны. Шумов и акцентов нет. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Число дыханий — 25 в минуту, дыхание равномерное, с затрудненным выдохом. Подвижность легочных краев — 1 см. При перкуссии — легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации — множественные рассеянные сухие хрипы. Жизненная емкость легких — 2100 см³. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Невротических черт в поведении и реакциях не обнаружено. Внушаемость повышена (приемы 2-й и 3-й на внушаемость положительные). Кровь: НЬ 65%, эр. 4 500 000, цветовой показатель 0,8, л. 6200, э. 4%, п. 3%, с. 65%, лимф. 23%, мон. 5%; РОЭ — 18 мм в час. Моча без патологических изменений. Рентгеноскопия: диафрагма ограничено подвижна, легкие эмфизематозно расширены, очаговых изменений не обнаруживается, сердце удлиненной конфигурации, несколько увеличено за счет левого желудочка, пульсация напряженная; аорта и крупные сосуды в норме. Мокрота слизисто-гнойная, спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена не обнаруживаются. Проведенное лечение: введено 10 000 000 ЕД пенициллина, по 0,05 эфедрина 3 раза в день и по 1,0 1 : 1000 раствора адреналина 5—6 раз в день подкожно. В связи с тем, что приступы не только не прекратились, а даже несколько участились, больной направлен для проведения гипнотерапии. После первых сеансов гипноза число приступов бронхиальной астмы резко уменьшилось, а после 9 сеансов они полностью прекратились. Всего было проведено 15 сеансов гипнотерапии (сон III степени глубины). Ремиссия прослежена на протяжении 3V₂ лет. Наряду с прекращением приступов нормализовались сон и аппетит, улучшилось настроение. Вес тела при выписке 56,2 кг. Жизненная емкость легких возросла до 3600 см³. Увеличилась подвижность легочных полей до 5 см и уменьшилась их прозрачность. Больной аккуратно является на диспансерное обследование. Работает по специальности (наблюдение П. И. Буля).

После начала курса гипнотерапии больным отменялись все Другие виды лечения, кроме инъекций адреналина для купирования начинающихся приступов, пока они не прекратились под влиянием лечения гипнозом.

Комплексная терапия с применением обычных средств и гипнотерапии проводилась 100 больным, а 100 другим (контрольная группа) проводилась только гипнотерапия; другие виды медикаментозного и физиотерапевтического лечения были им отмечены.

7 П, И, Буль

193

Наибольший эффект был отмечен в группе больных, у которых применялась смешанная комплексная терапия (табл. 10).

Это вполне объяснимо, если учесть то обстоятельство, что на гипнотерапию направлялись именно

те больные, у которых медикаментозное лечение было безуспешным, — следовательно, и в комплексной терапии ведущее Таблица 10

место принадлежит гипнотическому виду лечения. И. П. Павлов рассматривал внушение как «типичнейший условный рефлекс человека» и считал возможной замену словесным сигналом любого безусловного раздражителя. Исходя из этого положения, мы у 20 больных, успешно леченных гипнотерапией, с их разрешения вызывали словесным внушением в гипнозе типичные для них приступы бронхиальной астмы. Такие приступы оказались вполне сходными с обычными приступами бронхиальной астмы. Чтобы убедиться, что внушенный приступ бронхиальной астмы не является истерическим подобием обычного приступа, нами, совместно с П. К- Булатовым и Д. М. Злыд-никовым (1953), проведено следующее специальное исследование.

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

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

Таблица 10

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

Способ лечения	Обще количе-	Результаты лечения		
		к реми сс	и улуч ш	без аф
Медикаментозно е и гипнотерапия	100	44	28	28
Гипнотерапия	100	40	28	32
Всего . . .	200	84	56	60

Примечание. $X^2 = 0,5$; $Y > 0,05$.

Статистический анализ указывает на отсутствие достоверного различия (по эффективности лечения) между комплексной терапией с применением гипноза и гипнотерапией как таковой.

194

Больная В., 37 лет, поступила на стационарное лечение в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 2/XI 1951 г. Диагноз: бронхиальная астма, хронический бронхит, хроническая эмфизема легких. Больна 7 лет. Страдает заболеванием в тяжелой форме, приступы возникают ежедневно при волнениях и усиливаются под влиянием простуд, чаще наблюдаются зимой. Заболеванию предшествовал ряд психических травм. Объективные данные: больная среднего роста, пониженного питания; кожа и видимые слизистые бледны. Границы сердца в норме, тоны глуховаты, шумов нет. Пульс — 76 в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 80/60 мм рт. ст.

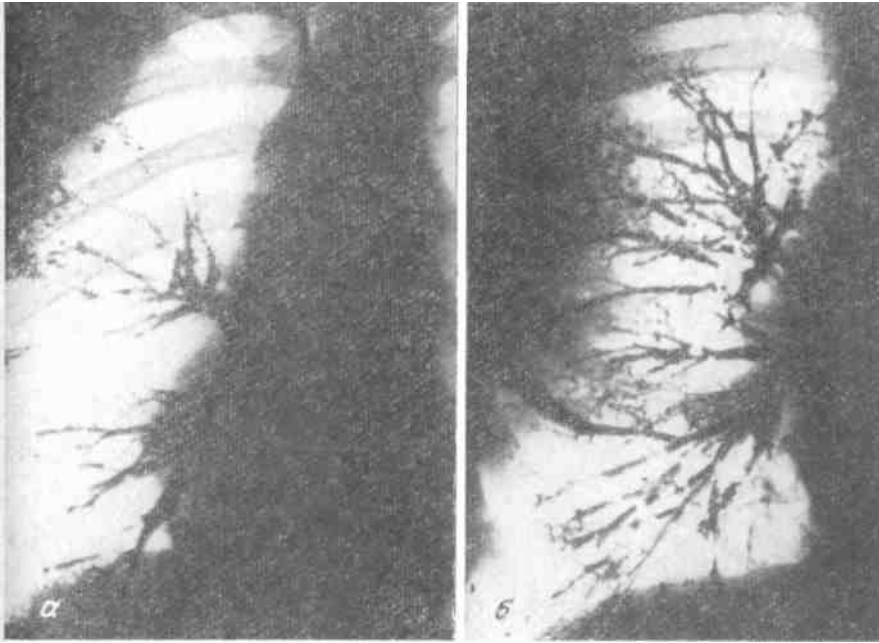


Рис. 34.

a — бронхограмма больной В., у которой развился внушенный астматический приступ. Определяется значительное сужение просвета бронхов (спазм и исчезновение контрастного вещества с периферии бронхиального дерева (выжатого в более крупные бронхи); *б* — бронхограмма той же больной, произведенная до внушения астматического приступа. Контрастное вещество заполняет все бронхиальное дерево.

Число дыханий — 18 в минуту. Границы легких в пределах нормы. Дыхание ослабленное, затруднен выдох. Перкуторно над легкими — легочный звук с ко-эбочным оттенком, выслушиваются отдельные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Невротических черт в поведении и реакциях не обнаружено. Больная хорошо внушаема (приемы 4-й и 5-й на внушаемость положительные). Клиническое исследование крови: НЬ 77%, >р. 4 650 000, цветовой показатель 0,8, л. 7400, РОЭ 24 мм в час. Моча без патологических изменений. Рентгеноскопия: выраженная эмфизема легких; свежих очаговых изменений в них нет, но справа в нижней доле — обызвествленный очаг, подвижность диафрагмы ограничена, вялая. Сердце и крупные сосуды в норме.

7*

195

Бронхография произведена 17/XI 1951 г. при горизонтальном положении больной на правом боку. После анестезии носоглотки 6,0 мл 2% раствора кокаина в правое легкое введено 20,0 йодолипола (исследование начато в состоянии бодрствования). Сделаны 2 бронхограммы в состоянии бодрствования. В гипнозе больной внушено, что у нее по счету «три» разовьется типичный для нее приступ бронхиальной астмы. По счету «три» у больной действительно появилась одышка с отчетливо удлиненным выдохом. Дыхание становится хриплым. Частота пульса увеличилась до 88 ударов в минуту. В легких стали прослушиваться множественные сухие свистящие хрипы различного тона. В таком состоянии были сделаны 4 бронхограммы в течение 3 мин. Затем приступ снят контрвнушением и сделаны еще 2 бронхограммы. Далее последовало выведение больной из гипнотического состояния, и через минуту сделаны еще 3 бронхограммы. В течение всего исследования сделано 11 бронхограмм во время бодрствования и гипнотического сна, существенных различий не выявлено. При сравнении же бронхограмм, сделанных до и во время внушенного приступа, определяются значительные изменения бронхов. На первой бронхограмме (рис. 34, *a*), сделанной во время гипноза, но до внушения приступа, контрастное вещество заполнило все долевые бронхи и их ветви, вплоть до мельчайших бронхов, бронхиол и альвеол. Введение контрастного вещества было закончено за 5 мин до производства бронхограммы. На бронхограмме, сделанной через минуту после развития внушенного приступа и появления первых клинических симптомов астматического состояния (рис. 34, *б*), определяется значительное сужение просвета ряда сегментарных бронхов и полное исчезновение контрастного вещества из некоторых мелких бронхиальных ветвей. Таким образом, благодаря сужению мелких

сегментарных бронхов контрастное вещество выдавливалось из них в более крупные бронхи и, в частности, в стволовой бронх. Интересно отметить, что все снимки, сделанные при внушении астматического приступа в различные фазы дыхания, имеют одну и ту же бронхографическую картину.

Следует отметить, что больная хорошо гипнабельна. Гипнотический сон III степени глубины. После выхода из гипноза — полная амнезия. Лечение различными медикаментозными средствами эффекта не дало. Хороший и быстрый эффект наступил после 2-го сеанса гипнотерапии. Ремиссия длится $3V_2$ года. Улучшились аппетит (больная прибавила в весе на 7 кг), настроение, сон. Увеличилась подвижность легочных полей до 4,5 см. Исчезла эмфизема легких. Увеличилась жизненная емкость легких с 2100 до 3800 см³. Артериальное давление приблизилось к возрастной норме и стойко удерживается на цифрах 120/75 мм рт. ст. Больная начала работать по специальности (наблюдение П. К. Булатова, П. И. Буля и Д. М. Злыдникова).

Внушенный астматический приступ длится обычно не более 3—5 мин и не оставляет после себя каких-либо нежелательных для больного последствий. Всего было проведено 20 таких исследований у 20 разных больных бронхиальной астмой.

Характерно, что приступ, вызванный внушением, может быть купирован введением больному под кожу 1 мл адреналина, как это показано на бронхограммах (рис. 35, а и 35, б).

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

Во время внушенных астматических приступов нами проводилась у больных запись спирограмм, измерялась жизненная емкость

196

легких, исследовался пульс, артериальное давление, определялось количество лейкоцитов в крови. Спирограммы, полученные во время внушенного приступа, не отличались от тех, которые бывают во время обычного приступа бронхиальной астмы. При внушенном приступе так же, как и при обычном, наблюдалось удлинение фазы выдоха, уменьшение жизненной емкости легких, учащение

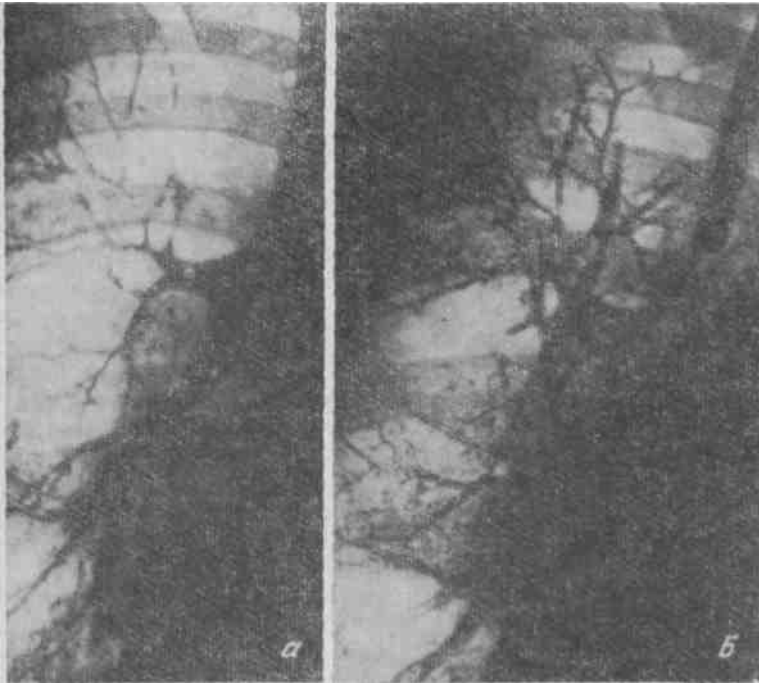
Рис. 35.

а — бронхограмма больной X-ой. Бронхограмма сделана после внушения астматического приступа, через 7 мин после возникновения клинических признаков приступа. Выявляется спазм мелких бронхов и бронхиол. Контрастное вещество задерживается в крупных бронхах; б — бронхограмма той же больной, находящейся в гипнотическом сне, сделанная через 10 мин после введения больной купирующей дозы адреналина (приступ снят). На бронхограмме выявляется выхождение контрастного вещества на периферию бронхиального дерева, в расслабившиеся мелкие бронхи и бронхиолы.

дыхания и значительный лейкоцитоз. Полученные объективные данные, равно как и бронхографическое исследование, подтверждают тождество обычных астматических приступов и тех, которые возникают после соответствующего внушения в гипнозе.

Нам удавалось вызвать приступы бронхиальной астмы внушением и в бодром состоянии больного. Так, например, дав очень внушаемому больному, страдающему бронхиальной астмой, коробку с мелом и указав, что это — нафталин, запах которого вызывал у больного приступы астмы, мы легко получили астматическое

197



состояние, перешедшее в дальнейшем в обычный приступ. В другом случае пробирка с водой, данная больной с внушением, что это — керосин, также вызвала в бодром состоянии астматический приступ. Общеизвестен пример, когда вид бумажного цветка (розы) вызывал у больной, не переносившей этого запаха, приступ бронхиальной астмы.

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

Эти исследования искусственного вызывания астматического приступа внушением явились еще одним доказательством кортико-висцерального механизма возникновения астматического приступа.

Что касается физиологического механизма, лежащего в основе гипнотерапии при лечении бронхиальной астмы, то мы представляем себе его в следующем виде. Под влиянием внушения гипнотического сна в коре головного мозга возникает процесс торможения, который иррадирует по коре, захватывая все новые и новые районы ее, и при достаточной глубине торможения гасит встречающиеся на его пути очаги возбуждения. Как только гипнотическое торможение погасит патологическую доминанту бронхиальной астмы (очаги «застойного возбуждения» по И. П. Павлову), приступ купируется: прекратится поток центробежных импульсов от коры больших полушарий к легким, к гладкой мускулатуре бронхов, вследствие чего произойдет их расслабление. Далее во время гипноза, как показано работами А. И. Картамышева, А. Г. Хованской (1957) и нашими наблюдениями, развивается спазм капилляров. А. И. Картамышев прямо говорит об «адреналоподобном» действии гипноза на капилляры. Следовательно, гиперемия слизистой оболочки бронхов должна уменьшаться, что должно ослабить интенсивность приступа бронхиальной астмы.

Таким образом, одно лишь погружение больного в гипнотическое состояние, надо полагать, устраняет главные факторы в механизме астматического приступа — спазм бронхов и расширение сосудов слизистой бронхов. Это в свою очередь улучшает условия легочной вентиляции и ведет к нормализации дыхательной функции.

Наконец, основываясь на учении о доминанте, можно говорить о «конкурирующей» доминанте, которая возникает в коре полушарий головного мозга под влиянием лечебного внушения и затормаживает патологическую доминанту бронхиальной астмы.

В результате лечения гипнотическим внушением больных бронхиальной астмой нами получены следующие результаты:

198

Тяжесть заболевания (степень)	Обще боль-	Результаты лечения		
		ремис с	улуч ше	без эффе
Легкая.....	22	4	10	8
Средняя ...	84	48	24	12
Тяжелая	94	32	22	40
Всего ...	200	84	56	60

Примечание. $X^2=17,3$; $P<0,002$.

Примечание. $X^2=17,3$; $P<0,002$. Статистический анализ подтверждает с достоверностью зависимость эффекта гипнотерапии от тяжести заболевания.

Таблица 12 Эффективность гипнотерапии в зависимости от степени глубины гипноза

1. Из 200 больных бронхиальной астмой стойкая и длительная ремиссия получена у 84 человек (у 18 человек приступов нет в течение 2—3 лет, у 12 — ремиссия продолжается свыше 1V₂ лет, и у 54 человек ремиссия наблюдается от полугода до 1 года).
2. Добиться улучшения удалось у 56 больных: у 25 приступы бронхиальной астмы бывают редко, и эти больные вернулись к труду. У 31 больного наступило улучшение, приступы стали реже и слабее, но эти больные не работают.
3. У 60 больных не было выявлено лечебного эффекта от применения гипнотерапии. Необходимо отметить, что в этой группе больных у 45 человек не было получено глубокого гипнотического состояния, а у 15 других оно не развилось совсем.

При анализе данных об эффективности гипнотерапии в зависимости от тяжести заболевания удалось установить, что при тяжелом течении заболевания свыше четверти таких боль-ных не получили эффекта от данного лечения. В группе со средней тяжестью заболевания число больных, не получавших облегчения, составляет около трети, а число- успешно леченных составляет около Половины всех больных этой группы (табл. 11). При легкой степени заболевания был, естественно, получен наилучший результат от гипнотерапии.

При анализе эффективности гипнотерапии (табл. 12) в наших Исследованиях отчетливо выступает зависимость положительных

Глубина гипноза	Обще	Результаты лечения		
		ремисси	улучше	без
I степень	45	5	13	27
глубины II »	90	65	15	10
» III »	50	14	28	8
» Гипноз не развился	15			15
	200	84	56	60

199

Таблица 11

Эффект гипнотерапии в зависимости от тяжести заболевания

Примечание. $X^2 = 1,2$; $P>0,1$. Статистический анализ указывает на достоверность зависимости эффекта гипнотерапии от глубины гипнотического состояния (результаты лечения были тем выше, чем глубже был гипнотический сон).

лечебных результатов от глубины гипнотического состояния. Чем выше была гипнабельность наших больных, тем были лучше, при прочих равных условиях, терапевтические результаты. Подавляющее количество больных, не получивших эффекта от применения гипнотерапии, составляют лица, у которых не было достигнуто достаточно глубокого гипнотического состояния,

или те, у которых гипноз не развился совсем.

Для анализа функции коры головного мозга у больных, страдающих бронхиальной астмой, рядом ученых (П. К. Булатов, М. П. Березина, М. В. Еременко и др., 1953) был применен метод электроэнцефалографии.

Работами отечественных и зарубежных ученых установлено, что метод электроэнцефалографии является достаточно точным для того, чтобы по его данным составить известное суждение о функциональном состоянии коры больших полушарий головного мозга.

При отведении биотоков от коры головного мозга у человека в физиологической норме регистрируются так называемые альфа-волны и бета-волны. Альфа-волны, представляющие собой ритм частотой 8—13 колебаний в 1 с и амплитудой от 20 до 100 мкВ/сУ, регистрируются во всех областях коры головного мозга, но преимущественно в затылочном отведении. Бета-волны — более быстрый ритм, с частотой 15—30 и более колебаний в 1 с, но с амплитудой в 1—4 раза меньше, чем амплитуда альфа-волн, также характерны для коры больших полушарий здоровых людей.

При снижении лабильности мозга у здорового человека появляются дельта-волны (1—3) и другие еще более медленные формы электрических волн с частотой 2—5 колебаний в 1 с.

Иногда встречаются быстрые колебания потенциалов — так называемые шипы, иглы или пики. Появление этих потенциалов связано с нарушением нормальных взаимоотношений коры и подкорки (Р. А. Лурия, В. С. Русинов, 1947). Большинство ученых признают, что биотоки мозга, записанные в виде ЭЭГ, представляют сумму потенциалов, возникающих в коре больших полушарий и в подкорковой области. При наличии в коре головного мозга процессов возбуждения (что обычно наблюдается при деятельном состоянии) в ней возникают множественные очаги возбуждения, что влечет за собой снижение амплитуды волн ЭЭГ.

Для определения функционального состояния коры головного мозга производится исследование изменений биоэлектрической активности мозга, возникающих при применении тех или иных раздражителей. Уже при простом открывании и закрывании глаз испытуемого при записи ЭЭГ дает некоторое представление о характере электрических реакций коры полушарий головного мозга на раздражение. У здорового испытуемого при световом раздражении наступает депрессия альфа-ритмов с дальнейшим последствием. Полнота депрессии, быстрота, с которой она наступает, длительность последствия и т. д. — все это может дать некоторое общее представление об изменении функционального состояния коры головного мозга и подкорковых отделов (С. А. Чугунов, 1950).

200

Для определения функционального состояния коры головного мозга было предложено (М. Н. Ливанов, 1942) учитывать изменения мозговых потенциалов при применении ритмических раздражений различной интенсивности. При этом устанавливается порог возбудимости, определяемый временем, истекшим от начала раздражений до появления первых изменений на ЭЭГ; а также интенсивность реакции, определяемая временем и величиной изменений амплитуды колебаний, длительность депрессии и другие показатели электрофизиологической реакции.

П. К. Булатов и М. П. Березина (1951) провели обследование электроэнцефалографической методикой 20 больных бронхиальной астмой. Эти исследования показали, что во время ремиссии у больных с легким течением заболевания бронхиальной астмой электроэнцефалограмма не отличалась от таковой у практически здоровых людей.

Во время приступа бронхиальной астмы и астматического состояния, а также у больных с тяжелым течением заболевания были обнаружены изменения биоэлектрической активности коры головного мозга:

1. Неустойчивость биоэлектрической активности во время астматического состояния до развития приступа бронхиальной астмы. Эта неустойчивость проявлялась как в отношении частоты доминирующего ритма, так и в отношении амплитуды электрических колебаний. Изменялась также интенсивность реакций на раздражение; депрессия на раздражение светом была то ясно выражена, то ослаблена, то вовсе исчезала.

2. Во время астматического состояния наступает сдвиг биоэлектрической активности в сторону более медленных ритмов. Вместо частоты альфа-ритмов, равной 10—11 колебаниям в секунду, регистрировались альфа-волны с частотой 7—8 колебаний в секунду. Медленные ритмы в ряде отведений ЭЭГ становятся доминирующими при развитии приступа бронхиальной астмы.

Учитывая выше изложенные данные, мы поставили перед собой задачу исследовать, как изменяется электроэнцефалографическая картина у больных бронхиальной астмой под влиянием

гипнотерапии и внушения словом.

Наша работа велась на 20 больных бронхиальной астмой с легким течением заболевания и 10 здоровых людях (контрольная группа). Электроэнцефалография проводилась как в бодрственном состоянии больных, так и в гипнотическом состоянии. Каждый больной исследовался как до лечения гипносуггестивной терапией, так и после окончания курса лечения для того, чтобы выявить в динамике возможные сдвиги ЭЭГ под влиянием проводимой терапии.

На стационарном лечении в клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова находилось 15 больных и 5 больных лечились амбулаторно. Контрольная группа — 10 здоровых лиц являлись студентами I ЛМИ, членами кружка СНО. Из 20 больных было 15 женщин в возрасте от 18 до 48 лет и 5 мужчин в возрасте

201

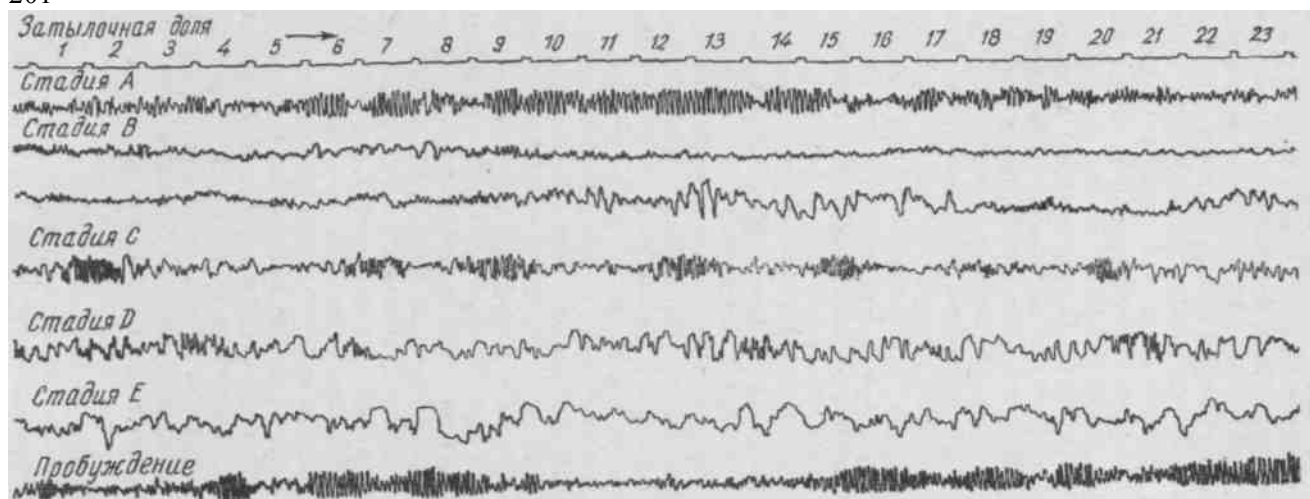


Рис. 36. Электроэнцефалограмма всех стадий сна.

от 20 до 30 лет. Длительность заболевания наших больных была от 2 до 8 лет. По тяжести течения заболевания наши больные были: 18 человек с легкой степенью и 2 — со средней степенью тяжести. Изменения электроэнцефалографических показателей во время обычного и гипнотического сна изучены рядом ученых (Бергер, 1930; Ямагава, 1935; Букурадзе, 1945; И. П. Гуляев, 1954, и др.). По данным этих исследователей, по мере углубления сонного торможения ЭЭГ закономерно изменяется. При наших исследованиях, совпадающих с данными других ученых, прежде всего изменяется

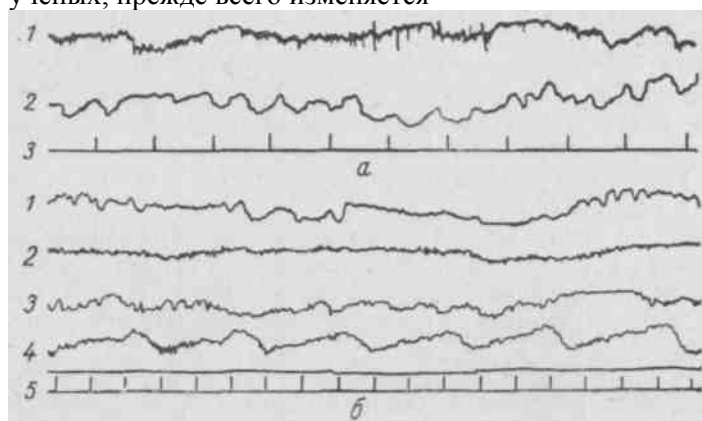


Рис. 37. Электроэнцефалограмма больного бронхиальной астмой Б-ва, записанная во время выраженного приступа удушья

бронхиальной астмой. *а* — запись биотоков с височной области: / — с левой височно-теменной области, 2 — с правой височно-теменной области, 3 — отметка времени в секундах; *б* — запись биотоков с четырех отведений: / — лобной области, 2 — левой височно-теменной области, 3 — правой височно-теменной области, 4 — затылочной области, 5 — отметка времени в с.

частота ритма и его амплитуда. Кроме того, ЭЭГ сонного состояния как бы распадается на ряд своеобразных электрических стадий, критерием их может явиться форма и частота развивающихся ритмов. Оказалось, что электрические стадии отчетливо связаны с глубиной сна. Отсюда можно сделать вывод, что ритмы ЭЭГ и их конфигурация тесно связаны с основными функциональными свойствами клеток коры больших полушарий (рис. 36).

В первой стадии испытуемый еще не спит, но находится в спокойном состоянии, слегка дремлет. При этой стадии доминирует альфа-ритм.

Во второй стадии испытуемый уже находится в состоянии выраженной дремоты. В этой стадии альфа-ритм уже не доминирует. На ЭЭГ отмечаются альфа-, бета-, тета-, и даже дельта-ритмы, причем все ритмы перемешаны между собой и то появляются, то исчезают.

В третьей стадии мы имеем дело уже со сном. Испытуемый спит, и ЭЭГ его вновь изменяется. Теперь в ней виден новый и

203

своеобразный ритм, не присущий бодрствованиему состоянию, так называемые сонные веретена. Сонные веретена имеют частоту от 10 до 16 кол/с. Амплитуда их то увеличивается, до определенного предела, то уменьшается до нуля.

Некоторые авторы рассматривают еще три стадии, где также отмечаются своеобразные изменения характера ЭЭГ.

В наших исследованиях переход из состояния бодрствования в состояние гипнотического сна не характеризовался вышеуказанными изменениями ЭЭГ. Электроэнцефалограммы здоровых испытуемых и больных с легким течением заболевания в межприступный период не отличались друг от друга. Во время астматического состояния наступал сдвиг биоэлектрической активности, регистрируемый ЭЭГ в отношении амплитуды электрических колебаний в сторону более медленных ритмов. В момент развития приступа бронхиальной астмы альфа-ритмы уменьшаются по амплитуде, а затем исчезают. Отмечается доминирование медленных ритмов в ряде отведений (рис. 37).

Приступы бронхиальной астмы характеризуются также появлением быстрых асинхронных волн различной амплитуды, что придает записи ЭЭГ характер бахромчатости. Быстрые ритмы регистрируются преимущественно в височно-теменной области и являются асинхронными.

После прекращения приступа удушья или астматического состояния наступает сравнительно быстрая нормализация электроэнцефалограммы. Исчезают быстрые колебания, восстанавливаются альфа-ритмы, уменьшается количество медленных колебаний. Однако нормализация после купирования приступа бронхиальной астмы наступает не сразу. Депрессия альфа-ритма в виде снижения их амплитуды сохраняется еще в течение некоторого времени. Альфа-волны восстанавливаются вначале в более медленном ритме — 6—8 колебаний в 1 с вместо нормальных 8—12.

Наличие быстрых асинхронных колебаний указывает, по мнению ряда исследователей (Р. А. Лурия, В. С. Русинов, 1947), на явления раздражения коры головного мозга импульсами, идущими из подкорковых образований вследствие нарушения нормальных взаимоотношений коры и подкорки. С другой стороны, снижение амплитуды биотоков на электроэнцефалограмме и появление медленных потенциалов указывают на развитие в коре больших полушарий процессов торможения, на снижение лабильности мозга.

Таким образом, биоэлектрическая активность корковых клеток во время астматических состояний и приступов бронхиальной астмы сопровождается изменениями в сторону более медленных ритмов, а также депрессией альфа-ритмов и появлением медленных ритмов. Данные электроэнцефалографии указывают на тесную связь между клиническим проявлением бронхиальной астмы и функциональным состоянием коры больших полушарий головного мозга, а также зависимость их от взаимоотношений коры и подкорковых образований.

9П4

Под влиянием гипнотерапии изменения ЭЭГ, свойственные больным бронхиальной астмой, слабеют, и постепенно электроэнцефалограмма нормализуется все больше и больше, приближаясь к нормальной ЭЭГ.

Курс лечения гипнотерапией состоял из 10—20 сеансов, по 40 мин через день. Наряду с нормализацией ЭЭГ происходили сдвиги в сторону улучшения состояния, исчезновения приступов бронхиальной астмы, уменьшения одышки, увеличения жизненной емкости легких, а также повышения артериального давления до возрастной нормы. Приведем описание некоторых ЭЭГ больных бронхиальной астмой, лечившихся методом гипнотерапии.

ЭЭГ № 1350 от 10/XI 1965 г. больной Л., 32 лет. Основной фон — умеренно деформированный, заостренный альфа-ритм 10 кол/с, периодически распространяющийся на лобные отведения в виде коротких вспышек. После гипервентиляции явления гиперсинхронизации усилились. На раздражители реакция живая по нормальному типу, (на звук слабее, чем, на свет).

ЭЭГ № 1351 от 2/XII 1965 г. ЭЭГ сходна с предыдущей, но явления гиперсинхронизации альфа-

ритма представлены менее ярко. Также несколько снижена реакция на свет и звук. Заключение: на обеих ЭЭГ имеются изменения, но в первой ЭЭГ они выражены более отчетливо.

В результате анализа более 40 электроэнцефалограмм в динамике удается отметить, что в подавляющем большинстве случаев на ЭЭГ выявляется умеренное вовлечение срединных структур головного мозга. По данным ЭЭГ удается проследить эффективность про-одимой гипнотерапии с соответствующей нормализацией ЭЭГ под влиянием лечения.

Таким образом, электроэнцефалограмма дает некоторые указания на успешность или неэффективность гипнотерапии, примененной у больных бронхиальной астмой, поскольку ЭЭГ здорового человека и больного бронхиальной астмой, находящегося в ремиссии, не отличаются друг от друга. Электроэнцефалография является еще одним ценным объективным методом, помогающим в клинической постановке диагноза бронхиальной астмы. Электроэнцефалограмма изменяется во время приступа бронхиальной астмы и астматического состояния, и тем больше, чем тяжелее приступ.

Приведенные выше данные позволяют прийти к заключению, что гипнотерапия является физиологически и патогенетически обоснованным методом лечения больных бронхиальной астмой, гипнотерапия показана особенно тем больным бронхиальной астмой, у которых обычная медикаментозная терапия не является эффективной. Результаты, полученные при лечении больных бронхиальной астмой гипнозом, зависят от нескольких причин: от тяжести заболевания, правильного отбора больных, от степени внушаемости и гипнабельности больного.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Язвенная болезнь, описанная примерно 125 лет назад, продолжает привлекать к себе, особенно в послевоенные годы, внимание Клиницистов, и вопросам этиологии и патогенеза ее посвящено немалых научных исследований. Так, М. В. Черноруцкий (1953)

205

отмечает, что после первой и второй мировой войны происходило увеличение числа случаев язвенной болезни по сравнению с довоенными годами. Если в мирное время язвенной болезнью страдали от 5% до 13% всех терапевтических больных, то во время второй мировой войны с ее значительными психическими травмами число таких больных увеличилось, например, в Англии до 20%. Увеличение числа больных происходило как за счет обострения старых язвенных заболеваний, так и за счет появления новых. Многие клиницисты наряду с увеличением числа больных отмечают и резкое усиление проявлений язвенной болезни — нарастание интенсивности болей, изжоги, отрыжки, повышение кислотности желудочного содержимого, учащение рвоты и длительный спазм выходной части желудка. Отмечается удлинение обострений во времени и укорочение периода ремиссий. Во время военных лет участились осложнения в виде кровотечений, прободений, рубцовых сужений просвета желудка. Бросается также в глаза снижение эффективности проводимого лечения.

М. В. Черноруцкий (1946), изучавший этиологию и патогенез язвенной болезни во время Великой Отечественной войны указывает, что у 9/10 больных отмечается влияние психической травмы на развитие страдания. Данные Б. М. Прозоровского, В. И. Со-зонта, Н. Д. Стражеско (1931) и многих других исследователей свидетельствуют о той значительной, часто решающей роли, которую играет психическая травма в этиологии язвенной болезни.

В период, когда немцы начали бомбить Лондон, среди его жителей резко возросло число новых заболеваний, а также перфораций и кровотечений у лиц, страдавших язвенной болезнью. Как только немцы перестали производить массированные воздушные налеты на этот город и перенесли их на другие промышленные города Англии, в Лондоне резко снизилось число осложнений язвенной болезни, но зато значительно возросло в городах, подвергавшихся нападению с воздуха. Эти факты показывают значение отрицательных эмоций в развитии и течении язвенной болезни.

И. П. Павлов и его ученики, а также В. М. Бехтерев с сотрудниками установили твердую зависимость возникновения и развития нарушения деятельности желудка, печени, кишечника и других органов от изменений функционального состояния коры головного мозга.

В лабораториях К. М. Быкова (1947) были получены важные данные на собаках, указывающие, что при столкновении пищевого и оборонительного рефлексов у некоторых животных сначала возникают резкие функциональные расстройства секреторной деятельности желудка, особенно на малой кривизне его, а через 1—2 месяца появляются и органические повреждения стенок в виде хронических, долго не рубцующихся язв. Эти нарушения носят хронический характер, несмотря на то, что причина, вызвавшая заболевание, действовала короткое время. Как показали

исследования, только нормализация высшей нервной деятельности подопытных животных приводит к восстановлению нарушенных функций желудка и других органов.

206

В нашей работе мы руководствуемся современной теорией этиологии и патогенеза язвенной болезни, согласно которой механизм возникновения и развития язвенной болезни представляется в следующем виде. Кора больших полушарий постоянно производит ана-из и синтез раздражений, падающих на организм из внешней среды возникающих внутри организма. При нормальных физиологических условиях деятельное состояние коры головного мозга тормозит деятельность подкорковых центров. При перенапряжении корковой деятельности и истощении клеток больших полушарий происходит освобождение подкорковых центров из-под тормозящего влияния коры, и вслед за этим наступает хаотическая деятельность подкорки, повышенная возбудимость подкорковых центров может привести к развитию самых разнообразных болезненных явлений: длительному сокращению мускулатуры кровеносных сосудов внутренних органов, расстройству секреторной и двигательной функции желудочно-кишечного тракта, нарушению функций желез внутренней секреции, развитию болезненных процессов в тканях внутренних органов (К. М. Быков и И. Т. Курцин, 1947). К таким болезненным явлениям чаще всего ведет сильное эмоциональное возбуждение, превышающее пределы работоспособности, если в этот период нервные клетки коры головного мозга оказались почему-либо ослабленными предшествовавшими вредностями как экзогенного, так и эндогенного порядка. В возникновении указанных нарушений несомненна роль раздражений, провоцирующих постоянное напряжение тормозных процессов в коре головного мозга, как-то: сильных аффектов, длительно действующих отрицательных эмоций— таких, как постоянный страх, большое горе, сильный испуг и т. д.

«Таким образом, в результате нарушения нормального течения процессов возбуждения и торможения в высшем регуляторном органе — коре больших полушарий головного мозга и возникновении в связи с этим нарушений в нормальных физиологических взаимоотношениях между корой мозга и подкорковыми центрами, в первую очередь центрами таламо-гипоталамической области, в организме наступает развитие явлений язвенной болезни» (И. Т. Курцин, 1953). Длительно действующие центробежные импульсы, вызывающие сокращение мускулатуры кровеносных сосудов и стенки желудка, при пониженной сопротивляемости его слизистой оболочки к переваривающему действию гиперацидного желудочного сока при водят в конце концов к возникновению язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Последующее развитие язвенной болезни зависит как от непрекращающегося действия указанных факторов, так и от возникновения потока центростремительных патологических импульсов от интерорецепторов пораженного органа.

Таким образом, возникает вновь созданная патологическая связь коры головного мозга с больным органом, в принципе подобная механизму образования и укрепления условного рефлекса. Создается порочный круг возникновения и подкрепления возникающего пато-

207

логического рефлекса. Поскольку язвенная болезнь не является заболеванием только одного желудка, а представляет собой заболевание всего организма, постольку закономерны сдвиги в рефлекторных реакциях и нарушения водного, жирового, углеводного, ферментативного, гормонального и общего обмена веществ, наблюдаемых при этой болезни.

В настоящее время кортико-висцеральная теория этиологии и патогенеза язвенной болезни в нашей стране поддерживается видными клиницистами. В соответствии с этим в основе терапии больных, у которых обнаружена язвенная болезнь, должно лежать создание обстановки, способствующей усилению охранительного торможения в коре головного мозга и создающей нормальные взаимоотношения между корой головного мозга и внутренними органами. Кортико-висцеральная теория язвенной болезни подтверждена практикой многих клиницистов в нашей стране, применявших «сонную терапию» и добившихся большого процента выздоровлений при таком лечении (Ф. А. Андреев, 1949; М. В. Черноруцкий, 1947; А. А. Вишнеvский, 1960, и др.)

Однако наряду с несомненными успехами лечения язвенной болезни с помощью медикаментозного сна не следует забывать о крайне нежелательных побочных явлениях интоксикации, возникающих даже тогда, когда этот метод применяется с большим умением и осторожностью.

Исходя из кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни, мы пришли к выводу о целесообразности использовать гипноз для лечения данного страдания. В ряде случаев этот метод

дал, по нашим наблюдениям, хороший лечебный эффект как в сочетании с обычной терапией, так и в «чистом виде».

Следует помнить, что само по себе гипнотическое состояние у ряда больных ведет к спазму периферических сосудов и विकарному расширению сосудов внутренних органов, в том числе желудка. В работах А. И. Картамышева (1953) у больных кожными заболеваниями это положение было подтверждено капилляроскопическими исследованиями. Автор указывает на адреналиноподобное действие гипноза. Наши капилляроскопические исследования больных бронхиальной астмой и язвенной болезнью также показали сосудосуживающее действие гипноза на кожные сосуды. Если вспомнить, что одним из важных патогенетических факторов в этиологии язвенной болезни является спазм сосудов слизистой желудка, то станет понятным благотворное действие гипнотического сна при этом заболевании. Наконец, известно, что хирургические операции на коже под гипнозом весьма бескровны, что также иллюстрирует вышесказанное соображение.

Гипнотический сон нормализует желудочную секрецию, повышает аппетит и действует болеутоляюще, что также дает основание рекомендовать эту методику при язвенной болезни.

Безвредность гипнотического состояния доказана. Уже одно это обстоятельство дает нам право усиленно рекомендовать гипнотерапию для лечения некоторых язвенных больных.

208

М. К. Петрова (1946) в опытах по применению наркотического и сонного гипнотического торможения при экспериментальных неврозах у собак показала, что гипнотический сон дает более глубокие и положительные сдвиги, чем сон наркотический. Она пишет, что этот метод является самым эффективным терапевтическим мероприятием из всех примененных ею на больных животных в течение многих лет; при этом она отмечает, что чем глубже был сон, тем скорее наступало восстановление нарушенного равновесия и исчезали кожные дистрофии.

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

С большим успехом применял гипнотерапию при язвенной болезни С. Н. Синельников (1957). Под наблюдением автора находилось 65 больных язвенной болезнью в стадии обострения. Проводилась в течение 20 дней коллективная гипнотерапия без применения снотворных средств. Продолжительность гипнотического сна составляла 15—17 ч в сутки. Полученные автором результаты следует признать весьма благоприятными. По данным исследователя, интенсивность болей, повышенная кислотность желудочного сока, рвота и другие диспепсические явления быстро уменьшились [у 56 человек из 65, у которых рентгенологически до лечения была установлена «ниша». После проведенного лечения гипнозом симптом «ниши» исчез у 35 человек. Лечение проводилось при расширенной диете. За время лечения больные значительно прибавили в весе (в среднем на 3—4 кг). Эти данные С. Н. Синельникова представляют большой интерес и показывают значительную эффективность гипнотерапии при язвенной болезни.

Применение гипнотерапии у больных язвенной болезнью нами было начато совместно с П. К. Булатовым в 1952 г. Всего за истекший период под нашим наблюдением было 100 больных язвенной болезнью. Из них 60 находились на стационарном лечении в клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, а 40 лечились амбулаторно в психотерапевтическом кабинете при клинике. (В этой работе большую помощь оказала нам врач-психотерапевт Л. А. Четверикова).

Отдаленные результаты лечения были прослежены нами в течение 3 лет. Среди больных, проходивших курс гипнотерапии, было

209

38 женщин и 62 мужчины. По возрасту и длительности заболевания наши больные распределялись следующим образом: больных в возрасте от 21 года до 30 лет было 50 человек, от 31 года до 40 лет — 22, от 41 до 50 лет — 15 человек, от 51 года до 60 лет — 13 человек; больных с длительностью

заболевания до 1 года было 35 человек, от 1 года до 10 лет — 55 человек, от 11 до 20 лет — 5 человек, от 21 года до 30 лет — 5 человек.

Большинство наших больных страдало также и функциональным расстройством нервной системы. У 20 больных была обнаружена в неврогенной стадии гипертоническая болезнь, у 15 — хронический холецистит, у 1 — бронхиальная астма. У 35 больных наблюдались явления вегетативной дистонии в виде повышения потливости, акроцианоза, стойкого красного дермографизма. Началу заболевания у 63 наших больных предшествовали психические травмы (длительно действовавшие отрицательные эмоции, сложные жизненные ситуации), а у 17 — пищевые интоксикации. У 40 больных до рентгенологического выявления язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наблюдались хронические катары и диспепсические явления (изжоги, отрыжки).

Гипнотерапия проводилась преимущественно у тех больных, у которых обычная медикаментозная терапия была недостаточно эффективна.

В процессе лечения были выработаны показания для гипнотерапии, к числу которых мы относим: 1) отсутствие осложнений язвенной болезни Рубцовыми деформациями, обширными спаечными процессами; 2) достаточную внушаемость больного и отсутствие предубеждения против гипноза; 3) указания в анамнезе на зависимость возникновения и течения язвенной болезни от различных психических переживаний и отрицательных эмоций; 4) наличие у больного условнорефлекторного механизма в возникновении приступа болей, рвоты и обострений в течение болезни (определенный вид пищи, время суток, ночные приступы болей, влияние обстановки).

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

Курс лечения состоял из 20—30 сеансов. Как правило, вначале проводились индивидуальные сеансы гипноза, а затем больные, при их согласии, переводились на коллективные сеансы. При лечении больных язвенной болезнью часто применялся магнитофон с записью голоса врача, проводившего сеанс гипнотерапии. Незаметно для больных врач, вначале проводивший усыпление гипнотизируемых своим голосом, в дальнейшем подключал магнитофон. Вследствие более длительных сеансов гипноза-отдыха, рекомендованного еще К. И. Платоновым, нам удавалось развить более глубокие гипноти-

210

I

ческие состояния у больных язвенной болезнью по сравнению с другими категориями больных, леченных нами.

По степени глубины гипноза язвенные больные распределялись следующим образом: гипнотический сон I степени развился у 23 больных, II степени — у 42, III степени — у 25; гипноз не развился у 10 больных.

После общих внушений бодрости, хорошего настроения, глубокого сна мы переходили к специальным внушениям, формула которых была примерно такой: «С каждым днем у Вас будет повышаться и нарастать хороший, здоровый аппетит... пища будет Вам казаться особенно вкусной, Вы будете хорошо есть, переваривать и усваивать пищу. Желудок будет работать хорошо и регулярно. Исчезнет вялость кишечника... С каждым последующим сеансом будут исчезать болевые ощущения... проходит тошнота... совершенно исчезает рвота... Исчезли беспокоившие Вас отрыжки и изжоги... Вы поправляетесь, Вы выздоравливаете... С каждым последующим днем, с каждым сеансом устраняются болезненные урчания, вздутия, живот становится мягким, безболезненным... улучшается Ваш ночной сон!».

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

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

Показателями эффективности лечения больных язвенной болезнью для нас служили: 1) данные клинических и лабораторных исследований больного до, во время и после лечения. Особое внимание при этом уделялось данным рентгеноскопии и рентгенографии желудка; 2) частота,

длительность и интенсивность приступов рвоты, болей — как наиболее выраженных проявлений болезни; 3) исчезновение при рентгеновском исследовании симптома «ниши», отмечавшегося до лечения (рис. 38, а, 38, б). Нарастание веса больного; 4) длительность ремиссии, наступавшей у больного после гипнотерапии.

Нами учитывались как субъективные ощущения больного, так и сообщения его родственников после выписки больного домой.

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

Для иллюстрации приводим краткие выписки из истории болезни.

I Больной К., 45 лет. Находился на амбулаторном лечении со 2/X 1952 г. I Клинический диагноз: язвенная болезнь, неврастения. Впервые диспепсические явления возникли в 1944 г. Появились изжога, отрыжка. К этому периоду относится ряд неприятностей, как по службе, так и в семейной жизни. В 1945 г. появились рвоты и боли в области желудка. Боли после приема пищи успокаивались. Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где после соответствующих исследований (рентгеноскопия желудка, анализ желудочного содержимого) был поставлен диагноз: язвенная болезнь (язва на малой кривизне желудка). Отмечает, что заболеванию предшествовали упорная бессонница, не поддававшаяся снотворным, хронические загоры, общее недомогание. Имели место частые ссоры с женой (ссоры происходили за обедом, так как в другое время редко бывал дома — много работал). Диета и другие виды лечения эффекта не давали. Дважды лежал в стационарах. Болезненные явления нара-

211

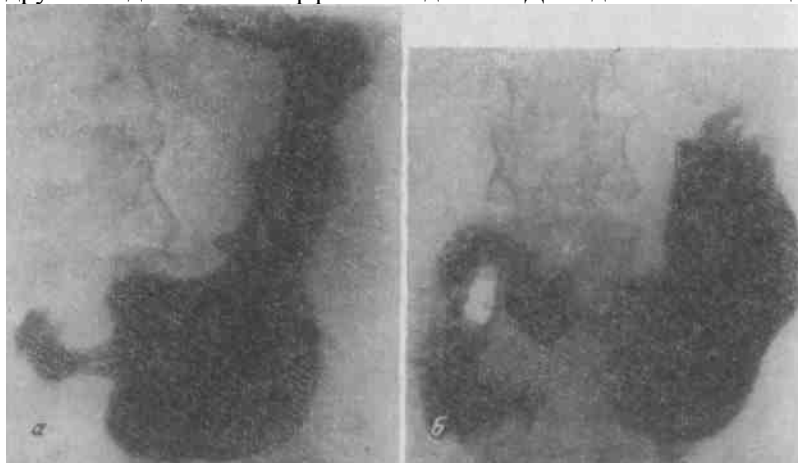


Рис. 38. Рентгенограмма желудка больного Д-ва.

а — до лечения. На придельном снимке видно нишевое выпячивание («симптом ниши»); б — исчезновение при рентгеновском исследовании «симптома ниши» после курса лечения гипнотерапией.

стали, но от операции, которая была предложена в связи с предполагаемым желудочным кровотечением [реакция Грегерсена положительная (+++), рвоты с примесью крови], — отказался. В дальнейшем состояние улучшилось, и больной был выписан из больницы в удовлетворительном состоянии. Оставались частые рвоты, отрыжка, запоры, временами боли в эпигастральной области. Явился на амбулаторное лечение к психотерапевту в связи с упорной бессонницей и рвотами. Объективно: язык покрыт белым налетом. Живот правильной формы, несколько вздут, при пальпации урчание и болезненность в эпигастральной области, при глубокой пальпации легкая ригидность прямых мышц живота. Печень и селезенка не прощупываются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Симптомов органического поражения нервной системы не обнаружено. Эмоциональная неустойчивость. Резко повышенная внушаемость (пробы 2-я и 3-я на внушаемость — положительные). Со стороны других органов патологии не выявляется. Вес тела 65,3 кг. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Клинический анализ крови: НЬ 70%, зр. 3 700 000, л. 7600 э. 3%, п. 3%, с. 69%, лимф. 25%. Реакция Грегерсена отрицательная. Рентгеноскопия (13/X 1952 г.): контрастная масса широко проходит по пищеводу; контуры желудочного пузыря нормальные, тесно прилегают к куполу диафрагмы; складки слизистой в пределах нормы. Желудок атоничен. Перистальтика вялая; на малой кривизне желудка остается стойкое скопление контраста («ниша»); желудок смещаем, пальпация его болезненна; через 30 мин

в желудке

212

осталось немного контрастного вещества, изменения по ходу кишечника не определяются. Анализ желудочного содержимого до лечения: натощак общее количество желудочного сока — 50,0; общая кислотность — 42, свободная соляная кислота — 8. Через 55 мин после пробного завтрака: количество желудочного сока — 20,0, общая кислотность—108, свободная соляная кислота—94.

! Слизи (И—Н), крови и желчи в содержимом нет. Микроскопия: измененные лейкоциты не густо покрывают поле зрения, клетки плоского эпителия 0—1 в поле зрения. После 5-го сеанса гипнотерапии стал хорошо спать, бессонница исчезла совершенно. После 7-го сеанса прекратились рвоты, улучшился аппетит, исчезли запоры. За месяц лечения прибавил в весе 3,5 кг, прекратились боли в желудке. Отрыжка беспокоит меньше. При рентгеноскопии желудка «ниша» не выявлена. Анализ желудочного содержимого после лечения: натощак общее количество — 6,0; общая кислотность — 15, свободной соляной кислоты — 10. Через 55 мин после пробного завтрака количество желудочного сока — 10,0. Общая кислотность снизилась до 30. Свободная соляная кислота — до 40. Слизь (++)• Крови и желчи нет. Микроскопия: единичные лейкоциты в поле зрения. Клетки слущенного плоского эпителия — 1—2 в поле зрения. Курс лечения — 20 сеансов гипнотерапии. Наблюдение за больным продолжается уже в течение 3 лет и 2 месяцев. Состояние остается хорошим. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Больной К., 25 лет. Клинический диагноз: язвенная болезнь; невроз типа истерии. Доставлен в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 2/Ш 1955 г. сантрэкспортом. Больным себя считает с 1943 г., когда впервые появились боли в эпигастральной области, изжога, тошнота. Заболеванию предшествовал ряд психических травм (смерть отца и матери). В 1954 г. был демобилизован из армии по поводу язвенной болезни. 13/1 1955 г. появились рвота, резкие боли в эпигастральной области, изжога. Боли были настолько интенсивными, что больной, стараясь «заглушить» их, порезал себе ножом кожу живота. В 1954 г. лежал в госпитале, где при рентгеноскопии была обнаружена «ниша» и впервые был поставлен диагноз язвенной болезни (язва двенадцатиперстной кишки). Объективно: язык влажный, слегка обложен белым налетом, губы сухие. Живот втянут, болезнен при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. На коже живота 5 глубоких царапин — порезов ножом. Печень и селезенка не прощупываются. Вес тела 53 кг, артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Больной возбудим, вспыльчив, обидчив, легко переходит от слез к смеху. Повышенная внушаемость (приемы 3-й и 4-й на внушаемость ■— положительные). Глоточный рефлекс крайне вялый, симптом Ромберга резко положителен, по истерическому типу. Сухожильные рефлексy высокие, равномерные. Дермографизм красный, стойкий, разлитой, анестезия эпигастральной области по истерическому типу, резкий тремор рук, век, языка. В остальном симптомов органического поражения центральной нервной системы нет, других изменений со стороны внутренних органов, кроме отмеченных выше, не обнаружено. Анализы и исследования. Клинический анализ крови от 1/IV 1955 г.: НЬ 68%, л. 6100, э. 3%, п. 8%, с. 55%, лимф. 32%, мон. 2%;

I РОЭ 10 мм в час. Реакция Грегерсена дважды отрицательная. Рентгеноскопия

| желудочно-кишечного тракта: складки слизистой утолщены, больше в антральной части; желудок несколько гипертоничен; луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы и очертаний. После ее опорожнения остается небольшое стойкое пятно («ниша») контрастного вещества в области рецессуса; нисходящая часть двенадцатиперстной кишки периодически спазмирована. При рент-

геноскопии кишечника изменений не найдено. Анализ желудочного содержимого, мочи и мокроты без особенностей.

После 7-го сеанса гипнотерапии боли в эпигастральной области исчезли,

| прекратились рвота и отрыжка. После 9-го сеанса наладился сон, больной стал спать 12—14 ч в сутки без снотворных. При рентгеноскопии желудка — небольшое стойкое пятно («ниша») в области рецессуса. Всего на курс лечения — 30 сеансов гипнотерапии. При повторной рентгеноскопии после 25-го сеанса

| «ниши» выявить не удалось. Исчезли запоры, улучшился аппетит (прибавил в весе за время лечения на 3,1 кг). Появилось бодрое, жизнерадостное настроение. Больной выписан. Отдаленные результаты прослежены в течение 2 лет. Рецидива заболевания нет (наблюдение П. И. Буля).

213

После окончания курса гипнотерапии все наши больные систематически являлись на

обследование, и им проводилась повторная рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. После начала гипнотерапии 50 больным были отменены все виды медикаментозного и физиотерапевтического лечения. Другие 50 больных велись на смешанной (комплексной) терапии, включавшей применение обычных медикаментозных средств и гипнотерапии, а 10, кроме гипнотерапии, получали при приступах болей инъекции промедола, атропина и некоторые физиотерапевтические процедуры. Все больные получали соответствующий диетический стол. При сравнительной оценке эффективности лечения наилучший результат был получен у больных, получавших комплексную терапию (табл. 13).

Механизмы терапевтического действия гипнотерапии при язвенной болезни представляются нам в следующем виде. Под влиянием внушения гипнотического сна процесс торможения, раз возникнув, начинает иррадиировать по коре головного мозга и захватывает при достаточной интенсивности тормозного процесса «очаги застойного возбуждения». Известно, что болевое раздражение, откуда бы оно ни исходило, превращается в болевое ощущение только в коре полушарий головного мозга. Можно себе представить, что при торможении коркового анализатора ощущение боли исчезает. Это положение подтверждается практикой. Всем психотерапевтам хорошо известно, что в глубоком гипнозе исчезает болевая чувствительность. Вот почему в гипнозе удается снять приступ болей у язвенного больного. В гипнотическом сне речевым воздействием удается устранить явления спазма, волну антиперистальтики (устранить акт рвоты). При длительном пребывании больного в гипнотическом сне удается понизить соответствующими внушениями секрецию желудочного сока.

Наконец, нам представляется особенно важным то, что в длительном гипнотическом состоянии (гипнозе-отдыхе) при достижении глубокой степени сна наступает спазм кожных сосудов и

Таблица 13

Сравнительная оценка результатов комплексной терапии и только гипнотерапии

Вид лечения	Количество	Результаты лечения		
		ремиссии	улучше	без
Комплексная терапия (медикаменты и гипноз)	50	со со со	14	3
Гипнотерапия.....	50		15	5
Итого	100	63	29	8
Примечание. Отсутствие достоверно эффективности комплексной и гипнотерапии объясняется на гипнотерапию (неэ(дыдущего медикаментоз	/ (2=	,0;	P>	0,1
	1	ЗЛ	ия	.
	"о	ИЧ	в и	эф-
	ра	ра	(м	"ди
	ой	пи	П	-
	те	оте	И	как
	гип	р а	И	ны
	н)О	бо	х
	тод	М	ль	тре
	бо	ив	:ть	-
	хре	но	1И	
	кт	ле	Я).	
	ног	че		
	о			

викарное расширение сосудов, питающих стенку желудка. Во время гипноза-отдыха питание и кровоснабжение участка слизистой желудка, пораженного язвой, улучшается, что способствует процессу активного рубцевания, заживания язвы.

Внушение хорошего аппетита, сна, бодрости и хорошего самочувствия в свою очередь благоприятно сказывается на течении болезни, повышая сопротивляемость организма, усиливая его восстановительные регенеративные процессы.

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

В результате применения длительного и глубокого гипнотического сна и прямого внушения нами получены следующие результаты: 1) стойкая и длительная ремиссия получена у 63 человек из 100 больных, из них у 30 она длится свыше 2 лет, у 15 — свыше 1/2 лет. Ремиссия от полугода до года наблюдается у 18 человек. У всех больных этой группы ремиссия продолжается; 2) значительного улучшения (прекратились боли, исчезли рвоты, устранились запоры) удалось добиться у 29 больных, которые вернулись

к работе; 3) у 8 больных применение гипнотерапии эффекта не дало.

Следует отметить, что у этих больных не удалось получить

[, гипнотического сна из-за плохой внушаемости и гипнабельности. При анализе эффективности гипнотерапии больных язвенной болезнью выступает отчетливая зависимость лечебных результатов от глубины гипнотического сна. Чем глубже развивалось гипнотическое состояние у наших больных, тем выше был лечеб-

ный эффект. Все больные, у которых применение гипнотерапии

[оказалось безрезультатным, относятся к лицам с плохой гипна-

I бельностью (табл. 14).

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы: гипнотерапия является физиологически патогенети-

Таблица 14

Эффективность гипнотерапии в зависимости от глубины гипнотического сна

Глубина гипнотического сна	Всего больных	Результаты лечения		
		ремиссии	улучше-ние	без эффекта
I степень	18	9	7	2
II »	31	21	10	0
III »	45	33	12	0
Гипноз не развился	6	—	—	6
Итого . . .	100	63	29	8
Примечание.	X ² = 75,3; P > 0,002.			
Статистический ана. достоверную зависил гипнотерапии от гл сна.	тиз указывает на до- юсть эффективности гипнотического сна.			

215

чески обоснованным методом лечения больных язвенной болезнью; этот метод показан особенно тем больным, у которых обычная медикаментозная терапия оказалась недостаточно эффективной. При лечении больных язвенной болезнью следует добиваться глубоких степеней гипнотического сна; сон должен быть длительным, не менее 10—12—14 ч в сутки, включая ночной сон.

ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ХРОНИЧЕСКИЕ ХОЛЕЦИСТИТЫ

Еще С. П. Боткин указывал на факты возникновения «эмоциональной желтухи», наступавшей вслед за психическими травмами и сильными переживаниями. Он считал возможным возникновение приступа желчнокаменной болезни после ряда нервных переживаний. Эти факты, описанные известным клиницистом, получают в настоящее время новое толкование в свете учения о взаимосвязях коры головного мозга и внутренних органов, в частности желчного пузыря.

Рентгенологические исследования лиц, находящихся в гипнотическом состоянии, показали

изменения формы и положения желчного пузыря и его опорожнения под влиянием внушения приема жирной пищи. Было также доказано возникновение длительного спазма желчного пузыря при внушении отрицательных эмоций. (П. И. Буль и И. Н. Преображенская, 1958).

Результаты наших исследований дают основание предполагать, что спазм желчного пузыря и возникающие в связи с ним болевые ощущения, а также длительный застой желчи в пузыре являются первичной, ведущей причиной заболевания.

Несомненным является тот факт, что длительный спазм желчного пузыря, застой в нем желчи, а также всасывание жидких ее частей могут в конце концов способствовать образованию песка и небольших камней в желчных ходах и в желчном пузыре. Такой образовавшийся камень, если он не закупоривает просвета желчного хода, не дает о себе знать долгое время. При психической травме и возникающем при этом спазме желчных протоков или желчного пузыря камень может быть прижат к стенкам хода и начнет раздражать соответствующие интерорецепторы, вызывая болевой синдром — приступ желчнокаменной болезни.

В свою очередь возникающая центростремительная импульсация вызывает в коре головного мозга очаги «застойного возбуждения» и ответный поток центробежных импульсов к месту раздражения. М. В. Черноуцкий (1947) образно назвал подобные заболевания «висцеро-кортикальными». Такое представление помогает представить себе механизм приступа желчнокаменной болезни под влиянием психических переживаний.

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

216

В настоящее время разрабатывается учение о заболевании желчных путей и желчного пузыря, возникающих вследствие нарушения их иннервации. Вводится понятие о так называемых дискинезиях. Под этим термином понимают нарушение двигательной функции системы желчных путей, в том числе сфинктера Одди в устье общего желчного протока и сфинктера Люткенса в шейке желчного пузыря. А также нарушение двигательной функции самой мышечной стенки желчного пузыря.

При нарушении нервной регуляции вследствие патологических I импульсов из «функционально ослабленной» коры и высших вегетативных центров возникают дискинезии желчных путей.

Многие хирурги при оперативных вмешательствах по поводу выраженной печеночной колики или острого приступа холецистита уже давно обращали внимание на своеобразное состояние желчного пузыря — его увеличение, переполнение концентрированной желчью при отсутствии каких-либо признаков воспаления или органических препятствий для его опорожнения. «К дискинезиям надо отнести многие случаи, когда болезненные проявления со стороны желчных путей и пузыря возникают в связи с душевными потрясениями, гневом, испугом. Сюда же, видимо, относится скоропреходящая так называемая эмотивная желтуха, представляющая собой результат длительного спазма сфинктера Одди. Дискинезии желчных путей занимают исходное положение в патогенезе других форм поражения желчного пузыря, в значительной степени способствуя развитию как желчных камней, так и инфекции. Дискинезии желчных путей представляют как бы раннюю функциональную стадию желчнокаменной болезни и некоторых форм холецистита. Дискинезии желчных путей представляют собой частный случай общего невроза (в порядке кортико-висцеральных нарушений). Поэтому они часто сочетаются с другими неврогенными патологическими состояниями» (А. Л. Мясников, 1956).

Нас интересовал вопрос: можно ли стимулировать выделение ¹ желчи и вызвать длительный спазм желчного пузыря путем рече-; вого воздействия.

В наших исследованиях нам не удалось прямым внушением повлиять на функцию желчного пузыря. Косвенное же внушение >, оказалось достаточно действенным (П. И. Буль и И. Н. Преображенская, 1958).

Объектами нашего исследования явились 20 больных в возрасте I от 15 до 60 лет, находившихся на излечении в госпитальной тера-1 певтической клинике I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова по поводу | заболеваний органов дыхания. Все эти больные не предъявляли j жалоб на состояние желудочно-кишечного тракта, печени и желч-Вного пузыря. Основным методом, применявшимся для их лечения, t был гипноз. Методика исследования заключалась в рентгенологическом исследовании желчного пузыря у заранее подготовленных i больных. Больные в положении стоя погружались в гипнотическое состояние. Подготовка больных проводилась с применением били-1 траста (отечественного препарата фенилпропионовой кислоты).

217

Накануне исследования в 20 ч исследуемый принимал 3 г били-траста, запивая его сладким чаем. На следующий день утром давался только сладкий чай. Затем делалась очистительная клизма и производилось рентгенологическое исследование через 14—15 ч после приема билитраста. Исследуемым, погруженным в гипнотический сон, внушалось чувство сытости от насыщения жирной, вкусной пищей, т. е. проводились внушения, которые, как мы предполагали, должны были вызвать реакцию со стороны желчного пузыря (изменить его положение и форму). Формула внушения была примерно такова: «Вы видите перед собой на столе множество вкусных, питательных жирных блюд (яичницу с салом, колбасу, масло, ветчину с горчицей, свинину и др.). Вы начинаете есть, выбирая то, что Вы любите ... Пища очень жирная, вкусная, хорошо приправлена ... Вы насыщаетесь, Вы чувствуете, как пища наполняет Ваш желудок ... Вы наелись досыта жирной, вкусной пищи ... Вы чувствуете тяжесть в подложечной области. После еды Вы будете хорошо отдыхать, спокойно переваривая вкусную, съеденную Вами пищу ...», и т. д. Рентгенологические исследования (рентгеноскопия и рентгенография) производились до погружения исследуемых в гипнотический сон и через 15—25 мин после начала внушения. У некоторых обследуемых рентгенография желчного пузыря производилась, кроме того, через 15—20 мин после погружения в гипнотический сон, но до начала внушения чувства сытости, а затем через 25 мин после конца внушения. Такое исследование позволяло сравнить форму желчного пузыря человека в бодрствующем состоянии, в состоянии гипнотического сна и при внушении чувства сытости. Иногда такое исследование повторялось для контроля: после такой же предварительной подготовки, как и при первом исследовании, производилось рентгенологическое обследование желчного пузыря. Затем испытуемый съедл яичный желток, и без применения метода гипноза через 25 мин снова исследовался желчный пузырь.

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

Кроме того, иногда проводилось контрольное наблюдение другого рода. Оно заключалось в рентгеноскопии и рентгенографии желчного пузыря после обычной предварительной подготовки, но без внушения чувства сытости и без приема яичного желтка. Производилось два рентгенологических обследования с промежутком в один час. Цель такого исследования заключалась в том, чтобы выяснить, не может ли возникать самопроизвольная, не вызванная нашим вмешательством эвакуация содержимого желчного пузыря. Всякий раз рентгенографии желчного пузыря (для исключения дыхательных экскурсий диафрагмы и движений желчного пузыря) предшествовало внушение задержки дыхания в момент вдоха. Полученные рентгенограммы подвергались рентгенологическому анализу и измерениям.

218

Проведенные исследования могут быть иллюстрированы тремя примерами.

Пример первый.

Исследуемая А., 35 лет.

1. При рентгеноскопии до погружения в сон желчный пузырь располагался справа с наклоном от позвоночника, косо по отношению к средней линии живота, с наклоном вниз и вправо. Форма пузыря овальная, основная часть контрастной массы располагалась в области дна и тела пузыря. На рентгенограмме желчный пузырь имеет такую же овальную форму. Расположен он на

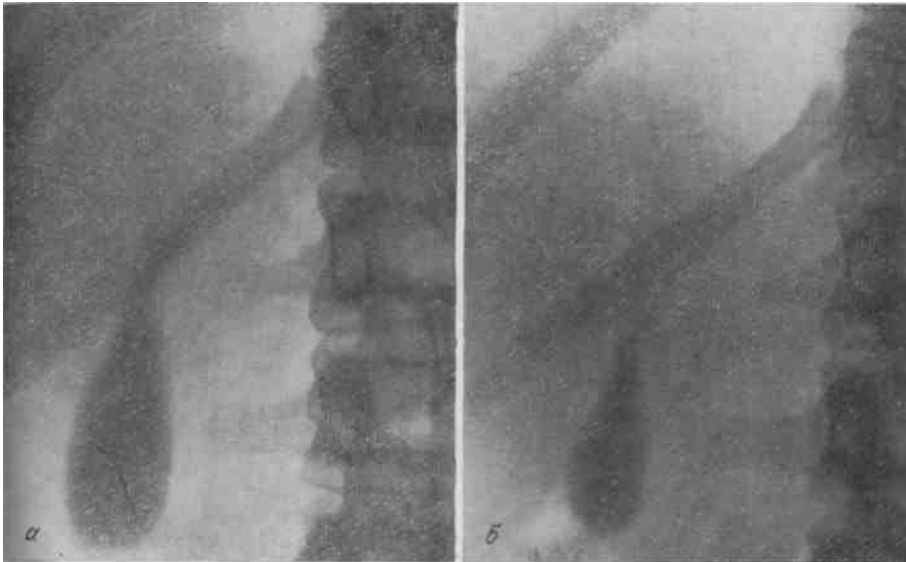


Рис. 39.

а — рентгенограмма желчного пузыря больной А-й, находящейся в глубоком гипнотическом состоянии. Никаких внушений испытуемой не сделано. На рентгенограмме видна тень желчного пузыря. Форма пузыря овальная, большая часть контрастного вещества располагается в области его дна; б — рентгенограмма желчного пузыря той же больной через 20 мин после сделанного внушения о том, что она съела вкусную жирную пищу. На рентгенограмме отчетливо видно уменьшение размеров пузыря, сокращение его и небольшой подъем кверху, а также уменьшение поперечного размера, свидетельствующие о эвакуации желчи а контрастного вещества в ответ на словесное внушение.

уровне IV—V поясничных позвонков. Расстояние от нижнего полюса до соответствующего по уровню позвонка (т. е. до V поясничного) — 5 см. Наибольший поперечник пузыря равен 2,9 см.

2. После погружения в глубокий гипнотический сон желчный пузырь, по данным рентгеноскопии, располагался также справа от позвоночного столба ■ так же наклонно по отношению к средней линии живота. Форма пузыря оставалась овальной, с расположением большей части контрастной массы в области его дна. При изучении соответствующей рентгенограммы оказывается, что дно Пузыря несколько опустилось, а расстояние от нижнего полюса его тени до соответствующего по горизонтальному уровню позвонка (L_v) стало равным 5,2 см.

Наибольший поперечник пузыря по-прежнему равен 2,9 см (рис, 39, а).

219

Ж

3. В момент внушения чувства насыщения жирной пищей желчный пузырь исследуемой (как показала рентгеноскопия) располагался с несколько меньшим наклоном по отношению к средней линии. По форме он становился более узким, вытянутым, происходило сокращение пузыря, и контрастное вещество более или менее равномерно располагалось на всем его протяжении. Был замечен переход желчи в протоки. На рентгенограмме уровень расположения пузыря — от $L_{,,}$ до L_u . Расстояние от нижнего его полюса до L_u — 4,8 см. Наибольший поперечник пузыря равен в этом случае 2,8 см (рис. 39, б).

Следовательно, данные как рентгеноскопии, так и рентгенографии показывают, что при внушении исследуемому чувства сытости от насыщения жирной пищей желчный пузырь сокращается. При сравнении рентгенограмм, полученных до погружения в гипнотический сон и во время внушения чувства сытости, выяснилось, что изменились как протяженность тени пузыря (вместо L_j-y-L_v уровень расположения стал соответствовать L_m-L_u), так и степень наклона его к средней линии. К позвоночному столбу приблизился нижний полюс тени пузыря, и положение последнего стало более косым, чем в начале исследования. Форма желчного пузыря после внушения стала вытянутой; контрастное вещество, занимавшее ранее главным образом дно и тело его, заполнило отчасти и шейку, вследствие чего наибольший поперечник пузыря значительно уменьшился (вместо 2,9 см стал равен 2,3 см).

Что касается рентгенологических данных, полученных после погружения в гипнотический сон, но до начала внушения, то они характеризуются лишь некоторым изменением в расположении пузыря, нижний полюс которого сместился несколько вправо (вместо 5 см расстояние от него до

края соответствующего по уровню позвонка стало равным 5,2 см) и вниз.

Пример второй.

Исследуемая В., 40 лет.

1. До погружения, в гипнотический сон (при рентгеноскопии) желчный пузырь располагался справа от позвоночного столба, причем тень органа в своей левой части несколько наслаивалась на тень позвоночника. Длинная ось желчного пузыря лежала почти параллельно средней линии живота, и тень его имела форму округлого овала. Контрастная масса располагалась в области дна и тела пузыря. На рентгенограмме желчный пузырь, имеющий такую же овальную форму, как и при рентгеноскопии, расположен на уровне IV—V поясничных позвонков. Расстояние от нижнего полюса пузыря до соответствующего по уровню позвонка составляет 2,3 см. Наибольший поперечник пузыря равен 3,2 см (рис. 40, а).

2. В момент внушения чувства сытости желчный пузырь исследуемого, как показали данные рентгеноскопии, располагался также справа от позвоночника, тень его несколько опустилась. Форма пузыря стала вытянутой, контрастная масса распределялась равномерно на всем протяжении органа. Пузырь равномерно сократился, контрастная масса постепенно переходила в желчные протоки. На рентгенограмме расположение пузыря оставалось прежним, только несколько опущенный нижний полюс его тени стал отстоять от края не на 2,3 см, а на 3 см. Наибольший поперечник уменьшился и стал равным также 3 см. Пузырь приобрел форму вытянутого овала.

3. Исследование через несколько дней, проведенное для контроля, дало вначале картину такую же, как и при первом исследовании,

4. Картина, полученная при исследовании, проведенном через 20 мин после приема яичного желтка, соответствовала картине, полученной в результате внушения чувства насыщения с той лишь разницей, что при рентгеноскопии наблюдалась более заметная эвакуация контрастного вещества в желчные протоки (рис. 40, б).

Следовательно, внушение чувства насыщения жирной пищей и в этом случае повлияло как на функцию и форму желчного пузыря, так и на его положение. Форма желчного пузыря стала более вытянутой, а положение его нижнего полюса несколько более

220

отклоненным — вниз и вправо. Сравнение этих данных с результатами повторного (контрольного) исследования показывает в данном случае сходство влияния на форму пузыря словесного внушения и естественного раздражителя (яичного желтка). Пример третий.

Исследуемый Д., 28 лет.

1. До погружения в сон желчный пузырь располагается справа от позвоночника параллельно средней линии живота (данные рентгеноскопии). Пузырь

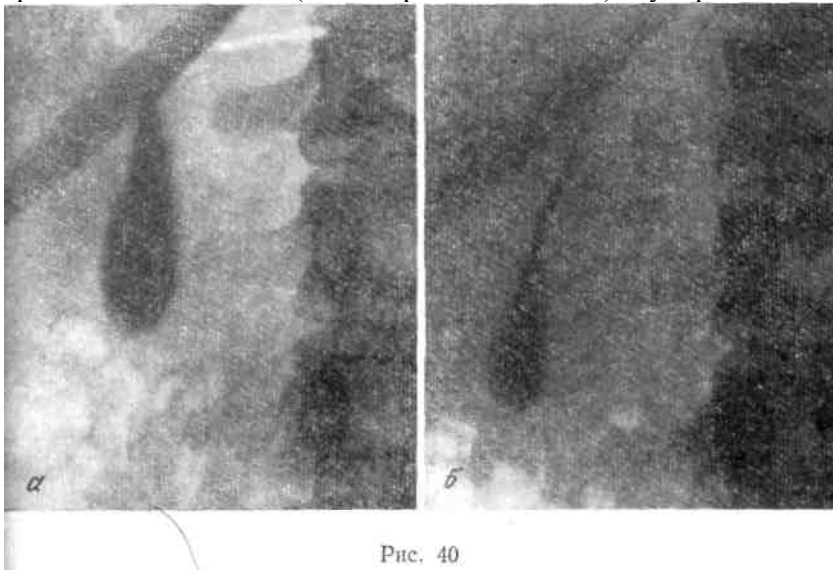


Рис. 40

а — на рентгенограмме желчного пузыря исследуемой В-ва, находящейся в гипнотическом состоянии, видна тень желчного пузыря овальной формы, со скоплением контрастного вещества в области дна и тела пузыря. Никаких словесных внушений не сделано; б — рентгенограмма желчного пузыря, сделанная через 20 мин после приятия желтков 2 яиц (натуральный раздражитель). Исследуемая В-ва по-прежнему спит глубоким гипнотическим сном. Никаких

внушений не сделано. На рентгено-*Б* грамме видно некоторое сужение и сокращение желчного пузыря с выходом конт-к растного вещества в область тела, шейки и протоков. Форма желчного пузыря из овальной стала суженной кверху.

имел форму овала, основная часть контрастного вещества располагалась в области дна и тела пузыря. После погружения в гипнотический сон произведен снимок.

При рентгенограмме желчный пузырь, имеющий овальную форму, расположен на уровне L_{IV} — L_{V} , расстояние от нижнего его полюса до соответствующего по уровню (IV поясничного) позвонка равно 0,3 см. Наибольший поперечник пузыря равен 2,9 см. Никаких внушений больному не сделано.

2. При рентгеноскопии, проведенной через 20 мин после приема яичного желтка больным, находящимся в гипнозе, оказалось, что желчный пузырь расположен справа от позвоночного столба, почти параллельно средней линии, с незначительным наклоном вниз и влево. Пузырь несколько сузился, стало заметным его постепенное сокращение, контрастное вещество перешло в область тела, шейки и протоков. На рентгенограмме уровень расположения желчного Пузыря — L_{III} — L_{IV} расстояние от нижнего полюса Z_{IV} — 0,1 сл. Форма пузыря—суживающаяся кверху, с наибольшим расположением контрастного Вещества в области тела, Наибольший поперечник равен 2,7 см.

221

/

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

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

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

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

Анализ полученных нами данных показывает, что внушение чувства насыщения жирной, вкусной пищей оказывает влияние на положение и форму желчного пузыря. Если при погружении в гипнотический сон нижний полюс пузыря чаще всего отклоняется несколько влево и вниз или иногда остается в прежнем, неизменном положении, то после внушения этот же полюс в большинстве случаев отклоняется вправо и лишь в единичных — влево, по сравнению с положением до погружения в сон. Эта реакция может быть объяснена тем, что желчный пузырь, будучи подвижным органом, меняет свое положение при внушении в связи с началом эвакуации содержимого, повышением тонуса и сокращением своих стенок, — сокращением, которое является активным мышечным актом и сопровождается уменьшением размеров пузыря. Это равномерное и постепенное уменьшение размеров органа было замечено у всех исследованных лиц. Что же касается положения пузыря после погружения в сон, но до начала внушения, то оно чаще всего характеризуется некоторым смещением влево и вниз или остается неизменным. Некоторое опускание дна пузыря в этих случаях может быть объяснено понижением тонуса стенок пузыря и его расслаблением, которое также рассматривается как активный мышечный акт (Л. Д. Линденбратен, 1953).

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

Сравнение результатов этих наблюдений с контрольными исследованиями выявляет однотипность реакции желчного пузыря на

222

словесное внушение и на действие такого безусловного раздражителя, как яичный желток. Различия, которые выявляются между данными первого и повторного исследования у одного и того же лица, незначительны и выражаются лишь в разной степени изменения положения и формы самого пузыря. О том, что это не является следствием самопроизвольной эвакуации контрастного вещества, свидетельствует исследование, проведенное без внушения и без приема желтка.

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

В реакциях желчного пузыря на внушение ощущения сытости влияния возраста и пола обследуемых заметить не удалось.

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

Наши исследования показали, что таким активатором деятельности желчного пузыря может быть не только пищевой продукт, содержащий белки и жиры, но и словесное внушение. В дальнейшем, внушая больному, что им съедены желтки, нам удавалось вызывать ответные реакции желчного пузыря, такие же, какие вызывает и натуральный раздражитель. Важно лишь, чтобы больной до этого неоднократно получал желтки. Для клиницистов представляет особый интерес, факт возникновения длительного спазма [желчного пузыря под влиянием сильной отрицательной эмоции. Так, у наших больных при внушении им тех или иных ранее перевитых отрицательных эмоций неоднократно возникал длительный [спазм желчного пузыря, сопровождающийся застоем желчи.

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

223

L

наиболее импонируют взгляды М. В. Черноруцкого, относившего хронические холециститы к «висцеро-кортикальным» заболеваниям.

Среди больных бронхиальной астмой и язвенной болезнью, которые лечились гипнозом, было несколько человек, страдавших одновременно и хроническим холециститом. Эти больные заявили нам, что приступы болей в эпигастральной области справа, тошнота, рвота и другие проявления хронического холецистита под влиянием гипнотерапии у них исчезли. Эти наблюдения были подкреплены описанными выше специальными исследованиями, проведенными нами совместно с И. Н. Преображенской, показавшими влияние словесного внушения на форму и положение желчного пузыря. Исходя из этих данных и описанных выше рассуждений, мы решили применять внушение в гипнозе для лечения больных, страдающих хроническими холециститами.

Гипнотерапия больных хроническими холециститами начала нами проводиться начиная с 1953 г. Такое лечение получили 20 больных, находившихся в клинике госпитальной терапии 1 ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Отдаленные результаты, прослеженные нами в течение 12—18 месяцев, дали весьма обнадеживающий результат. Из 20 больных у нас находилось на излечении 12 женщин и 8 мужчин. По длительности заболевания наши больные распределялись следующим образом: до 1 года — 5 человек, от 1 года до 10 лет — 7, от 11 до 20 лет — 5, от 21 года до 30 лет — 3 человека. Возраст больных: с 10 до 20 лет — 2 человека, от 21 года ' до 30 лет — 8, от 31 года до 40 лет — 5, от 41 года до 50 лет — 3 и от 51 года до 60 лет — 2 человека.

По тяжести заболевания (частота приступов и обострений) больные разделялись на три группы. Лица, у которых приступы болей и рвоты возникали по несколько раз в год и только после нарушений пищевого режима, мы относили к группе больных легкой степени заболевания. Лица, у

которых обострения возникали по несколько раз в месяц без нарушений пищевого режима, — к группе больных средней степени тяжести. Лица, нуждавшиеся в стационарном лечении, у которых приступы протекали ежедневно, — к группе больных тяжелой степени заболевания. У 10 больных отмечались явления функционального расстройства нервной системы.

У 20 больных хроническим холециститом 10 отметили первый приступ болей, тошноты и рвоты после психических травм и длительных отрицательных эмоций. У 5 больных заболевание возникло вслед за пищевой интоксикацией «подозрительными», по словам больных, продуктами. У 5 больных заболевание хроническим холециститом выявилось вслед за инфекционным поражением пищеварительного тракта (понос, диспепсические явления, температурная реакция и т. д.).

В качестве иллюстраций приводим выписку из истории болезни больной, у которой заболевание холециститом возникло после тяжелой психической травмы.

224

Вольная В., 46 лет. Клинический диагноз: хронический холецистит. Больная поступила в клинику госпитальной терапии 5/X 1954 г. с жалобами на сильные боли в эпигастральной области справа, тошноту, рвоту, отрыжку, чувство сухости и горечи во рту, плохой аппетит. Боли возникли внезапно ночью, после происшедшей за несколько часов до этого ссоры с мужем и его заявления о разрыве. В этот вечер муж покинул дом. Больная тяжело переживала разрыв, долго плакала, а ложась спать, почувствовала неприятную тошноту, долго не могла уснуть, наконец, забылась тяжелым сном. Через IV₂—2 ч внезапно проснулась от сильного приступа болей в правом подреберье и тошноты. Очень испугалась этих новых для нее ощущений, так как дома больше никого не было. Вскоре началась рвота, сначала пищей, потом желчью. На стоны больной пришла соседка, которая вызвала скорую помощь. Врач неотложной помощи сделала инъекцию какого-то лекарственного вещества и сказала, что у больной приступ холецистита. Посоветовала положить грелку, выписала лекарство и предложила на следующий день обратиться в поликлинику. В дальнейшем больная была госпитализирована, и диагноз холецистита подтвердился. Объективно при поступлении: больная среднего роста, правильного сложения, кожа и видимые слизистые чистые, бледные; подкожно-жировой слой выражен избыточно; лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при ощупывании. Пульс — 64 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов и акцентов нет. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Число дыханий — 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: чистое, везикулярное дыхание. Подвижность легочных краев легких — 6 см. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут. Пальпация брюшной полости болезненна в эпигастральной области справа (в правом подреберье). Пальпируется край печени, выступающий из-под реберной дуги на 0,5 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице с обеих сторон отрицательный. Почки не пальпируются. Другие внутренние органы без патологии. Больная контактна, эмоционально лабильна. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Дермографизм красный, разлитой, стойкий. Тремор рук, век, языка. Внушаемость резко повышена (пробы на внушаемость 3-я и 4-я положительные). Анализ крови: эр. 4 200 000, НЬ 70%, л. 9250, э. 1%, п. 6%, с. 53%, лимф. 37%, мои. 3%; ТОЭ 20 мм в час. Анализ мочи и кала без особенностей. Анализ желудочного содержимого — незначительное снижение кислотности. | Анализ дуоденального содержимого: порция «А» — золотисто-желтого цвета, слегка мутная; слизь в небольшом количестве, в слизи — лейкоциты, 1—3—5 в поле зрения; клетки плоского эпителия в небольшом количестве. Порция «В» — оливковая, прозрачная; слизь в небольшом количестве, в слизи — единичные лейкоциты. Порция «С» — желтая, прозрачная, в слизи лейкоциты в значительном количестве, до 15—20 в поле зрения. Рентгеноскопия органов грудной полости: диафрагма удовлетворительно подвижна; легочные поля повышено прозрачны; легочный и корневой рисунок без особенностей; сердце в размерах | не увеличено, аорта в норме. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без особенностей.

Длительно и упорно лечилась обычными методами, но без эффекта. 15 сеансов гипнотерапии оказали хорошее лечебное действие. Ремиссия длится год (наблюдение П. И. Буля).

В процессе лечения были выработаны показания и противопоказания для гипнотерапии больных хроническим холециститом.

Показаниями служили: 1) острое начало в связи с отчетливо выявленной психической травмой или тяжелыми переживаниями; 2) наличие выраженных проявлений функционального расстройства

нервной системы; 3) отсутствие эффекта от применения обычной медикаментозной терапии; 4) условнорефлекторный механизм воз-

1/а8 П, И, Буль

225

никновения повторных приступов болей и рвоты; 5) отсутствие предубеждения больного против гипнотерапии.

Противопоказаниями для гипнотерапии больных хроническим холециститом являлись: 1) возникновение холецистита после пищевой интоксикации; 2) наличие высокой температуры и диспепсических нарушений; 3) наличие деформаций, спаек и других органических изменений желчного пузыря, выявленных при холецистографии; 4) произведенное оперативное вмешательство на пузыре (холецистостомия).

Все больные обследовались в клинике до начала гипнотерапии, а также во время и после ее применения. Десять больных подвергались только гипнотерапии, а все другие медикаментозные и физиотерапевтические назначения, кроме экстренных при сильных болях, им были отменены. Десять других больных пользовались смешанной, комплексной терапией, включающей назначение обычных средств и гипнотерапии. Лучшие результаты были получены при применении комплексной терапии.

Эффективность лечения зависела в значительной степени от глубины гипнотического состояния, а также от длительности лечения.

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

Лечебные внушения проводились с учетом жалоб больных, развития и течения их заболевания. Прежде всего мы обращали внимание на то, как и сколько больной спит, подчеркивая в наших внушениях значение нормального сна для улучшения состояния нервной системы. Больным внушалось, что они теперь не будут болезненно воспринимать различные обиды, огорчения. Специальными внушениями старались устранить тошноту, рвоту, отрыжку и другие диспептические явления.

Показателями эффективности гипнотерапии для нас служили данные о течении заболевания, в первую очередь длительность ремиссии, а также результаты лабораторных исследований и рентгенографии, проводившейся до начала лечения, во время его проведения и после окончания. Учитывали также и личное впечатление больного от эффективности гипнотерапии. После окончания курса лечения больные на протяжении 2 лет периодически являлись в клинику для специального обследования.

В качестве иллюстрации приведем две краткие выписки из историй болезни.

Случай первый.

Больная З., 53 лет. Поступила в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 5/11 1955 г. с жалобами на одышку, тупые сильные боли в эпигастральной области справа, связанные с приемом жирной пищи и волнениями. Клинический диагноз: хронический холецистит, хронический гипоацидный гастрит, функциональное расстройство нервной системы. Больна 3 года. Заболеванию предшествовала психическая травма. Сначала приступы болей в животе возникали по несколько раз в месяц, только после волнений и нарушений диеты. В последний год боли стали ежедневными, беспокоят

226

й ночью, появилась отрыжка, рвота, горький вкус во рту. В 1955 г. был впервые поставлен диагноз хронического холецистита и гипоацидного гастрита. Обследовалась в онкологическом отделении. В связи с ухудшением состояния и усилением болевого синдрома больная поступила на лечение в клинику. Объективно: больная среднего роста, подкожно-жировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа чистые, бледные. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов и акцентов нет. Пульс — 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Число дыханий — 20 в минуту, равномерное. Границы легких в пределах нормы. Перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно: чистое, везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной конфигурации, мягкий, болезненный при пальпации в правом верхнем квадранте. Локализованная болезненность при пальпации справа от пупка. Небольшая ригидность прямых мышц живота справа при глубокой пальпации. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон.

Мочеиспускание безболезненное. Больная контактна, эмоционально лабильна. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Дрожание вытянутых пальцев, рук, век, языка. Внушаемость повышена (пробы на внушаемость 2-я и 3-я положительные). Клиническое исследование крови: эр. 4 000 000, НЬ 69%; цветовой показатель 0,86%, л. 4000. Лейкоцитарная формула: э. 2%, п. 3%, с. 73%, л. 19%, мон. 3%, РОЭ 12 мм в час. Рентгеноскопия грудной клетки: диафрагма подвижна, легочный и корневой рисунок без изменений; сердце лежит медиально, слегка увеличено за счет левого предсердия и желудочка; в 1-м косом положении выступает легочный конус. Анализ желчи: порция «А» — светло-желтого цвета, прозрачная, лейкоциты — до 10 в поле зрения, клетки плоского эпителия в небольшом количестве. Порция «В» — оливкового цвета, прозрачная, лейкоциты — 0—2—4—6 Л поле зрения, в хлопьях слизи лейкоцитов до 25—30 в поле зрения, лямблии не обнаружены. Остальные анализы без патологических отклонений от нормы. Ввиду безуспешности обычного медикаментозного лечения направлена на гипнотерапию. После 5-го сеанса гипнотерапии прекратились боли, исчезла рвота. После 8-го сеанса исчезли тошнота и горечь во рту, наладился сон, улучшился аппетит и настроение. Всего курс лечения состоял из 20 сеансов гипнотерапии. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты прослежены в течение 1 года 3 месяцев. Состояние остается хорошим (наблюдение П. И. Буля).

Случай второй.

Больная К., 40 лет. Поступила в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 10/III 1955 г.

Клинический диагноз: хронический холецистит, бронхиальная астма, функциональное расстройство нервной системы. Поступила в клинику с жалобами на сильный приступ болей в правом подреберье. Приступу предшествовала Тяжелая психическая травма. Больной себя считает с 1946 г. Сначала после психической травмы расстроился сон, появились стойкие длительные (до 5 дней) запоры, не поддававшиеся обычным средствам лечения. К болевому синдрому вскоре присоединились рвота, горький вкус во рту, отрыжка. Боли, рвота усиливались после волнений и приема жирной пищи. В дальнейшем к основному Заболеванию присоединилась бронхиальная астма. В связи с нарастанием болей поступила в клинику госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Объективно: больная среднего роста, подкожно-жировой слой выражен слабо. Видимые слизистые и кожа бледны. Пульс — 68 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумов нет. Артериальное давление 120/75 мм рт. ст. Число дыханий — 18 в минуту, равномерное. Грудная клетка правильной формы. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно: чистое, везикулярное Дыхание. Язык обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезнен при Пальпации в правом верхнем квадранте. При глубокой пальпации — урчание и ригидность мышц справа. Печень выступает при пальпации на 2 см из-под

i/2a*

227

края реберной дуги. Селезенка и почки не прощупываются. Симптом покола-чивания по пояснице отрицателен. Больная контактна, эмоционально неустойчива. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Тремор рук, век, языка. Больная повышено внушаема (пробы на внушаемость 3-я и 4-я положительные). Анализ крови: НЬ 69%, эр. 4 500 000, цветовой показатель 0,75%, л. 6388, э. 5%, п. 2%, с. 61%, л. 24%, мон. 7%. РОЭ 15 мм в час. Рентгеноскопия: оба купола диафрагмы стоят на уровне VIII ребра; судить о подвижности не удастся; легочный и корневой рисунок не усилен. Сердце несколько увеличено за счет левого желудочка; аортальная тень в норме. Исследование желчи: порция «А» — желтая, слегка мутная, слизь в значительном количестве, лейкоциты покрывают все поле зрения; порция «В» — желтая, слегка мутная, слизь в большом количестве; в слизи лейкоциты густо покрывают все поля зрения. Остальные анализы без существенных отклонений от нормы. Ввиду недостаточной эффективности медикаментозного лечения больная была направлена на гипнотерапию. Курс лечения составил 30 сеансов. Боли, рвота, отрыжка и чувство горечи во рту исчезли.

Больная была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Катамнез: результаты лечения прослежены в течение года. Ремиссия продолжается. Рецидива заболевания нет (наблюдение П. И. Буля).

Механизм терапевтического действия гипнотерапии при заболевании хроническими холециститами представляется нам в следующем виде. Под влиянием тяжелых переживаний

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

Во время сеанса гипнотерапии болевые раздражения, возникшие под влиянием спазма или присоединившегося воспалительного процесса, не доходят до заторможенной коры полушарий, и, следовательно, они не переходят в болевое ощущение. Поэтому применение гипнотерапии при хронических холециститах следует считать физиологически обоснованным. Гипнотерапия, проведенная двадцати больным, страдавшим хроническим холециститом, дала следующие результаты: 1) у 10 больных получена стойкая ремиссия. Из них ремиссия у 4 человек держится уже 6 месяцев, у 3 — от полугода до года и у 3 других — от 1 года до 1½ лет; 2) у 5 человек получено улучшение: исчезли рвоты, уменьшились боли и другие диспептические явления; 3) у 5 больных эффекта от применения гипнотерапии не получено.

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

223

Все вышеизложенное позволило сделать следующие выводы: 1) гипнотерапия больных дискинезиями желчных путей и хроническим холециститом физиологически обоснована; 2) лечение гипнозом больных дискинезиями желчных путей и хроническим холециститом оправдывает себя (из 20 больных только у 5 не получено лечебного эффекта, у остальных 15 больных наблюдались ремиссии или улучшение, т. е. благоприятные результаты).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Еще несколько столетий назад некоторые наиболее выдающиеся представители медицинской науки относили целый ряд заболеваний внутренних органов за счет «расстройств нервной системы». Так, например, Fernel (1640) рассматривал некоторые виды печеночной колики как «нервные расстройства», а с введением термина «невроз» многие исследователи все чаще стали отмечать зависимость заболеваний внутренних органов от состояния нервной системы и психики больного, от его темперамента и т. п. Veap-chens (1783) высказывал взгляд, что «неврозы сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта вырастают на фоне желчного и сангвинического темперамента».

Pinel (1807) упоминает уже о «пищеварительных неврозах», а в 1863 г. русский ученый А. Родосский (1863) представлял бронхиальную астму как «невроз центральной нервной системы». Striimpel (1907), говоря о неврозах, писал: «Невроз — болезнь, анатомическая подоснова которой нам пока не известна». Позже, однако, он стал признавать психогенные расстройства внутренних органов.

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

С. П. Боткин был одним из последовательных сторонников союза медицины и физиологии, союза, по словам И. П. Павлова, аконного и плодотворного. Он полагал, что все тканевые процессы, развивающиеся при различных физиологических состояниях, являются рефлексами. С. П. Боткин стремился показать наличие нарушений в деятельности нервных центров для течения различных патологических процессов и не рекомендовал смотреть мышцу сердца только в «анатомические очки», ибо она находится под влиянием в высшей степени сложного нервного аппарата, заложенного как в самом сердце, так и вне его. На конкретных примерах С. П. Боткин показал, что изменения функции сердца часто не идут параллельно с анатомическими в нем изменениями.

8 П. И. Буль

229

До сих пор многие исследователи продолжают считать, что патогенетическую основу так

называемых висцеральных неврозов определяют изменения со стороны соматики больного. С другой стороны, представители так называемой психогенетической теории происхождения неврозов придерживаются другой точки зрения, считая, что неврозы внутренних органов, если не всегда, то в большинстве случаев обусловлены факторами психогенного характера. При этом некоторые представители психогенетического направления считают, что висцеральные неврозы возникают вследствие внушения окружающих или самовнушения больного.

Психогенетическое направление завоевало за последние десятилетия много приверженцев и среди интернистов, причем некоторые из них склонны были совсем игнорировать соматику больного, расценивая каждое непонятное заболевание внутренних органов как «невроз». Такое расширение понятия «невроз», а также успехи клинической медицины, способствовавшие выявлению ряда латентно протекавших органических расстройств внутренних органов, которые еще недавно расценивались как неврозы, привели к тому, что психогенетическая теория стала подвергаться критике со стороны ряда клиницистов. Так, Bergmann (1936), Levy (1922) и другие категорически возражали против понятия «висцеральный невроз», поскольку, по их мнению, всякое расстройство функции органа должно иметь свою явную или скрытую соматическую основу.

Bergman предостерегает врачей от злоупотребления такими диагнозами, как «невроз сердца», «вазомоторный невроз», «спазмы кишечника», «невроз желудка», «вегетативный невроз», и рекомендует чаще ставить диагнозы: «латентный гастрит», «диафрагмальная грыжа», «язва двенадцатиперстной кишки», «латентная грыжа», «латентный холецистит» и т. д.

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

Как ни вески в ряде случаев доводы сторонников соматогенного происхождения тех функциональных расстройств внутренних органов, которые трактуются как неврозы, однако представители противоположной точки зрения, т. е. психогенетической, также обосновывают свои положения серьезными и убедительными доводами, подкрепляя их экспериментальными данными, полученными как на животных, так и на человеке. Тем не менее, спор о том, существуют ли неврозы внутренних органов или за этим понятием скрываются нераспознанные и латентно протекающие органические расстройства, не считается за рubeжом на сегодняшний день законченным.

В нашей стране ряд крупных ученых и клиницистов категорически высказываются за возможность психогенного происхождения некоторых форм расстройств функции внутренних органов (М. В. Черноруцкий, 1946; К- М. Быков, 1952; Г. Ф. Ланг, 1950).

230

Так, например, Г. Ф. Ланг (1950), касаясь сердечно-сосудистых неврозов, пишет: «Большинство сердечно-сосудистых неврозов нельзя рассматривать как какие-то специальные болезни сердечно-сосудистой системы. Это различные нарушения функции нейро-гуморального, регулирующего кровообращение аппарата на почве патологического состояния всей нервной системы и в особенности высшей нервной деятельности. Как таковые они в равной или, может быть, еще в большей степени относятся к функциональным болезням нервной системы. Громадное большинство их должно рассматриваться как одна из наиболее частых форм проявления общих неврозов со стороны внутренних органов, или, точнее, со стороны регулирующих их функцию аппаратов».

Общеизвестны факты, когда под влиянием того или иного душевного потрясения у человека может наступить тахикардия, или чувство «замирания» сердца. Под влиянием психической травмы могут развиваться также расстройства функции желудочно-кишечного тракта. Однако многим представляется маловероятным, чтобы эти состояния фиксировались, стабилизировались, а тем более возникали бы спустя долгое время после психической травмы. Это объясняется в известной мере тем, что мы привыкли деятельность внутренних органов рассматривать как подвластную «автономной» вегетативной нервной системе, не подчиняющейся нашим волевым усилиям.

До сих пор мы не можем подчас освободиться от недооценки единства психического и соматического. Вместе с тем современные данные о деятельности подкорковых узлов, как указывает М. И. Аствацатуров (1926), позволяют утверждать, что в сфере корковой деятельности с ее высокой дифференциацией функций психические элементы кажутся резко обособленными от соматических. В сфере подкорковых функций, где психические элементы представлены в примитивной форме, соотношения и переходы между различными элементами нервной

деятельности более непосредственны. Поэтому проявления единства психического и соматического, их тесная связь и возможность переключения друг в друга более очевидны. По мнению М. И. Аствацатурова (1926), особенно важно то обстоятельство, что в области таламической чувствительности психические и соматические элементы оказываются тесно связанными и их переход друг в друга доходит иногда до степени родного слияния этих элементов в единое целое.

Что же касается заболеваний внутренних органов, которые вначале представляются нам как неврозы, а затем оказываются латентно протекающими органическими заболеваниями, то такие случаи, несомненно, имеют место точно так же, как это наблюдается и в других областях медицины. Так, например, известно, что начальная форма шизофрении нередко диагностируется как истерия, прогрессивный паралич — как неврастения, а начальная форма рассеянного склероза нередко принимается за «функциональное расстройство нервной системы». Интересно отметить, что в начальных стадиях такие заболевания нередко поддаются психо-

8*

23)

терапии, что еще больше укрепляет мнение врача в правильности его диагноза.

Следовательно, формула, что «функциональное существует, но как предвестник органического», заслуживает большего внимания и предостерегает от тех возможных ошибок, когда диагноз «невроз» ставится лишь на основании отсутствия «объективных» данных, говорящих об органическом заболевании. Поэтому прав Р. А. Лурия (1939), когда он рекомендует (в отношении желудочно-кишечного тракта) ставить диагноз невроза не только на основании отсутствия органических симптомов. Он указывает, что морфологические, функциональные и нервные процессы в желудке настолько тесно сплетаются друг с другом, что было бы неправильно пытаться в каждом отдельном случае проводить между ними резкие грани. Р. А. Лурия предлагает путем анализа в каждом отдельном случае ставить диагноз этиологически, выявляя психический генез и механизм возникшего невроза.

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

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

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

Л. В. Блауменау (1926), касаясь известных в литературе случаев сосудодвигательных и трофических расстройств у истеричных больных, рассматривает такие нарушения как психогенные, обусловленные самовнушением, а еще чаще аффектами, как это наблюдается во время войны, когда под влиянием страха у людей быстро седеют или выпадают волосы.

Г. Б. Геренштейн (1924) рассказывает о больном 38 лет, страдавшем резкими, постоянными болями в области нисходящей части ободочной кишки. Во время пищеварения эти боли усиливались. Больной настойчиво добивался, чтобы его оперировали. Согласившийся на чревосечение хирург не обнаружил, однако, на операции абсолютно никаких отклонений от нормы, но, чтобы не разочаро-

232

вать больного, ему сообщили, что у него удалили обнаруженное «удлинение кишечной петли». Боли после этого у больного исчезли, и рецидива не наступило.

Представляет большой интерес наблюдение, описанное Г. Б. Геренштейном. Больная с выраженными истерическими реакциями Я эмоциональной неустойчивостью могла произвольно менять ритм своего пульса. Больная, актриса по профессии, достигала этого, по собственному признанию, тем, что, закрывая глаза на 1—2 мин, представляла себе, что играет ту или иную роль

с соответствующим эмоциональным напряжением. При намерении получить учащенный пульс — больная, воображала себя в роли ревнивой жены, сводящей счеты со своей соперницей. При желании, наоборот, получить замедленный пульс — она представляла себя лежащей на диване, во всех отношениях удовлетворенной и довольной, погруженной в дрему.

Теперь установлено, что характер эмоций в известной степени отражается на вегетативных реакциях и на функции внутренних органов. Такие положительные эмоции, как довольство, радость, удовлетворенность в различных жизненных проявлениях, не влекут за собой развитие неврозов вообще и «неврозов внутренних органов», в частности. Наоборот, они содействуют процессам ассимиляции, уравниванию процессов торможения и возбуждения в коре больших полушарий. Известны выражения: «От счастья сердце бьется медленно и спокойно», «на сердце легко». При положительных эмоциях сосуды расширены, лицо покрасневшее и горячее, зрачки сужены, блестят. Сон у довольных людей спокойный, глубокий, сновидения отсутствуют или носят приятный характер; пищеварение обычно хорошее, дыхание спокойное и глубокое; настроение приподнятое.

Совершенно другое состояние возникает при наличии отрицательных эмоций. Эмоций тягостных, гнетущих. Именно эти эмоции являются ведущими в генезе неврозов. У таких больных нет органических поражений тех или иных органов, и, тем не менее, у них может наблюдаться тахикардия или лабильность пульса, запоры [или поносы, бессонница и т. д. Врач, специалист по заболеваниям [внутренних органов, объясняет все эти явления «расстройством ! нервной системы», а невропатолог не видит «симптомов органического ее поражения». Больной же продолжает свои хождения от ^специалиста к специалисту в поисках помощи от тягостных ощущений, которые он действительно испытывает.

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

Интересно отметить, что и у человека торможение высших кор-[ковых механизмов под влиянием стихийных бедствий и психиче-

233

ских травм бывает чрезвычайно выражено. Такое состояние наблюдалось во время землетрясений в Крыму в 1922 г. и Ашхабаде в 1956 г.

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

Таблица 15 деятельности могут повести к нарушениям их

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

корковой деятельности и образованию застойных очагов возбуждения.

Таким образом, под влиянием психотравмы в первую очередь тормозится кора полушарий, как образование более позднее, более ранимое и растормаживаются более ранние, примитивные образования подкорки. В нашей психотерапевтической работе, проводимой в клинике внутренних болезней, приходилось повседневно наблюдать больных с нарушениями деятельности внутренних органов на фоне функциональных расстройств нервной системы, протекавших по типу истерии, неврастения и психастении. Всего с 1951 по 1970 г. психотерапевтический кабинет при клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова обслужил свыше 510 больных с различными нейро-висцеральными заболеваниями, из них у 280 наблюдались сопутствующие функциональные расстройства нервной системы, протекавшие у 217 человек по типу неврастения, у 10 — по типу психастении и у 53 — по типу истерии.

В табл. 15 мы приводим сводные данные о соотношении функциональных расстройств нервной системы и заболеваний внутренних органов, отмечавшихся у больных этой группы.

Кроме 510 больных, страдавших различными органическими заболеваниями внутренних органов с

выраженным нейро-висце-ральным патогенезом, из которых у 280 наблюдалось сопутствующую-

Диагноз основного заболевания	Общее количество	Формы сопутствующи х расстройств нервной системы			Проявлений функционального
		неврасте ния	психаст ения	истерия	
Гипертоническая болезнь	16	58	2	20	80
Язвенная бо-	0	69	1	15	15
Бронхиальная	10	75	5	2	15
Стенокардия	0	5		3	20
Хронический холецистит.	20	10			10
Итого . . .	51	217	10	53	230

234

щее функциональное расстройство нервной системы, мы лечили также суггестивной психотерапией еще 20 больных, не страдавших органическими заболеваниями внутренних органов. Эти больные поступили на стационарное обследование и лечение в терапевтическую клинику с подозрением на заболевания внутренних органов. Однако в процессе дальнейшего тщательного обследования этих больных диагнозы, с которыми они поступали, не подтвердились, так как органических изменений во внутренних органах обнаружено не было. В этой группе больных оказались лица, страдавшие



Рис. 41. Изучение высшей нервной деятельности у больных, страдающих «неврозами внутренних органов», в гипнотическом состоянии с помощью лабораторно-инструментальных методов. функциональными расстройствами нервной системы, которые имитировали органические заболевания внутренних органов. Это определяло постановку ошибочных диагнозов и неправильное направление таких больных в терапевтический стационар. После соответствующего обследования у этих больных проводилось изучение высшей нервной деятельности в гипнотическом состоянии (рис. 41) и верифицировался диагноз «невроз внутренних органов». Следует оговориться, что эта категория больных чрезвычайно трудно поддавалась нашей терапии вопреки установившемуся мнению о том, что такие больные, якобы, сравнительно легко излечиваются внушением и гипнозом. Это были тяжелые больные, страдавшие неврозами с функциональными висцеральными нарушениями в виде упорных болей в брюшной полости, тяжелых рвот, приступов удушья, спазмов, упорной бессонницы, не поддававшейся снотворным средствам, запоров или поносов. Если принять

235

во внимание, что многие из этих больных были малоконтактны, неуживчивы, склонные к конфликтам с окружающими, а также постоянно предъявлявшие необоснованные претензии к медперсоналу, — то станет ясно, как велика была трудность лечения этой категории больных.

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

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

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

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

Как правило, больные невротами получали только гипнотерапию, все другие виды лечения были им отменены.

Большинство больных относились к слабому типу высшей нервной деятельности (14 человек) или сильному неуравновешенному (6 человек). 12 больных могли быть отнесены к «художественному типу» и 8 — к «мыслительному типу».

Внушаемость и гипнабельность этой группы были достаточно высокими. По глубине гипнотического состояния наши больные распределялись следующим образом: количество больных с I степенью гипноза — 4 человека, со II степенью — 6, с III степенью — 7, гипноз не развился у 3 человек.

В ходе лечебных внушений мы стремились поднять уверенность больного в скором выздоровлении. Формулы внушений индивидуализировались в зависимости от жалоб больного и течения заболевания. У подавляющего большинства больных проводили и индивидуальные сеансы гипнотерапии, так как жалобы больных этой группы отличались индивидуальным своеобразием и некоторыми особенностями болезненных ощущений. У ряда больных применялось косвенное внушение — производили укол иглой пустого шприца, при этом наяву внушали, что вводится «новейший препарат, обладающий большой силой». У ряда больных этот метод давал хорошие результаты — болезненные симптомы исчезали. В таком случае особых внушений в гипнозе не делалось, а подчеркивалось, что применяется гипноз-отдых.

В качестве иллюстрации приведем краткие сведения из истории болезни некоторых наших больных невротами, страдавших нарушениями функции внутренних органов.

236

Больной М., 16 лет. Ученик школы. Поступил в клинику госпитальной терапии 13/II 1965 г. по поводу значительного похудения из-за частых рвот после приема пищи. Клинический диагноз: функциональное расстройство нервной системы (неврастения), кардиоспазм, дивертикул пищевода (?), новообразование (?).

Жалобы больного: затруднение прохождения пищи по пищеводу (особенно твердой; жидкая пища проходит лучше). Тошнота и рвота сразу же после еды. У больного впечатление, что пища попадает «не в то горло». Чувство тяжести и полноты в груди. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых личных переживаний: трагическая смерть отца, а в дальнейшем трудности быта — пять чело-I век детей при одной работающей матери. Частые ссоры с матерью из-за того, что больной плохо учился. Постепенно стал замечать затруднение прохождения Е пищи по пищеводу; однажды возникла рвота пищей, после чего тошнота и рвота стали постоянными. При повторном тщательном обследовании в клинике патологических изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. Объективно: больной среднего роста, правильного сложения. Деформаций скелета нет. Кожа и видимые слизистые — чистые, бледны. Подкожно-жировой слой выражен I крайне слабо. Лимфатические железы не увеличены, безболезненны. Пульс — 76 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые. Артериальное давление — 90/60 мм рт. ст. Грудная клетка правильной формы. Границы легких в норме. Аускультативно: везику-I лярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом поколачи-I вания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Больной контактен, эмоционально

неустойчив. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Наблюдается резкий тремор вытянутых рук, век, языка. Кожа влажная, теплая. Со стороны других органов и систем патологических изменений не выявлено. Все *I* анализы крови, мочи, кала без особенностей. При рентгеновском исследовании контуры всех отделов пищевода четкие. Данных за дивертикул и новообразо- вание нет. Больной усиленно лечился медикаментозной терапией без заметного

> успеха. Ввиду неэффективности медикаментозного лечения и отсутствия органических изменений пищевода и желудка направлен на гипнотерапию. Другие виды терапии были отменены. Курс лечения состоял из 20 сеансов гипнотерапии. После 13-го сеанса тошнота и рвота прекратились окончательно. Больной при- рбавил в весе на 5 кг за месяц.

Выписан в удовлетворительном состоянии. Рецидива не наступило в течение > года (наблюдение П. И. Буля).

Больная М., 33 лет. Поступила 12/IV 1955 г. на амбулаторное гипнотерапевтическое лечение при клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова с диагнозом: функциональное расстройство нервной системы (истерия), висцеральный невроз. Больная предъявляет жалобы на частую звучную отрыжку воздухом, рвоту после приема пищи, метеоризм и, что особенно тягостно для больной, на длительную упорную икоту, продолжающуюся часами, i Икота внезапно наступает и так же внезапно исчезает. Никакие медикаментоз- сные средства больной не помогают. Заболеванию предшествовал ряд психиче- ских травм и сложных конфликтных жизненных ситуаций: частые ссоры и разрыв с мужем, квартирные неурядицы и длительная болезнь дочери. Объективно: ■ больная среднего роста, правильного сложения. Подкожно-жировой слой вы-! ражен удовлетворительно. Кожа и видимые слизистые чистые, бледны. Лим- [фатические железы не увеличены, безболезненны. Пульс — 78 ударов в минуту, [ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца [в пределах нормы. Тоны чистые. Число дыханий — 20 в минуту. Границы лег-1ких в пределах нормы; при перкуссии и аускультации патологических измене-

Иний не обнаружено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный При пальпации. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Больная эмоционально неустойчива. Симптомов органического поражения нервной системы не выявлено. Дермографизм красный, стойкий, линейный. Корнеальный и глоточный рефлексы ослаблены. Тремор рук, век, языка. Анализы крови, мочи, кала без патологии. Рентгеновское исследование органов грудной полости и желудочно-кишечного тракта, ЭКГ, желудочное содержимое без особенностей. Ввиду недостаточной эффективности обычного медикаментозного лечения больная направлена на гипнотерапию. Курс лечения — 10 сеансов через день. Явления икоты, тошноты и рвоты после приема пищи устранены. Наладились сон, аппетит. Прибавка в весе — 4 кг за 25 дней. Рецидива не наступило в течение 1¹/^ лет (наблюдение П. И. Буля).

Больная Л., 42 лет, инженер. Поступила на амбулаторное лечение при клинике госпитальной терапии I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова 3/IV 1956 г. Диагноз: астматический бронхит (?), функциональное расстройство нервной системы (истерия). Поступила для гипнотерапии по поводу тяжелых приступов удушья, сопровождающихся сильными сердцебиениями и мучительным приступообразным кашлем до рвоты. Приступы наступают внезапно в связи с волнениями и тревогами. Заболеванию предшествовали переживания и психическая травма (больная провалилась под лед и тонула). Приступы кашля бывают настолько интенсивны, что вызывают кровоизлияния в склеры и рвоты. Удушье наступает внезапно, причем затруднен как вдох, так и выдох. Инъекции адреналина приступы удушья не купируют. Температура не повышается. Объективно: больная высокого роста. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Кожа и видимые слизистые бледные. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Пульс — 82 удара в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны глуховаты. Шумов акцентов нет. Артериальное кровяное давление 80/60 мм рт. ст. Дыхание — 24 в минуту, затруднены как вдох, так и выдох. Границы легких в пределах нормы. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Подвижность легочных краев — 2 см. В легких при выслушивании небольшое количество звучных сухих хрипов. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, безболезнен при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Больная эмоционально лабильна. Выраженная склонность к слезам. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не выявлено. Глоточный рефлекс повышен. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. Тремор рук, век, языка. Анализы крови, мочи, мокроты, желудочного

содержимого, кала — без патологии. Исследование дуоденального содержимого — без особенностей. ЭКГ — без особенностей. При рентгеноскопии органов грудной полости и желудочно-кишечного тракта отклонений от нормы не выявлено, за исключением незначительной прозрачности легочных полей (эмфизема). Ввиду неэффективности медикаментозной терапии больная направлена на гипнотерапию. Курс лечения — 15 сеансов. Удалось устранить полностью приступы удушья, наладить правильный ритм сердечной деятельности. Кашель стал значительно меньше, но полностью устранить не удалось (наблюдение П. И. Буля).

В результате применения гипнотерапии к больным с функциональными расстройствами нервной системы с преимущественным нарушением со стороны внутренних органов получены следующие результаты. Из 20 больных этой группы у 13 получен хороший и стойкий эффект. Явления болезненного порядка исчезли и ремиссия прослежена от 1 года до 2 лет. У 5 больных ремиссия держалась от 3 месяцев до года, после чего наступил рецидив. 2 больных улучшения от гипнотерапии не получили.

Следует отметить, что эффективность лечения в значительной степени зависела от глубины развившегося у больных гипнотического состояния.

Интересно отметить, что гипнотерапия больных «художественного типа» дала лучшие результаты, чем больных «мыслительного типа».

Чрезвычайно важным обстоятельством следует считать тот психотерапевтический контакт, который с большинством больных удалось наладить. С двумя больными такого контакта достигнуть не удалось — они скептически относились к гипнотерапии, которая и не могла быть эффективной.

238

Подводя итог и анализируя полученные данные, следует отметить большие возможности метода гипносуггестии для моделирования некоторых воздействий на организм различных отрицательных эмоций. При воздействии внушенных отрицательных эмоций наблюдаются со стороны различных органов и систем организма неблагоприятные сдвиги, сохраняющиеся длительное время после нанесения травмирующего внушенного агента. С другой стороны, наблюдаются положительные сдвиги — нормализация деятельности сердечно-сосудистой и других систем организма при одном лишь погружении человека в гипнотическое состояние. Следует отметить, что чем глубже гипнотическое состояние, тем сильнее выражены положительные изменения, наблюдающиеся в состоянии больного.

Эти данные показывают, что гипнотическое состояние само по себе, даже без специальных лечебных внушений, может оказывать на больного лечебное воздействие. Присоединение к гипнозу лечебных формул внушения усиливает терапевтический эффект.

Отмечается большая сила словесного раздражителя, который оказывается более сильным, чем обычный натуральный раздражитель внешнего мира.

Отсюда следует вывод о целесообразности и необходимости использовать врачебное слово при любых терапевтических воздействиях на больного человека и соблюдать крайнюю осторожность, дабы своим словом не произвести психотравмирующего влияния.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

САХАРНАЯ БОЛЕЗНЬ

В. Н. Финне (1928) впервые доказал, что у хорошо гипнабель-[ного субъекта во время глубокого гипноза словесным внушением может быть получена гипергликемия. В этих исследованиях сахар определялся по Хагедорну и Йенсену. Уже через час реальная сахарная нагрузка дала повышение количества сахара в крови от 0,100 мг% до 0,140 мг%, а мнимая нагрузка, вызванная путем вербального внушения в глубоком гипнозе, — от 0,104 мг% до 0,109 мг%. К. И. Платонов (1929) подробно описывает наблюдение возникновения внушенной гипергликемии в гипнозе.

В 11 ч утра 12/ХП 1928 г., через 3 ч после завтрака, состоявшего из куска телятины, двух стаканов кофе и четырех чайных ложек сахара, у исследуемого была взята кровь и определено содержание сахара (по методу Хагедорна и Йен-сена). Количество сахара равнялось 0,097 мг%. После реального кормления (150 г меда и 50 г сахарного песка) количество сахара в крови повысилось через 50 мин на 33%. В 8 ч утра 19/ХП 1928 г. был дан тот же завтрак. В 1U количество сахара в крови составило 0,094 мг%. После взятия крови исследуемый был приведен в состояние внушенного сна, в котором ему было сделано внушение следующего содержания: «Вы едите ту же порцию меда и сахара, которую съели 12/ХП 1929 г. Вы ее уже съели!» Через 50 мин после пробуждения количество сахара в крови оказалось увеличенным на 0,025 мг%.

239

В 12 ч 7/II 1929 г., через 4 ч после обычного утреннего завтрака, у того же лица была исследована тем же методом кровь на содержание сахара: количество сахара равнялось 0,075 мг%. После этого, не производя реальной сахарной нагрузки, испытуемого привели в состояние внушенного сна, в котором ему было внушено, что он съел то же количество меда и сахара, что и 12/II 1929 г. Через 40 мин после этого содержание сахара в крови уже оказалось равным 0,087 мг%. Следовательно, и в данном случае внушенная «нагрузка» дала увеличение содержания сахара в крови (наблюдение К. И. Платонова).

Подобные исследования были проведены рядом ученых (А. О. Долин, 1948; Ю. А. Поворинский, 1934; Н. Д. Ершова и М. Н. Ксено-кратов, 1953; М. Л. Линецкий, 1951 и мн. др.), подтвердивших в своих исследованиях факт получения гипергликемии путем соответствующего словесного внушения в глубоком гипнозе.

Исследования Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова (1953) у 17 испытуемых показали, что даже одно словесное внушение «чувства сладости во рту», сделанное в гипнотическом сне, влечет за собой появление сахара в моче. Интересно, что при исследовании М. Л. Линецкого (1951) у 2 из 4 испытуемых при внушенной еде сахара возникла гипергликемия, в то время, как у остальных двоих — гипогликемия. К. И. Платонов (1929) считает, что сам факт гипогликемии при внушенном потреблении сахара чрезвычайно интересен и требует дальнейшего изучения.

К. С. Косяков (1952) провел методом косвенного внушения исследования, показавшие, возможность получения условнорефлектор-ной гипергликемии при безусловном раздражителе в виде глюкозы и условных раздражителях — сахарине и словесного внушения: «Даю сахар!». Кроме того, К. С. Косяков внушением в гипнозе вызвал условнорефлекторную гипогликемию у 5 из 7 больных сахарным диабетом, лечившихся с применением инсулина, причем под видом инсулина больным вводился физиологический раствор.

Aigner и Brauch (1929) провели следующее исследование: четверым больным диабетом они внушали мысль о том, что состояние их здоровья резко улучшается, что количество сахара в моче и крови значительно падает. При этом исследовании авторам удалось понизить количество сахара как в крови, так и в моче.

Известный психотерапевт Ю. А. Поворинский (1939) получал условнорефлекторную гипогликемию после многократных инъекций инсулина, проводимых с терапевтической целью у больных шизофренией. Уже после первого введения физиологического раствора у больных возникло гипогликемическое состояние. Подобные же результаты наблюдал П. С. Савченко (1939) в опытах на собаках. Исследователь вызывал условнорефлекторную гликозурию причем в его опыте безусловным раздражителем был адреналин, а условным являлся свисток и одновременный укол иглой.

Все эти исследования показывают, что процессы в коре головного мозга подчинены факторам внешней и внутренней среды и в свою очередь могут оказывать через подкорковые центры влияние на характер метаболизма (К. И. Платонов, 1957).

240

В настоящее время большинство ученых считают доказанным возможность возникновения сахарного диабета под влиянием сильной психической травмы.

С другой стороны, психотерапия в таких случаях может быть весьма показана для успешного лечения. Весьма возможно, что число случаев условнорефлекторных (т. е. психогенных, а не органических) заболеваний диабетом окажется больше, чем можно думать (К. И. Платонов, 1957).

К. И. Платонов и М. И. Кашпур (1957) наблюдали 2 больных сахарным диабетом, возникшим и обусловленным психической травматизацией. Обычное лечение этих больных в эндокринологической клинике при соблюдении строгой диеты не давало значительного и стойкого эффекта.

Гипергликемия (283—170 мг% у больной О. и 75—50 мг% у больного Г.) не доходя до нормы, по возвращении больных в домашнюю обстановку (травмирующую их психику) тотчас же снова повышалась. В этих условиях строгая диета не могла быть соблюдена из-за субъективных ощущений сухости во рту и сосания под ложечкой, наряду со страхом исхудания, возникавшим всегда при волнениях. Это вынуждало больных, пренебрегая диетой, много пить и есть, что в свою очередь вызывало ухудшение течения заболевания и страх этого ухудшения. Больная О. замечала, что такие диабетические симптомы, как повышенная жажда и голод, всегда исчезали у нее в театре, в гостях и т. п. Стоило ей вернуться домой, где она встречалась с ненавистной невесткой, или даже подумать о ней, и тотчас же эти ощущения овладевали ею с большей силой.

Обоим этим больным, поступившим в клинику неврозов в разное время по поводу резко выраженного невротического состояния после почти безуспешного лечения в эндокринной клинике, была проведена психотерапия в бодр-ственном состоянии и во внушенном сне с последующим гипнозом-отдыхом. В результате этого лечения невротические явления были устранены. Гипергликемия и гликозурия исчезли. Больные успокоились, наступило душевное равновесие, им удалось полностью приспособиться к травмировавшей их прежде домашней обстановке. Они избавились от повышенной жажды и голода. После выписки из клиники иногда на короткое время при волнении появлялись ощущения сухости во рту и сосания под ложечкой, но теперь больные уже умели избавляться от них собственными волевыми усилиями. Диета была значительно расширена. Положительный катамнез в обоих случаях был прослежен на протяжении 2—3 лет.

Конечно, только положительное отношение этих больных к психотерапии и активное стремление их избавиться от невротического состояния обусловили благоприятное лечение сахарного диабета (наблюдение К. И. Платонова и М. И. Кашпур).

В нашей работе также наблюдались многочисленные случаи успешного воздействия на больных с легкими случаями сахарного диабета. Как правило, специального лечения сахарного диабета мы не проводили, но нередко сталкивались с этой патологией в связи с тем, что некоторые больные, лечившиеся у нас по поводу упорной бессонницы, ожирения, гипертонической болезни, бронхиальной астмы и особенно в связи с неврозами внутренних органов, одновременно страдали и сахарным диабетом.

Приведем следующий пример.

Больная К., 56 лет, была направлена к нам на лечение из эндокринного отделения поликлиники по поводу выраженного невроза внутренних органов

241

с дискинезией желудочно-кишечного тракта и проявлениями упорной бессонницы раздражительности, головной боли, зудом кожи. Одновременно у этой больной был выявлен сахарный диабет легкой степени. Объективно при осмотре: пульс 80 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не расширены Тоны сердца глуховаты. Шумов и акцента нет. Число дыханий в 1 мин — 18. Границы легких не изменены. Аускультативно в легких — везикулярное дыхание. Язык слегка обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Прощупывается край печени. Селезенка и почки не пальпируются. Неврологически: зрачки равномерны, хорошо реагируют на свет. Язык без девиаций от средней линии. Глоточный рефлекс отсутствует. Другие черепно-мозговые нервы без нарушений. Симптом Ромберга резко положителен. Сухожильные рефлексы повышенной живости, равномерны. Патологических рефлексов нет. Дермографизм стойкий, красный, разлитой. Болевая и температурная чувствительность кожи без нарушений. Анализы крови, кала, мокроты без нарушений. При лабораторном исследовании мочи обнаружена глико-зурия 3%. При повторном исследовании крови на сахар обнаружена гипергликемия 150 мг%. Установлено, что больная страдает сахарным диабетом. Имеется повышенная жажда (больная выпивает до 3 л жидкости) и аппетит. У больной имеется сильный зуд кожи и фурункулез. Диету соблюдает плохо, ест очень много хлеба, мяса и других продуктов. Выяснено, что заболевание неврозом (неврастения с преимущественным нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта) возникло 3 года назад после внезапной смерти ребенка. Стала замечать раздражительность, бессонницу, головные боли. Одновременно отметила сильный голод и жажду (чего не было раньше), появился сильный зуд кожи, а в последний год — фурункулез. Обычные медикаментозные методы лечения эффекта не дали. В поликлинике у эндокринолога был обнаружен диабет в легкой степени (сахар в крови и моче), легко устранявшийся при соблюдении диеты. Однако в последние 2 года у больной возникли сложные жизненные ситуации (развод с горячо любимым мужем и гибель брата). Заболевание вновь обострилось. На этот раз явления сахарного диабета перестали поддаваться лечению не только диетой, но и инсулином. В связи с этим была направлена на гипно-суггестивную терапию в гипнотарий. После первых трех сеансов (больная оказалась хорошо гипнабельна) явления невроза внутренних органов и проявлений неврастения стали гаснуть. Исчезла бессонница, головные боли, зуд кожи. После 10 сеансов гипно-суггестивной терапии уменьшился аппетит (больная похудела на 5 кг), исчезла жажда (больная стала пить не более 4—5 стаканов жидкости в день, в то время как до лечения выпивала до 3 л жидкости). При повторных исследованиях крови и мочи сахара не обнаружено, хотя больная вскоре перестала лечиться инсулином. Исчез фурункулез. Общее состояние больной

хорошее. Катамнез прослежен в течение 2 лет (сахара в крови и моче нет) (наблюдение П. И. Буля).

Подобные случаи успешного лечения больных сахарным диабетом методом гипноусуггестивной терапии еще и еще раз свидетельствуют о том, как мы еще мало знаем о влиянии коры головного мозга на эндокринные функции организма.

В то же время нельзя проходить мимо фактов подобно описанным выше случаям «сахарной болезни биржевиков», а также случаях «болезни» «болельщиков футбола», когда в моче «болельщика» после матча обнаруживается сахар, чего отнюдь не удастся выявить в моче футболиста.

По-видимому, назрела необходимость в проведении специальных исследований специалистами-эндокринологами результатов гипноусуггестивной терапии больных сахарным диабетом.

Вполне очевидно, что далеко не все формы сахарного диабета могут быть подвергнуты гипноусуггестивной психотерапии, но в ряде случаев, когда обычная медикаментозная терапия неэффе-

242

тивна, а генез заболевания отчетливо связан с психотравмой или длительными отрицательными эмоциями, — следует пойти на этот хороший и совершенно безвредный метод лечения.

НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Влияние словесного внушения на подкорковые функции уже давно привлекало внимание физиологов. Так, Н. Е. Введенский уже в 1913 г. в своих лекциях отмечал, что «...сфера явлений, которые могут быть подчинены гипнотическому внушению, оказывается чрезвычайно высокой: она не ограничивается областью высших нервных актов, но включает в себя и различные стороны растительной жизни организма». В целях выяснения возможности воздействия на водный обмен известный советский психотерапевт К. И. Платонов (1928) провел ряд интересных исследований. Приведем в качестве примера одно наблюдение.

Исследуемая Ш. была приведена в состояние внушенного сна, и ей было сделано внушение: «Перед Вами стоит графин с водой и пустой стакан; Вы должны наливать воду из графина в стакан и ее выпивать!» Фактически на столе не имелось ни того, ни другого. В дальнейшем внушалось: «Вы цыете воду, Вы выпиваете один стакан воды, Вы пьете второй стакан!» и т. д. При этом исследуемая протягивала руку, как бы беря стакан, подносила ее ко рту и как бы выпивала воду, делая глотательные движения. «Теперь пьете третий стакан... четвертый. Вы выпили четыре стакана!» После этого исследуемая Ш. была разбужена. Самочувствие хорошее. Через 12 мин она заявила, что почувствовала сильный позыв. Была собрана моча в количестве 230 мл с удельным весом 1011. В дальнейшем исследования были продолжены.

Как показали исследования, количество жидкости увеличилось в 10 раз с уменьшением удельного веса на 0,007. Подобные данные были проведены и рядом других ученых, показавшие возможность воздействия словом на этот вид обмена.

Если приведенные данные показывают возможность сдвига в одну сторону, то наблюдения в клинике показывают возможность изменений и в другую сторону (наблюдение К. И. Платонова). Ниже приводятся еще два примера так называемого несахарного мочеизнурения, где путем словесного воздействия удалось оказать благотворное влияние.

Больной К., 29 лет. Болен 12 лет несахарным диабетом. В течение нескольких месяцев находился в Харьковской госпитальной терапевтической клинике. В истории заболевания многочисленные психические травмы: во время войны - в 1914 г. на его глазах были зарублены отец, мать и два брата. Сам больной бе-;жал. С этого времени стал чувствовать большую потребность в холодной воде, временами переходившую в болезненную жажду, причем выпивал в сутки, по [его словам, от 1,5 ведра до 2 ведер воды. Голод переносил гораздо легче, чем *жажду. Вес 32 кг 700 г при росте 156 см. Внутренние органы в норме. Настроение [подавленное, сон тревожный, сухожильные рефлексы ослаблены. Анализ мочи: (Удельный вес 1 000, в остальном отклонений от нормы нет. Анализ желудочного кока: понижение общей кислотности и следы свободной соляной кислоты. Рентгенография гипофиза патологических изменений не обнаружила. За сутки большой выпивает 14,2—14,5 л воды, выделяя 15,2—16,4 л мочи. Медикаментозное [лечение не давало никакого эффекта (гипофизин не применялся). Так как в анамнезе имелась психическая травма, после которой и развилось данное заболевание, была применена психотерапия в бодром состоянии в форме косвенного [внушения: больному была выписана индифферентная микстура (200 мл

укроп-

243

ной воды по столовой ложке 3 раза в день) и сделано соответствующее словесное внушение о «чрезвычайной целебности этого средства». При этом говорилось, что «если хочет выздороветь, то должен пить прописанное ему лекарство, которое ему раньше никогда не давали». Вместе с тем с первого же дня лечения ему ежедневно авторитетно заявляли, что «с каждой выпитой ложкой лекарства жажда будет у него уменьшаться и воды он будет выпивать столько, сколько ему будет указано». Такое внушение подкреплялось ежедневно в течение 10 дней при каждом врачебном и профессорском обходе. Все внушения делались на армянском языке, через переводчика, так как русского языка больной не знал. В результате лечения отмечено хорошее состояние больного. Косвенное внушение оказало свое действие: если за сутки с 17/Ш по 18/Ш больным было выпито 14,2 л воды и выделено 16,8 л мочи (удельный вес 1 000), то после указанных внушений, подкрепляемых приемами укропной воды, повторявшимися ежедневно в течение 10 дней, картина диуреза резко изменилась. Одновременно с резким падением жажды появились бодрость и аппетит. С каждым днем самочувствие больного улучшалось, и через 3 недели после начала психотерапии он был выписан. За все это время количество выпиваемой им жидкости не превышало указанной ему нормы — 3,2 л. Пробудилось также сексуальное влечение, раньше совершенно ослабевшее. Стал понемногу втягиваться в работу. К декабрю прибавил в весе на 9 кг, приступил к работе в сапожной мастерской. Был под наблюдением 8 месяцев, жажда не увеличивалась (наблюдение К. И. Платонова). Больной П., 14,5 лет, находился на излечении в факультетской терапевтической клинике Харьковского медицинского института. Диагноз: несахарнос мочеизнурение. Рентгенография гипофиза никаких отклонений от нормы не показывала. В течение 1 месяца делались инъекции гипофизина, под влиянием чего уменьшилось потребление воды и выделение мочи. Но стоило только прекратить введение гипофизина, как тотчас же появилась мучительная жажда и потребление воды возросло до 14 л в сутки. Больной был выписан без улучшения. В истории заболевания ■ — психическая травма. 9 лет назад за мальчиком гнался извозчик, угрожая кнутом. Вбежав в дом, мальчик впал в обморочное состояние и долго не приходил в сознание. Очнувшись, попросил воды и выпил несколько кружек залпом. С этого момента стал выпивать огромное количество воды, особенно ночью. Вследствие этого в школе с трудом высиживал до конца урока, ожидая перемены. Во время школьных экскурсий и прогулок за город, если не было близко воды, убежал домой; иногда утолял жажду выделяемой им мочой. В школе отставал, плохо соображал, был вялым и слабым. Учеба давалась с трудом, так как «мысль о воде не оставляла ни на минуту». За ночь выпивал столько же воды, сколько и за день. Ночью до 10 раз вставал мочиться. Больной оказался хорошо внушаемым и гипнабельным. С 1-го же сеанса гипно-суггестивной терапии у него развилось дремотное состояние, сопровождавшееся гипотонией мышц. В этом состоянии делалось соответствующее подбадривающее внушение: «Это заболевание после лечения пройдет, Вы перестанете пить так много воды. Если будете ощущать жажду, достаточно будет только пополоскать рот или сделать несколько глотков воды. Появится аппетит, бодрость, интерес к занятиям, и Вы догоните своих товарищей по школе!» В результате подобных ежедневных внушений мальчик стал употреблять значительно меньше жидкости. Наблюдение велось в семье больного, где количество выпитой воды и выделяемой жидкости тщательно записывалось. Обычно больной мальчик выделял до 12 л мочи в сутки. На следующие сутки после 1-го сеанса словесного внушения в дремотном состоянии количество выпитой мальчиком жидкости уменьшилось до 8 л, ночью он встал 6 раз. В дальнейшем число ночных вставаний и потребление жидкости значительно уменьшилось. Сеансы словесных внушений во внушаемом сне проводились ежедневно, но дальнейшего уменьшения потребления воды достигнуть не удалось. Тем не менее, наблюдалось заметное улучшение состояния: стал повышаться аппетит, постепенно нарастала бодрость, у мальчика появился интерес к школьным занятиям, в школе спокойно высиживал урок до конца. Окреп, из апатичного превратился в бодрого и подвижного, интересующегося занятиями, играми, физкультурой. Потребности в большом количестве жидкости не было. В июле уехал в деревню, где пробыл больше месяца. Несмотря на знойные дни и работу в поле, жажда его не беспокоила (наблюдение В. М. Коган-Ясного).

244

Больная Н., 28 лет, направлена из эндокринологического отделения поликлиники с жалобой на мучительную жажду, которой страдает в течение 10 лет выпивая 8—17 л воды в сутки. Соответственно повышено выделение жидкости; удельный вес мочи — 1 001, резкое похудание. Безрезультатно лечилась в Кисловодске в неврологической и эндокринологической клиниках, где ставился диагноз несахарного диабета. Из истории болезни выяснено, что начало заболевания

связано с тяжелыми переживаниями. Проведено 4 сеанса словесного внушения в дремотном состоянии, чем удалось полностью ликвидировать имевшую место психогенную потребность в жидкости и выделении больших количеств мочи, причем состояние начало улучшаться уже после 1-го сеанса гипносуггестивной терапии. После 3 и 4 сеансов потребность в потреблении воды не превышала 1,5 л жидкости в сутки. Начала возвращаться работоспособность. После выздоровления демонстрировалась врачам и студентам на практических занятиях проф. П. П. Татаренко. Положительные результаты наблюдались 2 года, рецидива заболевания не было (наблюдение К. И. Платонова). Больной Н., 35 лет, поступил в гипнотарий клиники по направлению эндокринолога из заводской поликлиники с жалобами на сильную жажду (выпивал до 3 ведер воды), огромную потребность в еде, слабость, похудание. Больной отмечал также сильную раздражительность, плохой сон (вставал для выделения жидкости 6—8 раз в ночь), резкое ослабление памяти, потливость. Следует отметить, что из расспросов была выяснена зависимость возникшего несахарного диабета с сильной психической травмой (сильный испуг — замаскированные приятели «в шутку» имитировали нападение грабителей ночью). Ввиду того, что больной оказался хорошо гипнабельным и внушаемым, начата гипносуггестивная психотерапия. После первых 3 сеансов в гипнотарий потребность в воде резко ослабилась, жажда уменьшилась. После 5-го сеанса стал снижаться патологический аппетит, стал вставать ночью всего 3 раза. Весь курс лечения был продолжен до 15 сеансов гипнотерапии. В результате лечения потребление жидкости было сведено к 6 стаканам жидкости в сутки (как это было до болезни). Аппетит снизился до нормы, вернулся соответственно и вес больного до 72 кг при росте 170 см, исчезла потливость. Больной вернулся к труду, и удовлетворительное состояние прослежено в течение 3 лет. Рецидива заболевания не наблюдалось (наблюдение П. И. Буля).

Больная К., 40 лет, инженер. Поступила в гипнотарий при клинике из эндокринологического отделения районной больницы с диагнозом несахарного мочеизнурения. Направлена в связи с неэффективностью обычной фармакологической терапией. Из расспроса выяснено, что больна 5 лет. Заболевание возникло в связи с большой психической травмой (попытка изнасилования). Сразу же после психотравмы отметила возникновение сильной жажды, доходившей до 15 стаканов жидкости в день с соответствующим выделением мочи ночью. Одновременно повысился аппетит, хотя вес даже упал. Больная стала крайне нервной, стала плохо спать, появилась потливость. Ввиду неэффективности медикаментозной терапии была направлена на гипносуггестивную терапию. Отмечена достаточная внушаемость и гипнабельность. Гипнотическое состояние II степени глубины. В гипнотическом состоянии больной внушалось резкое ослабление жажды и даже отвращение к воде, снижение аппетита. После 5-го сеанса гипнотерапии потребность к жидкости упала до 6 стаканов в день (соответственно уменьшилось выделение жидкости ночью), значительно уменьшилась потливость, раздражительность, слабость. После 7-го сеанса больная стала хорошо спать, вес нормализовался (при росте 168 см стала весить 67 кг, что было до болезни). Появилась хорошая трудоспособность, и больная полностью вернулась к труду. Удовлетворительное состояние больной прослежено в течение 2 лет. Рецидива заболевания не наблюдалось (наблюдение П. И. Буля).

Больной Н., 29 лет, шофер. Поступил в гипнотарий при госпитальной терапевтической клинике из районной поликлиники от эндокринолога с диагнозом несахарного диабета. Невроз типа неврастения. Заболевание развилось вскоре после перенесенной психической травмы — автомобильная катастрофа с гибелью ребенка не по вине водителя. Через несколько дней после аварии у больного развилась сильнейшая жажда, доходившая до потребления 6 л воды в сутки. Больной выделял соответствующее количество жидкости, вставая несколько раз в ночь. Сильно похудел (до болезни весил 76 кг при росте 168 см; после бо-

245
лезни вес снизился до 65 кг.) Появилась сильная потливость, стал плохо спать, появилась сильная раздражительность, вспыльчивость, слезливость. Лабораторно-инструментальные данные органического поражения не отмечали. Рентгенография области гипофиза без отклонений от нормы.

На лечение гипносуггестивной терапией направлен в связи с неэффективностью медикаментозной терапии. Пробы на внушаемость и гипнабельность больного — хорошие. С 1-го сеанса гипноза погрузился в глубокое гипнотическое состояние. Курс лечения состоял из 15 сеансов гипносуггестивной терапии. После 5-го сеанса жажда резко уменьшилась, и больной стал пить не больше

7 стаканов жидкости в сутки. Исчезла потливость, наладился сон. После 10-го сеанса гипнотерапии исчезли проявления невроза — раздражительность, слезливость, вспыльчивость. Больной начал прибывать в весе. После окончания курса гипнотерапии вес больного стал 72 кг, исчезла слабость, появилась нормальная работоспособность. Больной вернулся к труду. Удовлетворительное состояние больного прослежено в течение 2 лет. Рецидива заболевания нет. Больной вернулся к работе на автотранспорте (наблюдение П. И. Буля).

Больная С., 47 лет, актриса. Поступила в гипнотарий при клинике в связи с неукротимой жаждой и потребностью много есть. Заболевание развилось в результате психической травмы: после падения за кулисами и ушибом головы и лица. В результате сильной травмы лица наступило косметическое обезображивание лица, что привело к инвалидности и невозможности выступать на сцене. Больная лишилась любимой профессии, что в свою очередь нанесло больной тяжелую психическую травму. Через 3—4 недели у больной возникла неудержимая жажда и необычная для больной потребность в еде. Больная стала выпивать до 20 стаканов жидкости с выделением соответствующего количества мочи. Больная стала съедать по 1 кг хлеба, большое количество мяса, картофеля и других продуктов. Сразу же обратилась к невропатологу и эндокринологу в поликлинике по месту жительства. Обследование лабораторно-инструментальными методами не выявило никаких органических изменений. В связи с тем, что медикаментозные методы лечения не дали эффекта, была направлена на гипносуггестивную психотерапию. При консультации в нашем гипнотарий выявлено также функциональное расстройство нервной системы типа истерии. Больная много плачет, плохо спит, раздражительна, высказывает мысли о бессмысленной жизни, депрессивна, угнетена. Интересно, что, несмотря на повышенный аппетит, несколько похудела (на 3 кг), сильно потеет. Заболевание усугубляется еще и наступившим климаксом. Бросает в жар, регулы путаются, исчезла сексуальная потребность. Ничто не интересует — ни муж, ни дети. В прошлом — живая, энергичная и жизнерадостная натура. Поставлены пробы на внушаемость и гипнабельность. Больная хорошо поддается гипнозу. Начат курс лечения. После 4-го сеанса жажда резко упала, снизился аппетит, уменьшилась потливость. После 7-го сеанса гипнотерапии стала пить не более 5 стаканов жидкости, как до болезни. Аппетит нормализовался. Во время внушения больной указано, что обезображенное лицо может быть восстановлено пластической операцией.

8 результате 20 сеансов гипносуггестивной терапии состояние больной резко улучшилось. Стала хорошо спать, исчезло плохое и подавленное настроение. Исчезла потливость, появился интерес к жизни. По нашему совету обратилась к специалисту-косметологу, и хирург-косметолог обещал значительно улучшить состояние лица с тем, что больная сможет вернуться к своей профессии актрисы. Это значительно способствовало восстановлению нервно-психической сферы. С помощью гипносуггестивной терапии удалось снять все основные симптомы невроза и снять ряд проявлений климактерического невроза (потливость, восстановить регулы, восстановить потребность в семейной жизни и т. д.). Через год, как было условлено, мы получили от больной письмо, в котором было сообщено, что косметическая операция прошла успешно. Больная вернулась к профессии драматической актрисы (правда, не на ведущие роли). Все явления несахарного мочеизнурения больше больную не беспокоят. Хорошее состояние длится по настоящее время. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Следует отметить, что еще П. П. Подъяпольский (1909) сообщал о случае несахарного мочеизнурения 4-летней давности. Больной

246

выпивал до 3,5 ведер воды в сутки. Заболевание также возникло после психической травмы и прекратилось под влиянием 2 сеансов гипносуггестивной терапии. Больной полностью выздоровел, и у него в течение 18 лет не наблюдалось рецидива заболевания.

На случай функционального заболевания несахарным мочеизнурением указывает также Dejerine (1912), приводя пример потребления жидкости до 7 л в сутки и выведения соответствующего количества мочи, что длилось на протяжении 5 лет. Подобных же случаи описывают и другие авторы, указывая, что у некоторых больных несахарное мочеизнурение необходимо рассматривать как «следствие психических процессов». Интересно отметить, что у некоторых лиц причиной развития большого потребления воды может служить также подражание. Ему пришлось наблюдать 13-летнего мальчика, который страдал большим потреблением воды и соответствующим выделением мочи. Он потреблял до 8 л жидкости в сутки, причем «научился так много пить у своего школьного товарища». В результате гипносуггестивной терапии эта дурная привычка была ликвидирована быстро и исчезла совершенно.

По данным К- И. Платонова (1957), все изложенное указывает на необходимость иметь в виду

психогенный «несахарный диабет», чем определяется как прогноз, так и метод лечения гипносуггестивной психотерапии. Естественно, что в таких случаях психотерапия является единственным действенным методом лечения. Наши наблюдения, как и наблюдения ряда авторов, указывают, что при этой форме заболевания наиболее эффективен метод прямого и косвенного внушения. Как пишет К. И. Платонов: «Приходится удивляться тому, как быстро при этом может происходить нормализация вегетативных (растительных) функций, которые долгое время в течение нескольких лет были нарушены».

Говоря о физиологическом механизме столь быстрого и успешного устранения речевым внушением нарушения водного обмена, имевшего место, К. И. Платонов (1957) отмечает: «Можно думать, что в этих случаях на кору мозга большого воздействовал целый комплекс весьма сложных раздражителей в виде императивных слов внушения, категорически сделанного, методически повторявшегося в течение ряда дней и подкреплявшегося авторитетным участием не только самого врача, но и профессора и всего медицинского персонала».

ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Еще С. П. Боткин (1881), рассматривая вопрос о причинах этого заболевания, писал: «Относительно этиологии мы уже указали на то большое значение, которое имеет здесь психическое потрясение [как испуг, страх, горе и т. д., и должны теперь указать еще на усиленный мозговой труд и прямые ушибы головы, после которых может также развиваться полная картина «базедовой болезни»».

В дальнейшем это представление С. П. Боткина было полностью подтверждено многими клиницистами. Зависимость «Базедовой

247

болезни», по данным статистики, почти в 85% случаев была обусловлена прямо или косвенно нервно-психической травмой. По данным В. Г. Вогралик (1964), из нервно-психических травм наиболее часто ведущих к развитию этого заболевания, как показывает практический опыт, на первое место следует поставить пережитое тяжелое горе, испуг, страх.

Один из больших знатоков человеческой жизни — Оноре де Бальзак в своем романе «История величия и падения цезаря Бирото» писал: «Страх — явление, столь сильно и болезненно действующее на организм, что все способности человека внезапно достигают либо крайнего напряжения, либо приходят в полный упадок».

Однако, обычно реакция страха после определенного промежутка времени проходит, но в определенных случаях эта реакция почему-то как бы фиксируется. Адекватно возникшая эмоциональная реакция неадекватно сохраняется, в нервной системе остается поломка, а реакция испуга перерастает в этих случаях в устойчивую патологию.

В качестве примеров позволим себе привести ряд клинических иллюстраций гипносуггестивного лечения гипертиреоза.

Больная К., 42 лет. Учительница. Поступила в клинику с жалобами на повышенную нервную возбудимость, слезливость, повышение температуры тела по вечерам, дрожание тела, сердцебиение, одышку, небольшие отеки ног, а также увеличение щитовидной железы. Больна с весны текущего года. В темную весеннюю ночь везла на санях через уже подтаявшую реку важные документы. Лед проломился, и лошадь, ящик, сама больная и документы стали тонуть. Она страшно испугалась, промокла, но не простыла. По прибытии на место назначения никак не могла прийти в себя. Стала нервной, появилось дрожание рук, быстро стала расти щитовидная железа. И вот теперь, даже на расстоянии, без риска ошибиться, можно поставить диагноз тиреотоксической болезни (наблюдение В. Г. Вогралика).

Больная Н., 42 лет. Инженер. В прошлом всегда здоровая и крепкая натура, поздним вечером она неожиданно оступилась и упала с моста. По счастью зацепилась при падении пальто, и больная повисла на большой высоте и не разбилась; очень перепугалась и была снята подоспевшими людьми. После этого случая стала замечать, что стали дрожать руки, резко похудела, стала крайне нервной, по вечерам стала повышаться температура, лицо стало испуганным. Стала увеличиваться в размерах щитовидная железа. Основной обмен +38%. По совету врача-невропатолога обратилась к нам в гипнотарий в связи с тем, что лечение йодом заметного эффекта не давало; была направлена к нам на гипносуггестивную терапию.

Было проведено несколько проб, показавших хорошую внушаемость и гипнонабельность. С первых же сеансов развилось глубокое гипнотическое состояние. После 5-го сеанса гипнотерапии стала заметно спокойнее, исчезла температурная реакция. После 9-го сеанса стала заметно прибавлять в весе, исчезло дрожание рук. После 15-го сеанса гипноза исчезло пучеглазие, придававшее

испуганное выражение лицу, и стало «спадать» увеличение щитовидной железы. Всего было проведено 25 сеансов гипноуггестивной терапии, фактически полностью снявшей все проявление тиреотоксической («базедовой болезни»). Больная полностью вернулась к труду. Хорошее состояние прослежено в течение 2 лет. Рецидива заболевания не было. Основной обмен + 10% (наблюдение П. И. Буля).

Больной С, 38 лет, рабочий. Поступил в гипнотарий при клинике 13/III 1970 г. с диагнозом «базедовой болезни». При поступлении предъявлял жалобы на дрожание рук, сильную потливость, температуру по вечерам, общую нервность, раздражительность, плохой сон, аппетит, настроение. При наружном осмотре обнаруживалось сильное пучеглазие, увеличенная щитовидная железа,

248

испуганное выражение лица. Основной обмен+38%. Направлен невропатологом в связи с неэффективным лечением фармакологическими средствами (в частности, микродозами йода). Заболевание развилось примерно год назад, когда, будучи в командировке, подвергся нападению. Испытал сильный страх, сопровождавшийся легким ушибом. Вскоре после этого события стал замечать дрожание рук, потливость, увеличение щитовидной железы и некоторое пучеглазие. Позднее стал отмечать общую нервность, раздражительность, плохой сон, значительное похудание.

Обратился к невропатологу и эндокринологу. Было предпринято лечение, которое заметного улучшения не дало. Лечение йодом также эффекта не принесло. Предпринято лечение гипноуггестивной психотерапией, — тем более, что была обнаружена заметная восприимчивость к гипнотерапии. После первого сеанса погрузился в гипнотическое состояние III степени глубинь. В всего было проведено 20 сеансов гипноуггестивной терапии через день. После 7-го сеанса отмечено исчезновение потливости, температуры, некоторое уменьшение размеров шеи. После 10-го сеанса больной начал прибывать в весе, стал спокойнее, уменьшилось пучеглазие. К концу курса гипнотерапии стал хорошо спать, появился аппетит (прибавил в весе на 6 кг). К концу курса лечения исчезли увеличенные размеры щитовидной железы. После 20-го сеанса гипноуггестивной терапии лечение было закончено. Основной обмен + 10%. Результаты лечения прослежены в течение 2 лет. Рецидива заболевания не отмечено (наблюдение П. И. Буля).

Больной Н., 48 лет. Крестьянин. Поступил в гипнотарий при клинике по направлению эндокринолога, где лечился без эффекта по направлению из Областной больницы по поводу тиреотоксической («базедовой») болезни. Заболевание началось через три месяца после сильного испуга, возникшего в связи с нападением волков. Ехал ночью на лошади, и внезапно погнались волки; в течение долгого времени испытывал сильный страх. Через три месяца стал испытывать сильную слабость, потливость, по вечерам стала появляться температурная реакция. Близкие стали замечать увеличение щитовидной железы, выпячивание глазных яблок. Наряду с этим стали замечать большую нервность, раздражительность, плохой сон, похудание. Обратился к врачу-терапевту в Областную клиническую больницу, направившему его к эндокринологу, который поставил диагноз «базедовой болезни». Лечение у эндокринолога и невропатолога заметных результатов не дало. Было решено направить больного к гипнотерапевту. При осмотре больного выявлена хорошая гипнабельность. При объективном осмотре пульс 88 в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца отчетливые. Кровяное давление 140/80. Выраженный экзофтальм (пучеглазие). Щитовидная железа резко увеличена. Вес при росте 175 см — 62 кг. Основной обмен +38%. Начата гипноуггестивная терапия. После 7-го сеанса исчезла бессонница, потливость. После 10-го сеанса гипнотерапии прошли явления раздражительности, общей нервности. Заметно убавилось пучеглазие. После 15-го сеанса стали спадать размеры щитовидной железы. Пульс — 78 в 1 мин. В конце курса гипноуггестивной терапии, продолжавшейся 25 сеансов через день, состояние заметно нормализовалось. Прибавил в весе на 10 кг. Общее состояние хорошее. Вернулся к труду тракториста. Хорошее состояние прослежено в течение 2 лет. Рецидива нет. Основной обмен +10% (наблюдение П. И. Буля).

Весьма большой опыт по терапии базедовой болезни имеет известный психотерапевт И. М. Виш (1959). Автор приводит очень большой материал по лечению этой болезни. Из 132 больных базедовой болезнью у 106 больных (80,3%) основной причиной этого заболевания была психическая травма.

И. Б. Савин, В. Г. Баранов (1953) и другие рассматривают в настоящее время тиреотоксикоз как кортико-висцеральное заболевание.

К. И. Платонов и М. И. Кашпур (1957), придерживаясь этой теории происхождения тиреотоксикоза, также широко и успешно

9 П, И. Буль

249

Применяли гипносу Ггестивную психотерапию. Из 75 больных базедовой болезнью у 22 больных уже после 4—10 сеансов был получен весьма хороший результат. Было установлено, что там, где психотравма являлась причиной заболевания, эффект лечения был особенно положителен, с длительным и стойким катамнезом. Большая эффективность примененной психотерапии дала основание выделить при построении классификации тиреотоксикоза специальную психогенную форму ее, а гипносуггестивную терапию в таких причинно обусловленных случаях считать патогенетической терапией. Позволим себе привести пример успешно леченной больной.

Больная К., 36 лет, домашняя хозяйка. Диагноз: реактивное состояние. Тиреотоксикоз средней тяжести, струма II степени, диффузная. 14/XI 1955 г. обратилась в Тамбовский психоневрологический диспансер для применения психотерапии. Заболевание началось 6 месяцев назад в связи с тяжелой психотравмой. В начале мая скоростно скончалась мать больной. Больная много плакала, тосковала, потеряла сон, ничего не могла делать, каждый день по несколько часов просиживала на могиле матери. Через две недели после смерти матери случайно узнала об измене мужа, к которому была очень привязана. Была крайне потрясена, пыталась покончить с собой; в течение нескольких суток не спала и ничего не ела. Вскоре появились головные боли, боли в сердце и сердцебиения, дрожание в теле, сдавление в области шеи, тошнота по утрам, обнаружила увеличение щитовидной железы. Прекратились менструации. Появилась резкая утомляемость. На протяжении 4 недель потеряла в весе 4,5 кг. У больной был установлен реактивный невроз и тиреотоксикоз, развившийся непосредственно в связи с психической травмой. Эндокринологом было назначено медикаментозное лечение. Больная, несмотря на то, что простила мужу измену, примирилась с ним, не могла успокоиться, явления тиреотоксикоза не затухали. В связи с тем, что медикаментозное лечение осталось безуспешным, была направлена для применения психотерапии. Объективно: питание резко понижено, внутренние органы без изменений. Пульс 98 ударов в минуту, потливость усилена. Экзофтальм умеренно выражен. Имеется характерный блеск глаз. Щитовидная железа диффузно увеличена, мягкая. Тиреотоксикоз II степени. Тремор век и рук. Рефлекторная возбудимость значительно повышена. Основной обмен +38%. Психика: интеллект высокий. Поведение правильное, больная тосклива и астенизирована: плачет, крайне невынослива к эмоциональному и физическому напряжению. Жалуется на головные боли, боли в сердце, сердцебиения, быструю утомляемость, бессоницу. Плачет, когда вспоминает о покойной матери, об измене мужа. Крайне обеспокоена своим состоянием; резкое ухудшение часто наводит на мысль о раке щитовидной железы. Доступна психотерапевтическому влиянию, охотно верит убеждениям врача и просит помочь. Заявляет, что ей нужно жить для детей. Медикаментозное лечение в связи с его безуспешностью было отменено и начата психотерапия. 14/XI, в день первого осмотра, когда была установлена этиология заболевания и содержание психотравмы, был проведен первый сеанс психотерапии: после разъяснения природы заболевания и успокоения больной было сделано гипнотическое мотивированное внушение с последующим 65-минутным внушенным сном-отдыхом. Непосредственно после сеанса психотерапии больная отметила заметное улучшение: головные боли и сердцебиения прекратились, она успокоилась, повеселела. 19/XI больная заявила, что чувствует себя значительно лучше; стала спокойнее, лучше спит, сердцебиения стали реже и менее интенсивны. Проведен второй сеанс гипнотического внушения с последующим двухчасовым внушенным сном. В состоянии гипноза ей внушено, что ночной сон будет продолжительным и спокойным (9 я в течение ночи), что у нее прекратится тоска, головные боли, боли в сердце и сердцебиения. Ей внушено, что воспоминание об измене мужа не будет ее расстраивать, а о матери она сохранит хорошую память, что при воспоминании о смерти матери не будет расстраиваться, она будет верна своему желанию — быть здоровой и жить ради детей. 25/XI состояние больной значительно улучшилось. Сон стал нормальным, спит 8—9 ч в сутки, как ей

250

было внушено. Тоска прекратилась, больная стала бодрее, «прибавляются силы», по дому выполняет легкие хозяйственные работы. Головные боли и сердцебиения заметно уменьшились, часто их не бывает совсем. Прибавила в весе 2 кг 800 г. 30/XII 1955 г. лечение закончено. Проведено 12 сеансов комбинированной психотерапии. Больная полностью поправилась,

прибавилась в весе на 4 кг 200 г. Жалоб не заявляет. Посвежела, стала по-прежнему активной, веселой, спокойной. Щитовидная железа прощупывается в обычном объеме. Глазных симптомов нет. Пульс — 72 удара в минуту. Основной обмен +10%. Эмоционально несколько возбудима. Сон нормальный. Больная считает себя здоровой. 10/V 1958 г. Наблюдение 2,5 года. Клинически остается здоровой. Тиреотоксические явления полностью затихли. Спокойна, сон нормальный. Жалоб не заявляет. Остается работоспособной. Семейная жизнь протекает нормально (наблюдение И. М. Виша).

В данном случае мы имеем дело с явно психогенным тиреотоксикозом, протекавшим на фоне реактивного депрессивно-истерического состояния. Своевременно примененная психотерапия дала стойкое клиническое выздоровление. Полностью снято реактивное невротическое состояние, нормализовалась деятельность щитовидной железы и менструального цикла.

Нам кажется, эта клиническая иллюстрация, приведенная психотерапевтом И. М. Вишем, особенно показательна как пример убедительной психогении в возникновении тиреотоксикоза, с одной стороны, и как наглядный пример успешного применения гипно-суггестивной психотерапии, примененной вовремя и при соответствующих показаниях, с другой.

На основании приведенных примеров можно с достаточной вероятностью думать, что одной из основных причин тиреотоксического заболевания является нервно-психическая травма в виде сильного испуга, страха, тяжелого горя, нервного потрясения, возникших особенно на фоне предшествующего невроза.

Еще С. П. Боткин указывал, что «как клиницисту, наблюдающему такое обобщенное поражение нервных аппаратов, да еще при несомненном участии психической сферы, дает ему право смотреть на базедовую форму как на заболевание центрального, вероятно, черепно-мозгового характера».

Другой большой клиницист-терапевт Г. А. Захарьин (1909) рассматривал базедову болезнь как большой невроз.

В. Г. Вогралик (1964) признавал огромную роль нервно-психической травмы в происхождении рассматриваемого заболевания, считал справедливым, что, кроме гиперфункции щитовидной железы, в процесс вовлекаются другие железы внутренней секреции при обязательном участии центральной нервной системы. Было доказано, что в регуляции самой щитовидной железы принимает участие передняя доля мозгового придатка (аденогипофиза) посредством своего тиреотропного гормона. С момента возникновения болезни ведущим звеном генеза последующих нарушений, течения и исхода заболевания становится сама щитовидная железа, выброс ею продуктов своих гормонов. Эффективность современной терапии, направленной именно на этот орган (оперативное удаление, воздействие радиодомом, тиреостатическими средствами), и, наконец, гипносуггестивная терапия доказывают это положение.

9*

251

«Так, если при язвенной болезни (в случаях ее психогенного происхождения) этот фактор, как правило, выступает в виде несвоевременного удовлетворения пищевого рефлекса, при диабете — в форме безысходного горя, безвозвратной потери, при гипертонической болезни — в форме эмоции борьбы, преодоления горя или страха, то при тиреотоксической болезни психический фактор, как правило, выступает в форме испуга, боязни, страха, ужаса без сколько-либо заметной тенденции к их преодолению» (В. Г. Вогралик, 1964).

По данным большинства ученых, более чем в 50% случаев тирео-токсическая болезнь начинается с функциональных расстройств нервной системы, проявляющихся в раздражительности, головных болях, слабости, дрожании, потливости, и лишь позднее появляется зоб, пучеглазие, сердцебиение, дрожание рук, повышение обмена.

Еще С. П. Боткин считал весьма характерным симптомом болезни изменение психики и поведения, что в дальнейшем подтверждено многими врачами. По В. Г. Вогралику, у обследованных больных (что совпадает и с нашими данными) явления невроза отмечались у 96% больных.

Итак, тиреотоксическая болезнь относится к кортико-висцеральным заболеваниям и может быть успешно подвергнута гипно-суггестивной психотерапии, для которой этот вид психотерапии является патогенетически обоснованным, давая возможность нередко избежать хирургического вмешательства.

ОЖИРЕНИЕ

За последнее время в нашей стране в связи с повышением благосостояния как никогда повысилось число людей, склонных к обильному и чрезмерному питанию. В ряде случаев это вызвало у

некоторых лиц ожирение и тучность. К ожирению ведет сидячий, малоподвижный образ жизни с чрезмерным использованием автотранспорта, отсутствие элементов физической культуры, перегревание, излишний сон и прочие факторы.

Оговоримся, что под ожирением и тучностью мы понимаем только случаи, возникшие под влиянием грубого нарушения норм питания и неправильного образа жизни.

Люди, страдающие ожирением под влиянием нарушения обмена и эндокринных нарушений, не входили в группу больных, подвергавшихся нашей терапии.

Полными людьми мы считали лиц, вес которых превышал норму на 5—7 кг. Под ожирением мы принимали превышение веса более 10 кг от нормы, и, наконец, тучными считались лица, имевшие вес более 15 кг выше нормы. Нормой считался вес, который рассчитывался грубо из роста в см минус 100 с добавкой 2 кг.

Ожирение и тучность касаются проблемы обмена веществ и по механизму возникновения могут зависеть от алиментарного фактора. Вторым механизмом причин тучности является роль нервной системы на различных уровнях мозга, вплоть до коры мозговых полушарий.

252

В чрезвычайно интересном докладе С. М. Толстого (1966) приводятся данные экспериментальных исследований, проведенных рядом ученых на животных с разрушением нервных центров и отысканием «центра сытости». Было показано, что разрушение этих центров вызывает переедание. Был найден также «центр аппетита», локализованный в гипоталамических отделах мозга. Разрушение клеток этого центра приводило к полному отказу от пищи. Центрами «сытости и голода», как показали исследования, управляют строго локализованные отделы мозга. Тучность у животных, полу-

леченная оперативным путем, начиналась в день операции и затем прогрессивно увеличивалась, пока не возростала втрое. Такой тучности обычно предшествует «волчий голод», достигающий такой степени, что собака может съесть собаку, находящуюся с ней в одной клетке.

^S

Экспериментальная тучность, отражение которой можно найти в клинической форме тучности у больных людей, и тучность органического происхождения локализуют «центр голода» в определенный отдел мозга, который находится под корковым контролем, где в центре сходятся эмоции, нервные напряжения и вегетативные (растительные) реакции. Нарушение функции центра голода является причиной тучности психогенного происхождения.

Вот почему, прежде чем отбирать лиц, страдающих ожирением и тучностью, для лечения, мы тщательно учитывали их причины. Причину ожирения чаще всего следует искать в переедании или в переходе от активной, подвижной жизни к сидячему образу жизни.

Наша работа касалась 20 больных, страдавших алиментарным ожирением, лечившихся по поводу гипертонической болезни, атеросклероза, хронического холецистита и бронхиальной астмы.

Больные укладывались на кушетку, и после адаптации больного к обстановке гипнотерапевт начинал гипнотизацию. Затем, когда

: больные были погружены в гипнотическое состояние, врач переходил к внушению сокращения аппетита, его уменьшения, вплоть до апатии к пище и даже отвращения к некоторым ее видам.

Внушалось, что «пища становится пресной, безвкусной, неприятной, что былая потребность в пище падает!..» Внушалось также,

· что былая жажда также уменьшается.

С другой стороны, там, где для этого не было противопоказаний,

■ внушалась потребность в движении, длительной ходьбе, лечебной

■ гимнастике и даже спорте (лыжи, коньки, плавание, теннис и проч.).

«Внушались также чувства «постоянной сытости» и «чувства повышен-

ного холода». Больным внушалось, что у них появляется повышенный интерес к тем продуктам питания, которые еще недавно ^являлись «нелюбимыми», заменяя их в рационе теми, которые более показаны.

При проведении психотерапевтического лечения алиментарного ожирения важен постоянный контроль врача за весом больного, а также указание родным и близким больного о характере необходимого питания и употребления жидкости (И. А. Левин, 1974).

253

Курс лечения состоял из 15—30 сеансов гипносуггестивной психотерапии, проводившихся через день. Критерием эффективности служило падение веса больного.

Отличными результатами считались те, при которых вес тела больного к концу месяца лечения достигал цифр, приближавшихся к «эталону нормы». Вес тела в конце курса лечения, составлявший более 10 кг над эталоном нормы, считался неудовлетворительным, а лечение неудачным.

В результате лечения из 20 человек, проходивших курс лечения гипносом гипносом, у 7 человек были получены отличные результаты, у 3 человек — хорошие, у 3 — удовлетворительные и у 7 — неудовлетворительные.

Следует отметить, что у 7 человек, не получивших эффекта, не было отмечено необходимой внушаемости и гипнабельности, а часть из них лечилась от ожирения под «нажимом» родных и близких, а не по собственному желанию.

Весьма важно заручиться активной поддержкой больного и добиться, чтобы больной неукоснительно выполнял все советы и рекомендации врача и выполнял их весьма строго.

Кроме гипноза, мы нередко использовали и внушение в бодром состоянии, а также рациональную психотерапию, рассказывая больным, что, согласно американской статистике страхования жизни, превышение веса на 9 кг дает большую смертность, чем заболевание раком (С. М. Толстой, 1966). Во время лечения мы требуем от больного также полного исключения употребления спиртных напитков, как дающих большую калорийность.

Приведем следующий пример.

Больной К., 45 лет. Торговый работник. Поступил в гипнотарий в связи с гипертонической болезнью, по поводу которой он успешно лечился гипнотерапией. Однако, при росте 168 см у больного был вес 82 кг. Попытки лечения обычными диетическими средствами эффекта не давали. Учитывая рост больного и его возраст, гиперстеническую конституцию, он должен был весить не более 70 кг. Таким образом, его вес фактически превышал норму на 12 кг. Начата гипносом гипносом терапия. Курс лечения длился в течение 1 месяца, проведено 15 сеансов через день. В результате лечения больной похудел на 10 кг. Была рекомендована диета № 8 (стол 8-й), ограничено количество жидкости. Во время гипнотического сна ему (и другим больным) внушалось, что у него резко уменьшается аппетит, исчезает влечение к жирному, сладкому и мучному, резко снижается потребление жидкости. Внушалось желание двигаться, заниматься гимнастикой, ходить на лыжах, чем он занимался раньше, но бросил. Внушено меньше спать (не более 7 ч в сутки). В результате выполнения наших рекомендаций и лечения больной стойко удерживает вес не более 70 кг в течение 3 лет. Рецидива нет (наблюдение П. И. Буля).

Больная С., 38 лет. Педагог. Поступила в гипнотарий при клинике по рекомендации лечащего врача, в связи с большим ожирением. Больная при росте 155 см весит 70 кг. Ожирение возникло за последние 5 лет в связи с тем, что больная стала вести крайне неподвижный образ жизни. Систематически передала, много спит. Очень любит мучную и жирную пищу, много пьет жидкости. Больная тяготеет своим ожирением. Очень хочет похудеть и искренне хочет избавиться от своей полноты. За последнее время отмечает одышку. Со стороны внутренних органов изменений нет. Начата гипносом гипносом терапия. Поставленные пробы на внушаемость и гипнабельность показали их высокую способность. Больная с первого же сеанса впала в глубокий гипноз III степени глубины. В гипнотическом состоянии внушено, что больная будет испытывать непреодолимое от-

254

вращение к жирной, сладкой и мучной пище, спать не более 7 ч в сутки, выпивать не более 3—4 стаканов жидкости. Всего проведено 20 сеансов гипносом гипносом терапии через день. После первых 10 сеансов гипноза сбавила вес на 7 кг (взвешивание проведено в день прихода на 1-й сеанс и через 20 дней — после первых 10 сеансов гипнотерапии). В дальнейшем рекомендована разгрузочная диета и систематическое взвешивание. Дано указание для выполнения специальной лечебной гимнастики и физкультуры (учитывая, что больная соматически здорова).

Через 1 месяц и 10 дней больная похудела на 15 кг. Общее состояние больной резко улучшилось, одышка исчезла, больная стала грациозной и миловидной. Весь курс лечения продолжался 40 дней. Наблюдение за больной продолжалось около 3 лет. Рецидива не наблюдается (наблюдение П. И. Буля).

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

В настоящее время гипноз и внушение следует признать как весьма эффективный способ лечения при многих гинекологических заболеваниях, как-то: при дисменореях, функциональных маточных кровотечениях, неукротимой рвоте беременных, психоневрозах генитального происхождения,

вагинизме, зуде гениталий, половой холодности женщин, при психопрофилактике болей при беременности, при климактерических неврозах и, наконец, при обезболивании гинекологических операций иррДов.

ГИПНОСУГГЕСТИВНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Как известно, замена наркоза гипнозом лишена тех отрицательных сторон, с которыми связан наркоз. Об этом было известно более 100 лет назад.

В акушерско-гинекологической практике гипнозом при операциях стали интересоваться в последние 30 лет. Нами в клинике гинекологии и акушерства 1 ЛМИ (совместно с С. Г. Файнбергом, 1935) была проведена работа по гипнотерапии у 100 больных. Необходимо было выяснить целесообразность применения гипноза при абортах, а также установить связь различных видов и глубин гипнотических состояний с успешностью обезболивания этой операции. Главной задачей была выработка наиболее простых методик гипноза, требующих минимальных затрат времени и могущих применяться в гинекологическом отделении любого стационара, даже в условиях периферической больницы. При осуществлении этого мы умышленно отказались от возможности использования, в условиях хорошо поставленной клиники 1 ЛМИ им. акад. И. П. Павлова, различных вспомогательных средств гипнотизации, как-то: создания соответствующей обстановки в виде тихой затемненной палаты, специальных лежанок, сложных приборов и прочих дорогостоящих атрибутов гипноза.

Больные брались все без отсева, с различными глубинами и типами гипнотических состояний. Требовалось только согласие боль-

ной подвергнуться гипнотизации. Больные поступали, как для обычного выскабливания, вечером накануне операции, так что приходилось ограничиваться всего одним подготовительным сеансом гипноза.

Сами операции шли в обычном темпе; иногда даже двое больных оперировались в одной операционной одновременно. Техника гипнотизации сильно варьировала в поисках наиболее простых и эффективных методик. Пробовалось внезапное (шоковое) и постепенное усыпление, коллективный и индивидуальный гипноз, погружение в гипнотическое состояние прямо на операционном столе и в соседней палате и т. д.

После ряда экспериментов мы остановились на нижеследующей методике, слегка варьируемой в зависимости от индивидуальности больных, т. е. от степени их внушаемости, общего развития, состояния здоровья и пр.

Накануне операции, часов в 8 вечера, больные (обычно от 8 до 12 человек) собирались в свободную комнату. Там с ними проводилась краткая, 10—15-минутная беседа, знакомящая их с сущностью гипноза, его безвредностью, обезболивающим действием, ощущениями, испытываемыми при гипнозе, правилами поведения во время гипнотических сеансов и пр. На всех желающих оперироваться под гипнозом (обычно желание изъявляли все присутствующие) составлялась анкета с указанием возраста, образования, профессии, количества бывших родов и выскабливаний. Тут же, в общей комнате, приступали к проверке внушаемости в бодром состоянии путем внушения падения назад и вперед, невозможности разнять руки, назвать свое имя и пр. Иногда проверка внушаемости наяву проводилась после коллективного гипнотического сеанса, что повышало успех внушаемости. Необходимо отметить бросающийся в глаза факт успешности внушения наяву в зависимости от реализации его у первых 2—3 больных.

По окончании пробы внушаемости, а иногда и до нее, приступали к сеансу коллективного гипноза длительностью 20—30 мин. Больные сидели в креслах полукругом. Гипнотерапевт находился в центре, а иногда за спинами больных. Взгляд больных в течение 2—3 мин фиксировался на какой-нибудь блестящей точке. Внушение, как правило, велось в описательной форме: «Веки тяжелеют, Вы испытываете приятную дремоту, слабость во всех членах, Вы дышите глубоко, спокойно, как во сне, и все глубже засыпаете и т. д.». В отдельные моменты применялось и императивное наклонение («Закройте глаза, спать!»)

Во время сеанса проверялась глубина гипнотического состояния и гипнотический тип (летаргия, каталепсия, сомнамбулизм), а также внушалось быстрое или более глубокое усыпление при последующем сеансе; после этого больные обычной методикой (счетом до 10, с внушением хорошего самочувствия) пробуждались.

Проснувшихся больных опрашивали о бывших у них под гипнозом переживаниях и сразу же приступали ко второму сеансу-Такое быстрое следование двух усыплений одного за другим.

256

соединенное с внушением, что при вторичной гипнотизации сон будет глубже, приближало нашу методику к фракционному методу Фохта, дающему обычно хорошие результаты. При втором сеансе мы применяли индивидуальную гипнотизацию, пользуясь большей частью шоковой методикой, за исключением больных, страдающих сердечными заболеваниями.

Больные поодиночке, начиная обычно с более внушаемых, вызывались в отдельный кабинет. Больная с закрытыми глазами и плотно составленными ногами ставилась около кушетки. Врач, стоя сзади, клал руку ей на голову и говорил, что когда он отведет руку назад, то больную властно, непреодолимо потянет назад. Этот прием, уже знакомый больной по предварительной пробе внушаемости, проходил всегда успешно. В момент падения назад давался властный окрик «спать!», с последующим энергичным углублением сна в течение 30—40 с и заверением, что, пока будут усыплены остальные больные, гипноз будет совершенно полным и глубоким. Вслед за этим сейчас же в кабинет приглашалась следующая больная, усыпляемая такой же шоковой методикой. Донесшийся из кабинета окрик «спать!» и вид спящей больной, еще за минуту назад бывшей в бодрственном состоянии, действовали на очередную больную как мощный внушающий фактор. Когда все 4 кушетки, находившиеся в кабинете, были заняты спящими больными, приступали к внушению. Больным указывалось что хотя некоторые из них все Лглышат и понимают, но что все они находятся в «особом» гипнотическом дремотном состоянии, во время которого все внушаемое окончательно и непреложно закрепится у них в мозгу и будет полностью выполнено.

Иногда для экономии времени сеанс с индивидуальной шоковой методикой заменялся вторым коллективным сеансом, длительностью в 30—40 мин. Такая замена обычно не давала заметного ухудшения результатов, предоставляя в то же время возможность продемонстрировать больным могущество гипноза на постгипнотических внушениях. Для этого одной или двум больным внушалось какое-либо безобидное постгипнотическое действие, например, что после пробуждения она забудет на 3 мин свое имя, «прилипнет» к стулу и пр.

Само лечебное внушение сводилось к четко сформулированным 3 пунктам, повторяемым дважды: первый раз в виде более развернутого объяснения, а вторично в виде одной сводной фразы. Эти пункты заключались в нижеследующем: 1) быстрое и глубокое, несравненно глубже, чем сейчас, усыпление перед операцией по первому же приказанию гипнотизера и отсутствие страха перед операцией; 2) безболезненность самой операции с наличием, в самом крайнем случае, лишь слегка неприятных, но отнюдь не болезненных ощущений от прикосновения инструментов; 3) прекрасное самочувствие и отсутствие каких бы-то ни было болей после операции.

Следует отметить, что у загипнотизированных, не достигших 3-й, т. е. наиболее глубокой, стадии гипноза, мы внушали лишь

257

анальгезию, но не анестезию. Все внушаемое закреплялось накладыванием руки врача на затылок больной. После этого приступали к проверке анальгезии. Гипнотерапевт проводил рукой вдоль руки или ноги пациентки и указывал, что данный участок тела больной потерял всякую возможность воспринимать болевую чувствительность.

Обезболенный таким образом участок тела кололи или ущемляли кожу этой области пеаном с соответствующим внушением, что операция на следующий день пройдет так же или еще более безболезненно. Сравнивая успешность анальгезии при уколах с анальгезией при самой операции, мы не можем подтвердить высказываемые рядом авторов (Шильдер, Каудерс и др.) положения, что легче влиять на болевые ощущения, исходящие из внутренних органов (в данном случае матки), чем на кожную чувствительность. После проведенных проб мы приступали к пробуждению. Весь подготовительный вечер при наличии приблизительно 10 больных, занимал около 2 ч.

По окончании гипнотического подготовительного сеанса больным предлагалось перед сном, согласно методике самовнушения, разработанной Куэ, вслух, негромко, механически, без всякого напряжения повторить 15—20 раз формулу самовнушения: «Завтрашняя операция пройдет безболезненно». Такое подкрепление самовнушением нашего гипнотического внушения давало хорошие результаты.

На следующее утро больная минут за 10 до операции в отдельной комнате погружалась в гипнотическое состояние. Гипнотизация сразу на операционном столе оказалась нецелесообразной, так как страх перед обстановкой мешал развитию тормозных процессов.

Больной внушалось, что так же, как легко она погрузилась в гипнотическое состояние, так же безболезненно пройдет операция и послеоперационный период.

Далее врач проводил вдоль поясницы рукой, или тело на уровне поясницы перетягивалось бинтом

(предложено В. И. Здравомысло-вым) с внушением анальгезии ниже линии перетяжки. После этого больная отправлялась в коляске в операционную.

На операционном столе методика варьировалась главным образом в зависимости от глубины развившегося состояния и степени развившейся анестезии и анальгезии.

Больным, находившимся в глубоком гипнозе, которых было немного (10%), так как одного подготовительного сеанса для человека со средней внушаемостью явно недостаточно, внушалось, что они в кино или катаются на лодке. Эта группа больных обнаружила полную амнезию, т. е. ничего не помнила о протекшей операции. Остальным оперируемым, находившимся в менее глубоком гипнозе, внушалось, что они находятся на операционном столе и даже ощущают прикосновение инструмента, но не испытывают ни малейшей боли. Более развитым больным внушение давалось в разрезе рациональной психотерапии, например: «Теперь ясно, что уже ничего болезненного быть не может, так как сейчас

258

выскабливается слизистая оболочка, которая почти не имеет нервных окончаний и, следовательно, не реагирует на боль». Такое соединение суггестивной и рациональных методик у ряда больных давало прекрасные результаты, а у одной больной была этим способом получена полная анальгезия в почти бодрственном состоянии. В двух случаях из трех прошел успешно нижеследующий прием. Больная, находившаяся во II степени глубины гипноза, при введении круп-ных расширителей начинает слегка реагировать на боль. Гипно-И терапевт набрасывает ей на лицо скотканную марлю и внушает i сладковатый удушающий запах «хлороформа». Больная сразу ; успокаивается и в дальнейшем об операции ничего не помнит.

В качестве примера удачно прошедшей операции сложного случая аборта по медицинским показаниям приведем иллюстрацию.

Больная страдала пороком сердца и туберкулезом III стадии с пневмотораксом на правом легком. Наркоз категорически запрещен. Во время двух предыдущих абортов при введении зеркала уже начиналась сильная рвота, продолжавшаяся в течение всей операции. Из-за этого предыдущие выскабливания длились более 25 мин, сопровождались сильнейшими болями и тяжелым в течение нескольких дней самочувствием. Учитывая серьезность состояния больной, мы провели операцию в легком (I степень глубины) гипнозе. Боль была чрезвычайно незначительная и только при введении крупных расширителей. Во время выскабливания поднялась легкая тошнота, которая тут же соответствующими внушениями была моментально ликвидирована. Вся операция заняла 12 мин с прекрасным послеоперационным самочувствием/

Этот случай предотвращения рвоты при операции не был единственным в нашей работе.

Перед пробуждением всем больным внушалось полное отсутствие послеоперационных болей, общее хорошее самочувствие и состояние, желание, в случае необходимости, проделать любую операцию под гипнозом.

Сейчас же по пробуждении больные опрашивались об их переживаниях во время операции, их самочувствии в настоящий момент; в случае неудовлетворительного самочувствия они сразу же снова f погружались в гипноз легкой степени на 1—2 мин, с внушением t снятия болезненного симптома, или аналогичное внушение делалось в бодрственном состоянии.

При такой методике операции следовали одна за другой без | перерыва; пока предыдущая больная оперировалась, следующая продолжала (в соседней комнате) после соответствующего внуше- I ния, самостоятельно погружаться во все более глубокое состояние.

Через два дня, перед выпиской, больных снова опрашивали об | их впечатлении о гипнозе. При опросе мы отмечали как видимую ре- | акцию больной на боли во время операции, так и то общее впечатление I об операции и гипнозе, с которыми больная уходила из клиники.

К Если поведение больной во время операции, ее жалобы, стоны, I крики или, напротив, полное спокойствие служили показателем I эффективности гипноза единственно по линии его обезболивающего

I действия, то опрос больных при выписке давал нам гораздо больше в смысле правильной оценки всего того значения, которое имеет

I гипноз для больной, идущей на операцию аборта. Оказалось, что

259

степень реакции во время гипноза не всегда соответствовала действительным ощущениям больных во время операции и что при выписке они очень часто давали значительно лучшие

отзывы о гипнозе, чем это можно было ожидать на основании поведения их на операционном столе.

Так, например. Больная М. Отметка при выскабливании 3 (удовлетворительно), при выписке заявляет: «Болей не было вовсе, все ждала, когда они появятся». Больная К. При операции отметка 2 (слабо), при выписке: «Болей во время операции почти не было, только немного в конце». Больная Ф. Во время операции сильная реакция, отметка 2 (слабо), при выписке: «Сильных болей не было. Гипнозом очень довольна, предыдущее выскабливание было гораздо болезненнее».

Случаев, где больные отмечали, что боли хотя и были, но «гораздо легче, чем при прежних выскабливаниях», было много; эти больные всегда уходили с хорошим впечатлением от гипноза.

Очень часто на вопрос: «Как прошла операция?», помимо указаний на те или иные испытанные болевые ощущения приходилось слышать такие ответы: «На операцию шла совершенно спокойно, не волновалась, не боялась; на операционном столе чувствовала себя спокойно, приготовления к операции и вся обстановка не пугали меня; близость врача-гипнолога во время операции была приятна и действовала успокаивающим образом, его внушения, его слова успокаивали, и т. п.». Отсюда и впечатление о действии гипноза получало новую окраску, и больные давали положительный отзыв и заявляли, что в будущем операцию они хотели бы делать только под гипнозом.

Так, больная С. заявила: «Боли были, но несколько слабее, чем при первом выскабливании. На стол легла очень спокойно. В будущем хотела бы делать операцию под гипнозом». Больная Н.: «Гипноз подействовал слабо. Операция прошла болезненно; присутствие врача-гипнолога было очень приятно, он все время отвлекал от болей». Больная Х.: «На операцию шла спокойно, не переживала всего того, что было при прежних выскабливаниях. Боли чувствовала не сильно, значительно меньше, чем при прошлых операциях. Проводить операцию под гипнозом, несомненно, лучше, чем без гипноза».

Особого внимания заслуживает ряд случаев аборта у перво-беременных, у которых выскабливания прошли или совершенно безболезненно, или только с небольшими болями.

Так, больная П., первобеременная, говорила: «Острых болей не было вовсе (длительное и крайне трудное расширение регидной шейки матки), было только неприятное ощущение; после операции никаких болей, прекрасное самочувствие. На операционном столе глубокое сонливое состояние, многих моментов операции совсем не помню, окружающего не слышала, чувствовала присутствие и слышала только врача». Больная М., первобеременная: «Операцию перенесла хорошо, болей почти не было, все слышала, все помню». Больная З., первобеременная: «Спала, хотя почти все слышала;

260

болей никаких не ощущала». Больная А., первобеременная: «Боли были небольшие. Сна никакого не было. Сознание все время было ясное».

Такие случаи, где несмотря на отсутствие отчетливо выраженного гипнотического состояния, операция проходила мало или почти безболезненно, встречались много раз. Так, например, больная Ж. говорит: «На операцию шла спокойно, болей почти не было. Все слышала, все помню, не спала. Прежние операции проходили всегда с сильными болями. Очень большая разница по сравнению с прежними операциями, гипнозом очень довольна».

Всего нами было проведено под гипнозом 100 операций (П. И. Буль, А. В. Дубровский, С. Г. Файнберг и В. П. Федоров, 1935).

По числу бывших родов и аборт: первобеременных — 14 человек, рожавших, но не имевших абортов — 22 человека, не рожавших, не имевших аборта — 4 и рожавших и имевших аборты — 60 человек. Под гипнозом до этого было 3 больных.

Полученные нами результаты можно свести (по 5-бальной системе) к нижеследующим группам: абсолютно полное обезболивание — 13 человек; наличие временами неприятных ощущений — 40 человек; значительная болезненность, но меньше, чем при прежних выскабливаниях, — 20 человек, и безрезультатным оказался гипноз у 27 человек.

Таким образом, процент успешного обезболивания равнялся 73%. Кроме обезболивания, гипноз преследовал цели облегчения проведения операции для хирурга путем устранения мешающих движений и криков оперируемой. Это было достигнуто в подавляющем большинстве случаев, даже в 2 последних группах больных.

При анализе полученных результатов нельзя не отметить роли подражательного внушения, когда больная в своих показаниях о перенесенной операции базировалась на отзывах 2—3 больных, оперированных первыми в этот же день. Так, больная с неразвившимся гипнотическим

состоянием и, следовательно, с недостижимым обезболиванием, но оперируемая после хорошо прошедших случаев, заявляет, что хотя и «испытывала некоторую боль, но страшно благодарна врачу-гипнологу, так как без его помощи было бы ужасно»; а другая, с почти полной анальгезией, но попавшая вместе с негипнабельными пациентками, говорит, что хотя более особых отметить и не может, но, вероятно, ей было бы также легко и без гипнотизации. Это заставило нас начинать операции с больных, у которых можно было, судя по подготовительным сеансам ожидать хорошие результаты гипноза.

Сопоставляя успешность обезболивания гипнозом с возрастом и интеллектуальным развитием пациенток, мы не можем обнаружить четко выраженной корреляционной зависимости. Пожалуй, можно отметить, что лучше поддаются гипнозу более молодые пациентки, что совпадает с наблюдениями большинства авторов.

Зависимость между глубиной гипнотического состояния и анальгезией для хода операции тоже наблюдалась далеко не всегда. Как уже отмечалось, мы имели ряд случаев блестяще проведен-

ного обезболивания, при почти полном отсутствии сонливости, а иногда несравненно худшие результаты при глубоком гипнозе. Поэтому надо считать, что в процессе обезболивания доминирующую роль играет не глубина гипноза, а степень внушаемости. Если мы сопоставим внушаемость с гипнотическим типом, то сможем отметить, что в среднем лучше всего внушаемы лица сомнамбулического типа, несколько менее — лица каталептического типа и еще меньше поддаются внушению люди летаргического типа. Хотя на основании приведенных нами 100 случаев доказать окончательно такую зависимость еще нельзя, но все же полученные результаты подтверждают это мнение, основанное на прежнем нашем опыте.

Анализируя полученные данные по применению суггестивной психотерапии для обезболивания аборта, мы пришли к следующим выводам: 1) поставленная задача использования гипноза для обезболивания абортов разрешена в положительном смысле; применявшаяся безотборочная гипнотизация себя оправдала; 2) для предлагаемой нами массовой гипнотизации не требуется особых помещений и обстановки, поэтому гипноз при аборте может быть применен в любом гинекологическом отделении; 3) предлагаемая нами методика, даже при проведении всего одного подготовительного сеанса, при наличии квалифицированного психотерапевта, дает явно благоприятные результаты (73% удачного применения).

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РОДАХ

Ведение родов в гипнотическом состоянии -известно давно, однако практическое применение гипноза для обезболивания родов получило распространение и у нас и за рубежом лишь в последние 10—15 лет (К. И. Платонов, 1950; В. И. Здравомыслов, 1966, А. П. Николаев, 1924; Rowles, 1948, и др.).

Женщина считала испокон веков, что родовая боль неизбежна. Считалось, что родовая боль — нормальное физиологическое явление, что она неотвратима и является обязательной для нормального родового процесса.

После открытия наркоза, когда возникла возможность облегчать родовой акт, тогдашнее общество и церковь считали аморальным освобождать женщину от родовой боли. Однако большинство медицинских данных говорило, что родовые боли недопустимы, так как истощают нервно-психические силы и физическое состояние женщины. Страх женщины перед родами, длительное, подчас напрасное волнение первородящей в связи с беременностью заставляли ученых искать хороший безвредный наркоз для обезболивания родов.

Главнейшим фактором, ведущим к нарушению высшей нервной деятельности, является извечный страх перед болью, страданиями и, якобы, неизбежными осложнениями. Этот страх неизбежен в 75—80% случаев.

262

Как правило, страх предстоящих родов сопровождается различными нервно-соматическими расстройствами, типа рвоты, запоров, изжоги, слюнотечения, бессонницы, слезоточивости, головокружения, тахикардии, подергивания икроножных мышц и пр. Психотерапия в этих случаях, как правило, дает значительный эффект.

Если учесть, что большинство фармакологических средств, анальгетиков и др. отрицательно влияет на беременных, то становится совершенно очевидным большое преимущество психотерапии в силу ее безвредности для матери и плода и родового акта в целом (К. И. Платонов, 1957; А. П. Николаев, 1924; Vumm, 1918, и др.).

Ввиду того, что встречается определенный процент женщин недостаточно гипнабельных, ряд

авторов стали применять так называемый наркогипноз. Вначале у роженицы вызывается сонное состояние, которое затем поддерживается и углубляется речевым воздействием, при этом некоторые психотерапевты проводят роды в глубоком гипнотическом сне, который поддерживается у роженицы в среднем до 20—30 ч.

То обстоятельство, что роды проводятся в глубоком сне и как бы проходят мимо сознания, вызвало у ряда ученых негативную реакцию, заставив высказаться против применения гипноза и наркогипноза. Однако есть целый ряд гипнологов, которые считают применение гипноза при родах весьма гуманной целесообразной методикой — при условии, что сама роженица просит об этом.

А. П. Слободяник (1958) ставит вопрос о том: действительно ли необходим гипноз или наркогипноз при родах? И отвечает: "Видимо— нет.,, Вместе с психотерапевтами К. И. Платоновым, И. З. Вельвовским, и другими он считает, что даже под влиянием простого внушения в бодром состоянии роженица может рожать безболезненно, не подвергаясь гипнозу. В общем, для успешного проведения родов нужно около 10—15 подготовительных сеансов, что, конечно, зависит от внушаемости и гипнабельности роженицы.

В ряде случаев нам, как и другим психотерапевтам, удавалось проведение безболезненных родов и без специальной подготовки, прямо экспромтом.

Весьма большой и ценный опыт показан в работах психотерапевта-акушера В. И. Здравомыслова (1924), умело использующего ряд гипносуггестивных методов. Приведем главнейшие из них.

А. Обезболивание родов гипносуггестивным методом с предварительной подготовкой внушением

1. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, проводимые в отсутствие врача-психотерапевта.

2. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, начавшимся в присутствии врача-психотерапевта, но закончившимся в его отсутствие.

При этом может применяться индивидуальный и коллективный гипноз. Врач погружает роженицу в состояние гипноза, делает внушение: «Рожать совершенно без боли», и уходит. Роды, действительно, проходят безболезненно.

263

3. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, проводимые в состоянии бодрствования в присутствии врача-психотерапевта.

Врач до родов проводит подготовительные гипнотические сеансы и, если во время родов появляются боли, не погружая в гипноз, делает внушение наяву («Хорошо тужиться во время потуг, полностью отдыхать между ними»).

4. Роды после предварительной подготовки внушением, проводимые в легком гипнотическом состоянии.

У слабо поддающихся гипнозу роды могут быть проведены и в состоянии легкого гипнотического сна.

5. Роды после предварительной подготовки внушением, проводимые в глубоком гипнотическом сне.

Б. Обезболивание родов гипносуггестивным методом без предварительной подготовки внушением (экспромтом)

1. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в глубоком внушенном сне.

Внушение начинается уже в начале родов. Внушается безболезненность схваток («Рожать организованно; во время потуг сильно тужиться три раза, а с прекращением их немедленно переключаться на полный отдых; дышать ровно»). Роженица крепко спит.

2. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в легком дремотном состоянии.

Настойчиво и вместе с тем мягко врач предлагает роженице фиксировать взгляд и немедленно засыпать. Внушается отсутствие боли. Далее внушается: «З начале очередной потуги вдыхать полной грудью воздух и, выпуская его через нос и рот, сильно и как можно дольше напирать на низ. Между потугами отдыхать и набираться сил».

3. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в состоянии бодрствования роженицы при закрытых глазах.

Обезболивание экспромтом в состоянии бодрствования проводится в случаях, когда невозможно по тем или иным причинам погрузить роженицу в состояние гипноза. При обезболивании экспромтом происходит торможение болевого анализатора (изолированное) без иррадиации по остальной массе больших полушарий.

4. Роды, обезболенные только словесным внушением экспромтом без гипнотизирования

роженицы.

При этом методе, не делая попыток гипнотизировать, врач уверенно заявляет, что схватки будут протекать безболезненно, ритмично.

В. Метод «косвенного внушения действием»

Вместо гипнонаркоза врач вначале применяет непосредственное словесное внушение, а затем переходит на метод «косвенного внушения действием», заключающийся в следующем. В граммовый шприц набирают стерильную дистиллированную воду и впрыскивают по 0,1—0,2 мл в два пункта нижней части живота и в два

264 \

пункта на крестце. Чтобы усилить суггестию, впрыскивание сопровождается словами: «Мы сейчас введем Вам обезболивающее вещество. Во время укола Вы почувствуете легкую колющую боль, потом онемает живот и поясница. Вы снова задремлете и будете спокойно продолжать рожать без боли».

Такое же «внушение действием» можно произвести, смазывая кожу роженицы ваткой с эфиром или ментоловым карандашом (по Р. В. Кипарскому), вводя внутрь индифферентные вещества в виде порошков, капель, микстур или микроклизмами (по К- И. Платонову, И. Т. Цветкову, К- В. Проняевой и др.).

В настоящее время имеются указания на возможность ускорить возникновение родов путем суггестии, даже при перенашивании беременности.

/ ГИПНОСУГГЕСТИВНЦЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЕ БЕРЕМЕННЫХ

Крайне неприятным, а иногда даже тяжелым осложнением является так называемая неукротимая рвота беременных. В ряде случаев из-за нее приходилось даже прекращать (и прерывать) беременность у женщин, желающих стать матерью. Рвота беременных, по мнению ряда ученых, является результатом интоксикации организма веществами, поступающими из плодного яйца или печени, а также результатом общей перестройки нервной системы. Иногда неукротимая рвота беременных может носить условнорефлекторный характер, вызываясь условными раздражителями с коры больших полушарий головного мозга после сочетания их с безусловными раздражителями. Как правило, неукротимая рвота беременных сочетается и осложняется общей слабостью, обильным потоотделением, тахикардией, резким падением артериального давления, общей бледностью кожных покровов, снижением аппетита и др. симптомами.

Следует отметить, что неукротимая рвота беременных довольно успешно лечится гипносуггестивной терапией (Н. Ф. Толочинов, 1898; К. И. Платонов, 1930, 1936, 1949; Н. И. Здравомыслов, 1930; И. З. Вельвовский, 1930; А. П. Николаев, 1925, и многие другие). Все психотерапевты, занимавшиеся психотерапией неукротимой рвоты, отмечают большой успех суггестии. Так, уже в 1898 г. Н. Ф. Толочинов писал: «Известны случаи, когда перемена места жительства или внушение посредством гипноза прекращали рвоту». Hollaner (1910) отмечал, что при неукротимой рвоте беременных часто одним сеансом гипноза можно достигнуть если не излечения, то значительного улучшения. Витт (1918) подчеркивает, что «вся суть в психическом воздействии, и если такие меры, как выпрямление, расширение, прижигание слизистой оболочки шейки, промывание желудка, гальванизация, приносят пользу, то успех надо отнести к внушению». По данным К- И. Платонова (1930), известного советского психотерапевта, много занимавшегося неукротимой рвотой беременных, излечение достигается в 84% случаев.

265

Нам также много приходилось заниматься лечением неукротимой рвоты беременных, и мы получали весьма обнадеживающие результаты. Нами было замечено, что женщины, страдающие неукротимой рвотой, как правило, страдали также и функциональными расстройствами нервной системы того или иного типа. Нашим больным мы внушали, что по мере улучшения состояния нервной системы и ее укрепления ощущения тошноты и рвоты полностью исчезнут, а сама беременность будет способствовать общему улучшению состояния всего организма. Мы внушали, что роды пройдут безболезненно, легко, настроение будет прекрасным, родится здоровый, крепкий ребенок. Мы внушали также, что наряду с хорошим общим самочувствием резко улучшится аппетит, сон станет исключительно спокойным и глубоким, что в свою очередь благотворно скажется на нормализации нервной системы. Эти формулы внушения строятся весьма индивидуально, в зависимости от типа высшей нервной деятельности и тех или иных особенностей женского организма. Нами было отмечено, что уже после первых сеансов гипнотерапии у родильниц наступало общее успокоение, хорошее оптимистическое настроение, полностью исчезали тошнота и рвота (иногда прямо поражающие по своему быстрому эффекту).

Успех гипносуггестивной терапии при неукротимой рвоте беременных — большое достижение, так как даже известные врачи-акушеры до сих пор считают, что при неукротимой рвоте беременных «единственно правильный способ лечения с несомненными хорошими результатами — это прерывание беременности». Мы считаем, что при терапии неукротимой рвоты беременных нужно стремиться достижения глубоких степеней гипноза с амнезией. Формулы внушения должны строиться в императивных тонах, без тени неуверенности или сомнения в успехе. Общее количество сеансов мы стремились доводить до 10—15 на курс лечения, хотя, как уже отмечалось, даже после первых сеансов наступал заметный и ободряющий эффект.

Всего нами было проведено свыше 30 случаев излечения неукротимой рвоты беременных в клинике проф. Скробанского, причем в 20 случаях удалось получить полный эффект без рецидива.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ФРИГИДНОСТИ У ЖЕНЩИН

Нами проводилась гипносуггестивная терапия половой холодности у женщин.

Известно, что диспарейния (половая холодность у женщин) встречается у 25—40% женщин. Этому вопросу было уделено большое внимание многих ученых (Н. В. Иванов, 1954; А. П. Слободяник, 1963; А. М. Свядош, 1971, 1974).

Наблюдаются: 1) сексуальная неполноценность женщины в виде полного отсутствия полового либидо или снижения специфических сексуальных ощущений, заканчивающихся в норме оргазмом; 2) недостаточная передача сексуальных импульсов из полового аппарата из-за различных аномалий и дефектов афферентных путей; 3) наличие сильных тормозящих воздействий на кору голов-

266

ного мозга во время полового акта или аномальное его восприятие.

Необходимо учитывать, что у женщины, по сравнению с мужчиной, тормозящие влияния коры головного мозга выражены в большей степени. Половая холодность нередко обусловлена недостаточностью полового влечения, что часто зависит от неправильного воспитания девушки, считающей половую близость как нечто аморальное, унижительное.

Некоторые женщины создают у себя ложное представление о том, что безразличие к сексуальной, интимной жизни является какой-то заслугой, достоинством, говорящими о высоких моральных ее качествах. Н. В. Иванов (1954) пишет, что такое убеждение может «тормозить пробуждение чувственного компонента в любви, следовательно, лишает женщину в ее молодые годы многих обогащающих сторон жизни и подвергает опасности невротического срыва в период наступления максимальной интенсивности сексуального влечения (30—35 лет)».

Другой, еще более сильный фактор, который может угасить совершенно или резко ослабить сексуальное влечение у замужних женщин, — это чисто психический фактор. Сюда относятся нарушения взаимоотношений между супругами: ссоры, появившаяся антипатия супругов из-за раздоров или отвращение к мужу, ставшему алкоголиком и потерявшему нормальный облик.

Фригидность женщины может возникать (по Н. В. Иванову, 1954): 1) ввиду присоединения отрицательных эмоций; 2) нарушения суммации раздражений, необходимых для получения оргазма; 3) фиксации ранее образовавшихся отрицательных условных реакций.

В первую группу можно отнести различные страхи: например, страх беременности и другие опасения. Отрицательные эмоции могут возникнуть от применения противозачаточных средств, к страху, что кто-то может войти и проч.

Ко второй группе причин, вызывающих половую холодность I женщины, являются особенности сексуального поведения мужа, I медлительные или слишком бурные фрикции, преждевременная эякуляция, оставляющие женщину неудовлетворенной, и т. д.

Главная задача психотерапевта — это тщательно изучить особенности сексуальной жизни, для чего необходимо добиться полной откровенности от пациентки. При этом надо помнить, что у женщины значительно больше, чем у мужчины, выражены естественная стыдливость, нравственная наивность, целомудренность и скромность.

При половой холодности женщины, зависящей от недостаточного либидо, следует в доступной форме разъяснить больной взаимоотношения полов с психологической и физиологической точки зрения. «Если хочешь помочь больной с сексуальными расстройствами,

то прежде всего надо убедить ее в том, что раз супруги любят друг друга, то в этой любви им все позволено» (С. И. Консторум). Кроме психотерапии, весьма уместно физиотерапевтическое

лечение, хорошее, богатое витаминами питание, гормональные препараты (после консультации с эндокринологом).

В нашей практике нам пришлось лечить около 30 молодых женщин, страдавших различными формами сексуальной неполноценности: фригидностью, нарушением оргазма и либидо, вагинизмом.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Еще со времен хирурга Бреда известно применение гипноза в хирургии, ввиду обнаруженных явлений анестезии и анальгезии (отсутствие болевой чувствительности кожи и чувствительности к прикосновению). Из литературных данных известно о многочисленных хирургических операциях, произведенных хирургами в разных странах еще тогда, когда не было хорошего наркоза. Уже в начале XIX века Рекомье производил хирургические операции людям, погруженным в гипнотический сон. Так, например, в 1843 г. Элиот произвел более 300 хирургических вмешательств, используя гипнотический сон вместо наркоза, который был еще крайне примитивен и далеко не безвреден, часто вызывая смерть оперируемого. Проводились как простые, так и весьма сложные хирургические операции под гипнозом. Много хирургических операций под гипнозом делали К. И. Платонов (1930), А. П. Николаев (1924) и многие другие русские гипнотерапевты. Однако, лишь недавно А. Т. Пшон-ник (1951) доказал специфическую роль коры головного мозга больших полушарий в формировании болевой и температурной кожной чувствительности у человека. Было доказано, что условный рефлекс оказывался способным затормозить и снять реакцию на болевой безусловный раздражитель. Следует точно оговориться, что операции под гипнозом возможны только у лиц, погруженных в глубокий гипноз III степени, у которых гипнотическое состояние вызывалось неоднократно и испытуемые достаточно тренированы.

Пионером применения гипнотического внушения в России был П. П. Подъяпольский (1915), добивавшийся внушенной анальгезии для общего и местного обезболивания. В период первой мировой войны с его участием было произведено в гипнотическом состоянии около 30 хирургических операций. Им было произведено под гипнозом безболезненное иссечение венозных узлов вдоль всей нижней конечности, резекция ребра, удаление пули из пяточной кости, резекция носовой перегородки. При участии И. В. Вельвовского и М. Б. Фабрикант в Харьковской студенческой больнице в 1924 г. были произведены следующие операции: удаление невринома бедра, фиброаденома молочной железы, постаппендэктомические сращения и др.

К. И. Платонов и И. В. Вельвовский (1923) также провели ряд оперативных вмешательств. Первую операцию под гипнозом К. И. Платонов провел совместно с хирургом И. В. Кудиновым по поводу удаления послеоперационных спаек.

268

В качестве иллюстрации приводим описание операции под гипнозом.

Больная Н., 23 лет, назначена на операцию для удаления послеоперационных спаек после произведенной несколько лет назад аппендэктомии. Для осуществления этой операции в условиях внушенной анальгезии было произведено 4 подготовительных сеанса словесного внушения во внушенном сне, в которых внушалось спокойное отношение к предстоящей операции. За несколько минут до операции больной, усыпленной в палате путем словесного внушения, был внушен полный двигательный и чувствительный паралич нижней половины тела, происшедший, якобы, «под влиянием поясной перетяжки тела жгутом». Затем больная, находящаяся в состоянии внушенного сна, была перевезена в операционную, где и была оперирована. Во время разреза кожи и фасции брюшины и остановки кровотечения больная была абсолютно спокойна: выражение лица и дыхание спокойные, пульс равномерный (68 ударов в минуту). Обнаружены множественные спайки, причем слепая кишка оказалась заключенной в мешок из образовавшихся спаек. Удаление йпак не вызывало реакций со стороны спящей, но в момент напряжения брыжейки появилось беспокойство: «Почему не так спокойно сплю? Мне приятно, хочу домой!», «Скажите, профессор, что не хочу операции!» Пульс, бывший все время равномерным, хорошего наполнения, участился до 100 ударов в минуту. Больной внушено успокоение и приятное сновидение: «Вы катаетесь на лодке с веселой компанией в лунную ночь», и т. д., после чего больная успокоилась и спала спокойно. Очевидно, внушенное сновидение, создавшее очаг возбуждения в коре мозга, путем отрицательной индукции затормозило интероцептивно раздражаемый район коры, избавив больную от неприятных ощущений. После операции больная в том же состоянии внушенного сна была перевезена в палату, где и была разбужена. По пробуждении самочувствие хорошее, полное отсутствие воспоминаний о совершившейся операции, длившейся около часа. В тот же день после соответствующего словесного внушения

легко и без всякой напряженности восстановилась функция мочеотделения. После заживления раны первичным натяжением выписана в хорошем состоянии (наблюдение К. И. Платонова). Вторая операция, также успешно осуществленная под гипнозом К- И. Платоновым, была проведена у больной В. по поводу паховой грыжи.

В 1933 г. В. А. Бахтиаров обеспечил проведение сложной операции верхней торокопластики продолжительностью 2,5 ч под гипнозом. Хирургом И. И. Вартминским было резецировано 7 верхних ребер и отсепарирована от них лопатка у больной туберкулезом 29 лет, которая находилась в тяжелом состоянии и которой было противопоказано применение наркоза. Операция, как и послеоперационный период, прошла хорошо во всех отношениях. Больная об операции не помнила.

К- И. Платонов (1962) приводит интересные случаи оперативного вмешательства в состоянии внушенного сна, где гипнотизацию и оперативное вмешательство проводит сам хирург.

В 1926 г. первый из русских хирургов применивший вполне самостоятельно гипноз для оперативного обезболивания был С. М. Берг. Как показали наблюдения С. М. Берга (1926), у лиц, легко поддающихся внушению, малые хирургические операции могут производиться в условиях внушенной анальгезии даже в бодрственном состоянии. Он отмечает, что в амбулаторных условиях внушенная анальгезия в бодром состоянии «может быть получена у многих больных раньше, чем принято думать». По-видимому, при свежей травме и при хирургической операции по неотложным

269

показаниям тонус коры мозга больного оказывается резко сниженным, вследствие чего внушаемость человека резко повышается, что и может быть использовано с пользой хирургом.

В 1930 г. хирург А. И. Щеглов успешно оперировал под гипнозом 18 больных. Одна из его операций под гипнозом была пробная лапоротамия по поводу рака шейки матки, другая операция была произведена по поводу ампутации матки. В двух случаях операции касались зктомии желчного пузыря. Одна из операций была по поводу пластики свища околоушной железы, далее — пластика по Таршу, по Мареску, иссечение части щитовидной железы, чревосечение при раке шейки матки, надвлагалищная ампутация фиброма-тозной матки, вентрофиксация и, наконец, 9 аппендэктомий.

Все эти оперативные вмешательства проводились в гипнотическом состоянии без какого бы-то ни было наркоза. По данным С. М. Берга (1926), В. А. Бахтиарова (1930), К. И. Платонова (1930) и И. З. Вельвовского (1930), при операциях в гипнотическом сне (даже при длительных операциях) количество наркотических средств может быть снижено на 70—80%. Вопросу о целесообразности применения гипнотического сна при хирургических операциях посвящен доклад А. В. Гуляева на XXVI Всесоюзном съезде хирургов (1955). Как правильно говорит Д. И. Щеглов (1955), внедрение гипносуггестивной методики следует рекомендовать в повседневную хирургическую практику. Известный хирург А. Н. Бакулев в 1955 г. высказывал сожаление о том, что в настоящее время «кратковременный период увлечения гипнонаркозом предан забвению и этот поистине физиологический метод воздействия на психику хирургического больного оставлен в зачаточной фазе своего развития...»

К- И. Платонов (1962) высказывает мысль, что все методы психотерапевтического воздействия на больного должны занять в хирургической клинике принадлежащее им по праву важное место.

Нами был проведен гипноз при 20 хирургических операциях в самых различных клиниках, но мы четко представляем себе, что гипноз вряд ли вытеснит наркоз из хирургической практики. Однако в ряде случаев там, где наркоз противопоказан по тем или иным причинам, гипнотический сон может быть с успехом применен у лиц с хорошей гипнабельностью с целью обезболивания.

Интересно, что чувство боли может быть легко снято при зубной боли, в частности при удалении зубов. Так, например, в Лондоне более 50% зубных операций проводятся под гипнозом. Удастся также снять мучительные боли при новообразованиях, когда никакие наркотики уже не помогают. Установлено, что болевое раздражение только тогда реализуется в чувство боли, когда оно достигает соответствующих центров коры больших полушарий головного мозга. Известны многочисленные факты, когда чувство боли возникает в отсутствующей ампутированной конечности (так называемые «фантомные боли»). Наконец, известна и экспериментально доказана возможность вызывать чувство боли с помощью словесного внушения в гипнозе в совер-

270

шенно здоровом органе. При этом внушенное чувство боли воспринимается как действительная боль и сопровождается рядом симптомов (появлением капель пота на коже, сердцебиением,

побледнением или покраснением кожи, учащением дыхания, значительным увеличением числа лейкоцитов в крови, сужением или расширением сосудов, расширением зрачка и т. д.). Эти исследования показывают, что болевой раздражитель, нанесенный, скажем, на кожу, только тогда формируется в чувство боли, когда достигает коры полушарий головного мозга. Так, опытами на животных доказана возможность вызывать чувство боли условнорефлекторным путем. Например, индифферентный (безразличный) раздражитель у собак становился источником боли, и наоборот, действительный болевой раздражитель становился пищевым сигналом (вызывающим выделение слюны и желудочного сока). В свете этих исследований становится понятной возможность устранения чувства боли (как внушением наяву, так и особенно в гипнозе) у людей, достаточно внушаемых и гипнабельных.

Гипнотическое торможение, распространяясь на зоны чувствительности в коре больших полушарий, может полностью угасить боль, вызывая анальгезию или даже полную анестезию (рис. 42), т. е. полную утрату болевой и температурной кожной чувствительности.

Операции под гипнозом, которые мы обеспечивали, были начаты в одной из платных поликлиник г. Ленинграда (1936), где с помощью гипноза устранялась жгучая боль на лице у людей при косметических операциях по поводу устранения оспин. Платиновой иглой выжигались на лице следы оспы. Операция была крайне мучительная и длительная, осуществляемая в несколько приемов. Однако на что ни идет человек, желая стать красивым! Нас пригласили обезболить эти операции, тем более, что в то время не было внутривенного наркоза, а маску на лицо накладывать при этой операции было трудно (к тому же хлороформный наркоз небезопасен). Свыше десяти женщин и мужчин были освобождены с помощью гипноза от этих болезненных манипуляций, к тому же операция стала одномоментной.

Приведем один пример такой косметической операции под гипнозом.



Рис. 42. Испытуемый находится в постгипнотическом состоянии полной анестезии, внушенной в гипнозе.

27]

Больная П., 42 лет, явилась в поликлинику для косметической операции по поводу многочисленных оспин, покрывающих все лицо. Поставленные пробы показали хорошую гипнабельность и внушаемость больной. С первого сеанса развился гипноз 111 степени глубины. Полная анестезия (проба на болевую и температурную чувствительность). Больная усажена в кресло, голова откинута назад. Кожа лица обработана. Оператор раскаленной платиновой петлей начал прижигать отдельные оспины на лице оперируемой. Никаких признаков болевой реакции, пульс 76 в 1 мин. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Больная крепко спит: внушено, что она находится на поляне и греется на солнце. Операция с полным прижиганием всех оспин кожи лица закончена в течение 40 мин. Кожа лица обработана и забинтована. Больная дегипнотизирована. На вопрос, как она себя чувствует, ответила: «Очень хорошо, доктор!». На вопрос, чувствовала ли она боли во время операции, недоуменно ответила: «А разве все уже кончено?» Довольная и счастливая, отпущена хирургом с соответствующими наставлениями и с

указанием, когда нужно явиться на перевязку (наблюдение П. И. Буля).

В ряде случаев полной анестезии, как в указанном случае, получить не удалось, и была достигнута лишь анальгезия. Однако, боль была ликвидирована у 8 больных из 10. У 5 больных была получена полная анестезия. У всех 10 больных операция из много-моментной стала одномоментной, что, конечно, явилось ценным и положительным фактором.

Нами совместно с В. М. Коваленко и К. Я. Драчинской (1946) удалось провести операцию щитовидной железы под гипнозом у 5 больных, хорошо гипнабельных и внушаемых. Это было особенно важно, так как эти больные неоднократно снимались с операционного стола в связи с крайне большим учащением пульса, доходившим до 200—240 ударов в 1 мин. Гипнотерапевтическая подготовка этих больных заняла всего 8—10 дней.

Свыше 100 хирургических операций под гипнозом было проведено автором совместно с доц. В. А. Дубровским, канд. мед. наук С. Г. Файнбергом и доц. Н. П. Федоровым (1935) без наркоза у женщин в гинекологической клинике. На операционном столе методика варьировалась главным образом в зависимости от глубины гипнотического состояния и степени развившейся анестезии.

Больным, у которых развилось глубокое гипнотическое состояние (III степень гипноза), внушалось, что они в кино или катаются на лодке. Эта группа больных обнаружила полную амнезию (полную утрату воспоминаний об операции). Остальным оперируемым, находившимся в менее глубоком гипнозе, внушалось, что они находятся на операции и даже ощущают прикосновение инструментов, но не испытывают ни малейшей боли.

В двух случаях удачно был проведен нижеследующий прием. Больной, находившейся во II стадии гипноза (несколько реагировала на боль), было внушено, что ей на лицо накладывается маска (на самом деле на лицо накладывалась простая марля), и внушалось, что она обоняет сладковатый, удушающий запах хлороформа. После этого внушения больная сразу же успокоилась и в дальнейшем ничего об операции не помнила. После пробуждения больная М-ва заявила, что она никакой боли не чувствовала, и с удивле-

272

нием узнала, что операция давно закончилась (больная проспала после операции еще 3 ч).

В качестве наиболее интересного примера приведем следующий.

В хирургическую клинику была доставлена больная К., 52 лет, колхозница, у которой злокачественная опухоль захватила органы малого таза. Ввиду того, что наркоз был противопоказан, была предложена операция под гипнозом, — тем более, что больная оказалась сильно внушаема и гипнабельна. Больная несколько раз погружалась в глубокое гипнотическое состояние III степени глубины. Кожные пробы выявили полную анестезию и анальгезию кожных покровов (полная утрата кожной чувствительности с утратой воспоминаний о кожных пробах). Больная была подготовлена к операции. Ей в течение нескольких часов не давали есть. Доц. Г. Б. Геренштейн решил погрузить больную в гипнотическое состояние прямо в палате и в сонном состоянии перевести ее в операционную. Началась весьма сложная и длительная операция, протекавшая около полутора часов. Операция прошла успешно. Вот наложены последние кожные швы, и больная пробуждается. Доцент Г. Б. Геренштейн задает больной вопрос: «Ну, как Вы себя чувствуете?», и вдруг получаем неожиданный ответ: «Безобразие, доктор!» От неожиданности все переглянулись/«Почему же безобразие?» (Мы решили, что женщина терпела боль и теперь высказывает свое возмущение таким, с позволения сказать, наркозом!). И вдруг на наш вопрос мы получаем неожиданный ответ: «Да как же не безобразие, какой день морите голодом, а когда еще будет операция, неизвестно!» Мы вздохнули с облегчением. Оказалось, что вся операция прошла совершенно безболезненно и с полной утратой каких-либо воспоминаний (наблюдение Г. Б. Геренштейна).

На периферии нами не раз проводилось множество и других менее сложных операций под гипнозом (грыжесечение, удаление зубов, вскрытие флегмон и абсцессов, плевральных и спинномозговых пункций и т. п. несложных, но болезненных операций), как правило, с неизменным успехом.

Как правильно указывает Е. Ф. Владимирова (1930), гипноз и внушение играют большую роль в подготовке больного к оперативному вмешательству. С позиций современной физиологии эта подготовка больного к операции играет большую роль в успехе и исходе проводимой операции и быстрому заживлению ран.

Психопрофилактическая подготовка весьма разнообразна. Это и простое собеседование с больным, травмированным предстоящей операцией, с целью успокоения и снятия страха, и устранение тревоги за исход операции, и нормализация сна накануне оперативного вмешательства

и т. д. (Д. А. Буниатян, 1973).

В настоящее время приводятся многочисленные случаи применения отечественными хирургами внушения и гипноза как обезболивающего средства. Еще Г. Б. Геренштейн (1927) применял гипноз для экстирпации матки с полным обезболивающим успехом. Г. Н. Литвиненко (1927) описывает 2 случая операции с целью иссечения опухоли и пластики губ. В. А. Бахтиаров (1930) применял гипноз вместо наркоза при экстракции зубов, грыжесечениях, родах и верхней торакопластике. В. С. Кан и Ф. А. Мервем-сон (1931) проводили гальваноакустику при туберкулезе гортани с помощью гипнотического внушения.

А. В. Свядош (1937) приводит 50 случаев применения гипноза в пред- и послеоперационном периоде; из них у 32 больных наступила полная анестезия. Г. М. Гуревич и А. И. Мастбаум (1952) 273

использовали гипносуггестивный метод в предоперационном периоде у 32 хирургических больных.

К- И. Платонов и И. З. Вельвовский (1924) сообщают о применении гипноза как в общей хирургии, так и в акушерско-гинекологической практике.

Т. И. Крылов (1929) приводит 7 случаев хирургических глазных операций, где у 3 больных был получен полный обезболивающий эффект. Е. Ф. Владимирова (1953) также провела ряд оперативных вмешательств в глазной клинике (по поводу старческой катаракты у 36 человек и врожденной и травматической катаракты — у 7, глаукомы — 7, прочие внутриглазные операции — у 7 человек) с определенным успехом. П. И. Буль (1938) также провел около 20 хирургических операций (и в ряде случаев с хорошим обезболивающим успехом) при различных заболеваниях (зубные, на коже лица, ампутацию руки, экстирпацию щитовидной железы, операции аборта). Процент обезболивания был достигнут от 25 до 70%.

Весьма демонстративное применение гипноза было осуществлено В. Е. Рожновым (1927) для анестезии.

В 1962 г. в Вене состоялся Международный конгресс анестезиологов, на котором работал большой симпозиум по применению гипноза и внушения для обезболивания операций в хирургической, акушерско-гинекологической, оториноларингологической и стоматологической клиниках, призвавший шире использовать метод гипно-суггестивного воздействия в хирургии.

ГИПНОСУГГЕСТИВНЫЕ МЕТОДЫ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕЙ

Говоря об анестезии и аналгезии, которые удается достигнуть внушением и гипнозом с целью обезболивания хирургических операций, нельзя не сказать об устранении мучительных болей, которые возникают при неоперабельных случаях новообразований (часто не поддающихся наркотикам), при так называемых «фантомных» болях, которые возникают после операций на конечностях. Нередко большое значение гипносуггестивный метод имеет при различных болезненных процедурах, таких как спинномозговая пункция (нервная клиника), при работе с бормашиной (стоматологическая), плевральная пункция, катетеризация и др. При дуоденальном и желудочном зондировании у некоторых особо чувствительных людей нередко меняется характер лабораторного анализа. В таких случаях, как показали наши наблюдения, можно полностью или частично угасить глоточный рефлекс и сделать эти процедуры безболезненными и вполне доступными.

Как правильно подчеркивает известный психотерапевт М. С. Лебединский (1971), особенно вредна боль и даже жизненно опасна у пожилых людей при сердечных и сосудистых заболеваниях, спазмах и т. д. Длительная боль может повести к перераздражению нервной системы, а подчас к ряду осложнений и дополнительных нарушений. Вредное влияние болей многие врачи нередко недооценивают, хотя еще Н. И. Пирогов по этому поводу писал:

274

«Должно помнить, что боль и независимо от травматизма сама по себе причиняет сильное нервное и психическое сотрясение. Жестокая непрерывная боль у раздражительных людей и одна и в соединении с другими душевными аффектами может причинить нервное истощение, тетанические судороги и смерть».

Клиника каузальгии хорошо иллюстрирует, как различные условнорефлекторные раздражители способны, с одной стороны, усиливать, а с другой — смягчать различные боли. Длительные упорные боли вносят в личность больного существенные изменения, возникающие в связи с образованием болевой доминанты (М. С. Лебединский, 1971). При этом у больного возникают страхи, повышается раздражительность, плаксивость и т. д. Сильные боли ведут к привыканию к наркотическим веществам, а в дальнейшем — к наркомании.

Л. А. Орбели писал: «При длительных болях можно получить картину все большей и большей аккумуляции ощущений и создания в центральной нервной системе более или менее локализованных очагов. Важно отметить, что в этих очагах возбуждение становится, в конце концов, как бы застойным».

Гипносуггестивный метод устранения боли является хорошим способом угашения боли любого происхождения, что нельзя недооценивать врачам.

Конечно, особенно хорошие результаты удается достигнуть у тех больных, которые гипнабельны и внушаемы, но следует помнить, что эти свойства можно развивать и усиливать. Нами был предложен способ сочетанного воздействия гипноза и электросна, который значительно повышает способность погружаться в гипнотическое состояние, тем самым усиливая явления анестезии и анальгезии (П. И. Буль, 1963).

Нередко мы также использовали, как и многие другие специалисты, сочетание наркоза и гипнотического сна, причем наркотических веществ в этих случаях шло значительно меньше.

Таким образом, совершенно несомненно, что гипноз может быть при необходимости использован вместо наркоза не только в тех случаях, когда больной достаточно внушаем и гипнабелен, а наркоз по тем или иным причинам противопоказан.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Совершенно доказанным является положение, что при ряде заболеваний мы не можем забывать о состоянии организма в целом. И. П. Павлов в своих лекциях по физиологии писал: «Такова в общих чертах нервная система, которая устанавливает связи и соотношения как между органами самого организма, так и между организмом и внешним миром. С этой стороны нервная система

275

есть аналог наших путей сообщения, телефонных проводов. С другой же стороны, ввиду того, что она представляет собой систему, которая все в организме связывает, все объединяет, она есть аналог центральной власти».

В настоящее время применение гипноза в кожной клинике все больше завоевывает заслуженное признание. О том, что внушением в гипнозе можно воздействовать на кожу человека, известно уже давно. Мы уже описывали так называемые «стигмы христовы», кровавые пятна на теле истерических особ, которые возникали под влиянием самовнушения, возникавшего в момент религиозного экстаза. П. П. Подъяпольский (1915) и В. Н. Финне (1924) вызывали на коже человека внушенный ожог, синяк, отморожение.

Так, например, П. П. Подъяпольский (1915), интересовавшийся этими явлениями, однажды встретил крестьянина весьма почтенного возраста, обладавшего удивительной внушаемостью и гипнабельностью, который впадал в состояние глубочайшего гипноза. Подъяпольский решил вызвать на спине испытуемого эритему (красноту) от воображаемого «горчичника». Для этой цели он наложил на спину усыпленного в глубокий гипноз крестьянина кусок газетной бумаги, смоченной водой, с внушением, что это горчичник. Через семь минут, когда экспериментатор снял со спины испытуемого бумагу, он, к своему удивлению и огорчению, не увидел ни малейшей красноты. При расспросе выяснилось, что крестьянин, дожив до 68 лет, ни разу не болел воспалением легких и ему ни разу не ставили горчичники, — он даже фактически не знает, что это такое. Прошло три года, и вот Подъяпольский вновь повстречал этого человека. Выяснилось, что за это время тот уже дважды переболел пневмонией и ему неоднократно ставили на грудь и спину горчичники. Подъяпольский повторил исследование. На этот раз на груди и спине испытуемого от внушенного «горчичника» (газетной бумаги) появилась яркая эритема, как от настоящего горчичника.

Таким образом был доказан условнорефлекторный механизм этого кожного явления.

Уже Dejeune (1912) упоминает в своем труде об истерических экземах, гангренах кожи, облысении, лишаях, отеках, зуде, кожи и даже бородавках. Многие ученые считают, что психотравмирующие моменты играют большую роль в развитии некоторых форм заболеваний, таких как экзема, фурункулез, кожный зуд, псориаз, и могут быть излечены методами гипносуггестивной терапии.

Однако лишь после работ И. П. Павлова и его сотрудников, особенно М. К. Петровой, вызывавших у многих животных экспериментальные экземы (с шелушением, облысением, экссудативными явлениями), были установлены соответствующие закономерности, с осторожностью перенесенные в дальнейшем на человека. Роль коры полушарий головного мозга в возникновении заболеваний кожи несомненна.

276

И. П. Павлов считал кожную поверхность своего рода «проекцией известного участка мозга». Ученые доказали, что даже такой болезненный процесс, как воспаление кожи, может возникнуть под влиянием раздражения как периферических нервных окончаний, так и коры больших полушарий головного мозга.

Клинические наблюдения многих специалистов по кожным болезням подтверждают роль коры головного мозга в механизме развития многих кожных заболеваний в связи с психическими переживаниями и длительно действующими отрицательными эмоциями. А. И. Картамышев (1942) и М. М. Желтаков (1958) прямо говорят



Рис. 43. Образование волдыря на коже прямым внушением в гипнозе «ожога» (по К. И. Платонову).

о возможности возникновения болезненных (патологических) состояний кожных покровов и их устранения в связи со сдвигами в деятельности мозговой коры под влиянием гипносуггестивной терапии.

Указывается, что при некоторых психических нарушениях могут возникать такие кожные заболевания, как крапивница, красный плоский лишай, эритема, пузырчатка, экземы разного вида, изъязвления, некрозы, и многие другие кожные болезни.

Кожа человека изменяется с возрастом, в зависимости от пола, профессии и образа жизни.

Состояние кожного покрова зависит от огромного количества самых различных факторов. Это и голод и жажда, температура окружающей среды, сила и слабость организма, напряжение или сбережение сил, — все это влияет на то, как изменяются кожные покровы, которые то становятся потными или сухими, то начинают трескаться или изменяют окраску. Кожа становится то холодной и синюшной, то теплой, то интенсивно красной, то белой. Хорошо известно, как резко изменяются все эти явления при различных положительных и особенно отрицательных (кратковременных и длительных) эмоциях и психических травмах человека,

277

Особенно наглядно наблюдаются эти изменения кожи на открытых частях тела (на лице, шее, руках), где особенно ярко отражаются эти изменения всего состояния организма. Покраснение или побледнение кожных покровов при сильных психических переживаниях являются наглядной тому иллюстрацией.

Известно, например, что у людей при переживаниях страха, испуга кожа предплечий и тыла кистей и пальцев не только меняет

окраску, но и приобретает характер так называемой «гусиной кожи», приобретая складки, углубления и даже более выраженные морфологические изменения.

В настоящее время доказано, что при этом меняется и психическое состояние человека и возможность вызывать прямым внушением в гипнозе образование волдырей и некрозов (рис. 43), а также устранение всякой кожной чувствительности, что является прямым доказательством того, что кожа является органом, на который имеет огромное влияние центральная нервная система, в том числе и коры больших полушарий и ретикулярная формация.

В свою очередь, весьма интересными и доказательными являются исследования А. И. Картамышева (1953) и А. Г. Хованской (1953), изучавших капиллярное кровообращение у людей, находившихся в различных по глубине состояниях гипноза, и доказавших, что у многих исследуемых в гипнотическом сне наступает выраженный спазм капилляров, который исчезал после выхода из гипноза.

Мы повторили эти исследования и подтвердили этот адрена-линоподобный эффект, который был получен А. И. Картамышевым и А. Г. Хованской (1953) у больных кожными заболеваниями, на больных, страдавших астматическими приступами, с неизменным успехом (рис. 44).

«Совпадение данных, полученных при проведении гипнотического сеанса, с данными, получаемыми на введение адреналина, позволяет, как нам кажется, видеть в этом еще лишнее подтвер-



18
278



ждение того, что психические переживания аналогичны воздействию лекарственных веществ на нервную и сосудистую систему» (А. И. Картамышев, 1953).

Побледнение кожи лица, возникающее при внушении страха в гипнозе (или возникающее в страхе в обычном состоянии), также может быть объяснено адреналиноподобным действием.

Как и у А. И. Картамышева (1953), А. Г. Хованской (1953), Н. А. Скульского (1953), мы также получали спазм капилляров после введения адреналина, возникавший то быстрее, то медленнее. Интересно отметить, что у больных, впадавших в глубокое гипнотическое состояние, реакция на введение адреналина возникала резче, чем у лиц, впадавших в гипнотическое состояние с трудом, на что указывал А. И. Картамышев (1953). Эти данные, полученные при проведении гипноза, и данные, полученные с введением адреналина, подтверждают то, что психическое переживание идентично воздействию некоторых лекарственных веществ непосредственно на нервную и сосудистую системы, а через них и на кожу (рис. 45).

Во многих работах имеются данные, указывающие на возможность влияния словесным воздействием.

А. И. Картамышев (1953) указывает на зависимость появлений *erithemata* психических переживаний. С другой стороны, известно побледнение кожи от страха и гнева. Общеизвестно, что при некоторых психических переживаниях возникают следующие кожные заболевания: красный плоский лишай витилиго, крапивница, геморрагии, буллезные

дерматиты, пузырьчатка, изъязвления некрозы, экземы и атипические формы опоясывающего лишая. Однако, как правильно указывает автор, причины определенных одинаковых изменений кожи даже у одного и того же индивидуума могут быть весьма различны. Тем не менее, уже поведение больных показывает, что речь идет о «нервно-психическом» заболевании.

Быстрота лечения имеющихся дерматозов зависит нередко от глубины гипнотического сна и его особенностей. По данным А. И. Картамышева (1953), гипнотический сон оказался более эффективным по действию, чем сон медикаментозный. Наши данные, полученные при гипнотерапии многих кожных заболеваний, также дали большой терапевтический эффект по сравнению с мазевой терапией при различных кожных заболеваниях.

Рис. 45. Капилляроскопия: вверху—до гипноза; ниже — во время гипноза; внизу — во время внушений отрицательной эмоции (по А. И. Картамышеву).

279

ЭКЗЕМА

В пользу нервной теории экземы приводятся следующие данные:

- а) появление и резкое ухудшение экземы после психических травм и отрицательных эмоций;
- б) нередкое сочетание и совпадение экземы с рядом нервных заболеваний;
- в) изменение чувствительности кожи, сосудистых и сухожильных рефлексов от состояния психики;
- г) симметричное высыпание, указывающее на центральное нервное происхождение.

О. Н. Подвысоцкая (1932) в своей статье «К патогенезу микробных экзем» правильно отмечала, что следует вернуться к одной (достаточно в настоящее время забытой) теории экземы, к теории нервного ее происхождения». Уже описания чувства зуда достаточно для того, чтобы дать представление нервного происхождения. Психические компоненты зуда известны давно. Известно, что зуд кожи может появиться даже лишь при одной мысли, что на коже находятся паразиты. С другой стороны, внушение устранения чувства зуда позволяет ликвидировать одну из причин экземы.

В 1932 г. Е. И. Дубников описал несколько больных экземой, которых он эффективно лечил гипносуггестивной терапией.

Приведем примеры удачного применения гипносуггестивной терапии при заболевании экземой.

Больная Б. жалуется на беспокойный сон, сильную раздражительность, угнетенное настроение, тоску, головные боли, а также выраженную экзему рук, длящуюся 8 лет. Безрезультатно лечилась различными методами, включая облучение ртутно-кварцевой лампой и рентгеновское облучение. Экзема временами затихала, особенно в летнее время. Обострение процесса нередко можно было связать с предшествующими волнениями. Объективно было найдено: со стороны нервной системы истеро-неврастенический симптомокомплекс; отмечено небольшое увеличение щитовидной железы без явлений ее дисфункции. Моча и кровь в пределах нормы. Имелось хроническое воспаление матки и придатков, по поводу которых много лечилась физическими методами и грязями. Кожа всего тыла кистей, особенно правой, диффузно утолщена, шероховата, во многих местах шелушится и надтреснута; местами покрыта корками; между пальцами шелушащиеся корочки. На левой кисти экзематозный процесс был выражен гораздо слабее. В течение 2 месяцев применяли общую франклинизацию, теплые ванны с сосновым экстрактом, инъекции мышьяка, но это не дало положительных результатов. Больная явилась на амбулаторный прием с ухудшением общего состояния в связи с обострением экземы. Через 2V₂ недели больная вторично явилась на прием в резко выраженном депрессивном состоянии и с тяжелым обострением экземы. Кисти были в повязках, по снятии которых пораженная кожа представлялась значительно отечной, припухшей и резко покрасневшей. Во многих местах имелись слившиеся пузырьки, образовавшие мокнущие участки. Больная жаловалась на сильный зуд, бессоницу. Все прежние явления обострились.

Уже после первых двух сеансов гипноза острые явления экземы значительно стихли, отечность и краснота стали меньше, зуд перестал беспокоить больную. После 3 сеансов, проводившихся через день, явления обострения исчезли, больная чувствовала себя гораздо лучше. После 5 сеансов гипноза больная вынуждена была прервать лечение на 2 недели. Когда больная снова явилась, то было отмечено значительное улучшение. Кожа на правой руке стала бледной, шероховатость почти исчезла, корок и шелушения не было и только в двух местах

280

между пальцами имелись остатки шелушения. Левая кисть тоже изменилась: не было прежнего утолщения кожи и красноты, участки экзематозной сыпи значительно уменьшились. Общее

состояние было очень хорошим. Она поступила на фабрику и не предъявляла никаких жалоб. Больной предложено продолжить лечение, и было проведено еще 7 сеансов гипноза раз в 5 дней. Через полгода после окончания лечения наступил рецидив.

Дерматолог, к которому обратилась больная, на этот раз направил ее на рентгенотерапию, приведшую к исчезновению симптомов экземы (наблюдение Е. И. Дубникова).

Больная Г., 48 лет, поступила из дерматологической клиники с выраженными явлениями экземы для проведения психотерапии в связи с тем, что обычная медикаментозная терапия результатов не дала. У больной хроническая экзема в области тыла правой и левой кистей рук и в области кожи затылочной части головы у правой ушной раковины. Появлению экземы предшествовало сильное душевное расстройство, связанное с разрывом с мужем и смертью матери. Больная жалуется на сильное жжение, резкий зуд кожи, общую раздражительность, бессоницу, плаксивость, общее переутомление. Объективно: на тыле правой и левой кистей рук имеются сухие беловатые наслоения, кожа шероховата. На коже затылочной области справа у ушной раковины также имеются подобные элементы.

Вся медикаментозная терапия была отменена ввиду ее неэффективности. Больной назначена гипносуггестивная терапия. После 4 сеансов гипноза кожа на пораженном участке головы у правой ушной раковины полностью очистилась, исчез мучительный зуд. После 7 сеансов гипносуггестивной терапии явления экземы на тыле кистей рук также полностью исчезли.

В результате 10 сеансов гипносуггестивной терапии явления хронической экземы ликвидированы. Рецидива не было в течение года. После вызова через 1 год явлений экземы не обнаружено, несмотря на то, что у больной вновь имели место сильные душевные волнения в связи с новыми конфликтными ситуациями с мужем. Экзема не рецидивировала (наблюдение П. И. Буля).

Больной И., 28 лет, служащий. После сильного душевного потрясения (автомобильная авария с ранением жены и ребенка) на "руках и лице больного появились сильные экзематозные высыпания с сильным зудом и краснотой. Лечение медикаментозными препаратами в виде мазей эффекта длительное время не давало. Ввиду безуспешности лечения дерматологом был направлен к гипнотерапевту на лечение гипносуггестивной терапией. Больной оказался хорошо гипнабелен и внушаем. С первого же сеанса гипноза развилось глубокое гипнотическое состояние III степени глубины с утратой воспоминаний (амнезией). После 3-го сеанса исчез полностью зуд, длительное время беспокоивший больного и не дававший спать. После 5-го сеанса начала исчезать краснота и постепенно стали уменьшаться участки экзематозных высыпаний — сначала на лице (как внушалось), а потом и на руках. Всего за курс лечения было проведено 15 сеансов гипнотерапии. Хорошее состояние прослежено в течение 2 лет. Рецидива заболевания не наблюдалось (наблюдение П. И. Буля).

Аналогичные успешные результаты лечения экземы гипносуггестивной терапией описаны также А. И. Картамышевым (1953) (13 больных), Н. Г. Безюк (1939) (7 больных) и другими.

ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ

Ряд дерматологов связывают возникновение чешуйчатого лишая у многих больных с функциональными изменениями нервной системы. Так, А. Г. Полотебнов (1886) объясняет чешуйчатый лишай как проявление симптомов вазомоторного невроза, при котором нарушения циркуляции крови, возникающие в различных органах, могут иногда переходить и на кожу. П. В. Никольский (1910) указывал, что он часто наблюдал факты, когда псориазная сыпь возникала

10 П. И. Буль

281

впервые после смерти жены, ребенка, отца, матери или вследствие крупных неприятностей материального характера, или после тяжелых судебных дел. Он описывает историю болезни, когда псориаз возник у матери после трагической потери ребенка; в течение 2 дней псориазная сыпь захватила у женщины весь кожный покров.

П. С. Григорьев (1926) и П. П. Подъяпольский (1926) описывали развитие весьма распространенного псориаза у молодой женщины, возникшего вслед за тяжелой психической травмой после крушения поезда. Больная быстро избавилась от сыпи после нескольких сеансов внушения в гипнозе без применения каких бы то ни было наружных и внутренних лекарственных средств.

Н. Г. Безюк (1940) сообщил о результатах, полученных им в результате косвенной суггестивной терапии у 28 больных чешуйчатым лишаем. По его данным, продолжительность заболевания была

от 8 дней до 20 лет у 24 человек. Н. Г. Безюк делал им уколы иглой пустого шприца в различные участки тела, безотносительно от того, является ли этот участок пораженным или нет.

А. И. Картамышев (1953) при гипносуггестивной терапии получил хорошие данные у 31 больного чешуйчатым лишаем из 45 больных. Незначительное улучшение было им получено у 11 больных, и только у 3 больных эффекта не было.

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

А. И. Картамышев (1941) лечил гипносуггестивной терапией красный плоский лишай и получил из 63 больных полное выздоровление у 21 больного, у 36 — значительное улучшение и лишь у 6 — осталось без эффекта.

Н. Г. Шереметьев (1950) внушением в гипнозе получил из 9 больных у 6 полное выздоровление, у 3 — значительное улучшение. Н. Г. Безюк в 1939 г. косвенным внушением получил из 16 больных у 8 полное выздоровление, у 7 — значительное улучшение, у 1 — незначительное улучшение.

П. И. Буль в 1960 г. из 15 леченых больных у 8 получил полное выздоровление, у 6 — улучшение, и лишь 1 больной не получил облегчения.

КРАПИВНИЦА

Воздействие самых разнообразных агентов как внешней, так и внутренней среды организма может вести к появлению крапивницы. В монографии А. И. Картамышева (1953) описывается случай, когда одна больная, лежавшая в кожно-венерологическом отделении, пошла в уборную и там встретила другую больную с сыпью на коже. Решив, что у этой больной сифилис, и убедив себя в том, что взявшись за ручку двери, она заразилась этой болезнью, наряду с появлением тут же задержки мочи, больная отметила у себя зуд правой руки (Я. Л. Юдин). При осмотре на кисти правой руки было обна-

282
ружено неправильное округлое ярко-красного цвета высыпание, а затем и зуд.

Далее А. И. Картамышев (1953) описывает женщину 41 года, заболевшую малярией. Обнаружилось, что эта больная не переносит хинина. Достаточно было пройти 3—4 ч после приема хинина, как на коже больной возникала сильная крапивница, сопровождавшаяся интенсивным зудом, появлением шума в голове и рядом других неприятных явлений. Прием внутрь 0,015 морфина быстро (даже быстрее, чем мог всосаться морфин) ликвидировал все эти приступы. Было начато лечение гипносуггестивной терапией, которое принесло хорошие результаты. Одновременно было проведено интересное исследование. Во время третьего сеанса больной было внушено, что ей дается хинин (на самом деле ей дали сахар), — возникла весьма быстрая реакция в виде появления волдырей, зуда и прочих неприятных явлений. Автором был сделан вывод, что реакция на сахар под влиянием гипноза, аналогичная реакции на хинин, явилась своеобразной условнорефлекторной реакцией. Вскоре этот условный рефлекс на хинин был полностью заторможен, и в дальнейшем никаких явлений не отмечалось; удалось также полностью ликвидировать все явления крапивницы.

Таким образом, по данным дерматологов, крапивница также является заболеванием, имеющим нервный генез, и успешно лечится гипнотерапией.

ГНЕЗДНАЯ ПЛЕШИВОСТЬ

Наблюдения над больными с гнездовой плешивостью, возникшей после сильных потрясений и эмоционального шока, были описаны Черепнинным (1874).

П. В. Никольский (1886) описал ряд больных с гнездовой плешивостью, где причиной заболевания явилось сильное психическое переживание. Большой интерес представляют случаи, когда у больных выпадению и поседению волос предшествует сильный испуг. Heller (1925) на заседании Берлинского дерматологического общества сообщил о больном, у которого поседение волос возникло после испуга.

А. И. Картамышев (1953) описывает случай, когда у больного, молодого человека 23 лет, чрезвычайно быстро полностью поседел волосы. Это был приговоренный фашистами к расстрелу военнопленный, который должен был сам себе выкопать могилу. Лишь по счастливой случайности этот человек остался жив.

Несколько интересных больных с гнездовой плешивостью описал К. И. Платонов (1930). К нему была направлена больная М., 38 лет, с гнездовой плешивостью. Это выпадение волос у больной было по счету третьим. Выпадение волос наблюдалось у нее после смерти отца, через два года — после несчастия с ее ребенком. Последнее выпадение волос возникло еще через 5 лет после тяжелых психических переживаний семейного характера.

К. И. Платонов успешно лечил эти болезни гипносуггестивной психотерапией. Им описано, что

уже после третьего сеанса гипно-
10*
283

суггестивной терапии было отмечено частичное восстановление волос. После 4 сеансов появился пушок на участках облысения. После 14 сеансов все участки облысения стали зарастать. В 1932 г. у этой больной, после новой психотравмы, возник рецидив гнездной плешивости. После 6 сеансов гипносуггестивной терапии волосы восстановились.

Н. Г. Безюк (1939) наблюдал 10 больных с гнездной плешивостью. Психотравмы были выявлены у 3 больных. 7 больным проводилась гипносуггестивная терапия, 3 — косвенное внушение; при этом внушалось, что больному инъекцируется радикальное, ценное для роста волос, средство. Автор отметил у 5 больных зарастание гнездной плешивости, у остальных — уменьшение очагов облысения.

А. И. Картамышев (1953) также наблюдал 3 больных с гнездной плешивостью, где заболеванию предшествовала психическая травма. Для лечения он применял метод гипносуггестивной терапии с хорошим эффектом.

Нами наблюдалось 5 больных с гнездной плешивостью. У 3 больных отмечался отчетливый психогенез. Так, у 2 больных наблюдалась фронтальная психотравма с весьма драматическим финалом. У 1 больного — гибель ребенка на глазах матери. У 2 больных отчетливого эмоционального стресса отметить не удалось. Из 5 больных, лечившихся в нашей гипнотарии гипносуггестивной терапией, у 4 больных был получен хороший эффект после 10—15 лечебных сеансов. В 1 случае эффекта достигнуть не удалось.

А. И. Картамышев (1953) приводит еще множество других кожных заболеваний, где применение гипносуггестивной терапии дало положительные результаты. Сюда относятся пузырьковый лишай (herpes-simplex), пузырчатка, эритемы, кожные гангрены, кожный зуд, изменения ногтей, менструальные дерматозы и другие кожные заболевания.

Н. Г. Безюк привел данные своей пятилетней работы успешного применения суггестии при лечении многих кожных заболеваний.

Эффективное лечение методом психотерапии ряда кожных заболеваний приводят М. М. Желтаков, Ю. К. Скрипкин, Б. А. Сомов (1963) и многие другие дерматологи.

Успешно применяется гипносуггестивная терапия для лечения бородавок. Интересно, что в лечении бородавок внушением известно у многих арабских племен. Лечение проводилось так: на ветке в количестве, равном числу бородавок у больного, делались специальные «насечки» и затем делалось внушение, что бородавки исчезнут, как только засохнет ветка. И в самом деле, как внушал «колдун», как только ветка засыхала, бородавки бесследно исчезали. Внушением в гипнозе успешно лечили бородавки наши известные советские гипнологи К. И. Платонов, А. И. Картамышев, Н. Г. Безюк и другие.

Нами также лечились юношеские бородавки внушением в бодрствующем состоянии, которые до этого не удавалось снять никакими лекарственными веществами (ляпис, кислота и др.). Фиксируя своим взглядом глаза юноши, мы обводили каждую бородавку пинцетом и

284

внушали, что бородавки исчезнут через одну неделю. После этого рука больного бинтовалась и предлагалось не снимать бинт в течение недели. Как правило, через неделю, когда снимались бинты, бородавки исчезали. В другом случае хорошо гипнабельный больной погружался в гипнотическое состояние, и ему внушалось, что в ближайшее время бородавки исчезнут. Действительно, в течение одной-двух недель бородавки, как правило, исчезали.

Применение психотерапии в медицине вообще и в дерматологии, в частности, является проблемой, которая все больше и больше завоевывает право на существование. Однако не следует видеть в психотерапии панацею при всех дерматозах, — она дает большой терапевтический эффект при соответствующих показаниях — там, где в этиологии и патогенезе заболевания ведущую роль играет психическая травма и где обычные методы лечения мазевой терапией не дают хорошего результата.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Многого удается достигнуть психотерапевту при лечении больного ребенка. Каждый врач хорошо знает, как стыдливы дети и как нужно щадить психику ребенка, особенно девочки, при раздевании и осмотре ее. Как правило, дети требуют к себе специального подхода. Следует знать, что притворством и наигранным снисхождением эмоционального контакта с ребенком не установить, а без него лечение детей весьма трудно.

Тонкий психолог Л. Н. Толстой с присущей ему наблюдательностью пишет: «Притворство, в чем бы то ни было, может обмануть самого умного, проницательного человека; но самый ограниченный ребенок, как бы оно ни было искусно скрывается, узнает его и отвращается». («Анна Каренина»), Каждый врач-педиатр, как ни кто другой, должен быть психотерапевтом. Он должен уметь подойти к ребенку так тонко и деликатно, чтобы не только не запугать его предстоящим раздеванием и осмотром, но и постараться сделать общение с ребенком интересным и занимательным.

С. С. Вайль (1969) говорит, что один детский врач, лечивший его маленького внука, начал в первый же свой визит с того, что предложил мальчику нажимать на разные пуговицы своего пиджака, и каждый раз пищал при этом иначе. Ребенок охотно включился в эту игру, и дальнейший осмотр явился в его представлении продолжением забавы; каждое новое посещение врача он ожидал не со страхом, а с интересом.

Описывается случай, как однажды врачу удалось войти в контакт с мальчиком (не дававшим до того никому себя раздеть), подойдя к нему с сантиметром в качестве портного, желающего снять с него мерку для нового платья.

Знаменитый русский педиатр Н. Ф. Филатов учил врачей, что лечить детей могут лишь те врачи, которые сами любят детей.

285

Как известно, Н. Ф. Филатов очень любил детей, ласково обращался с ними, но, честный и правдивый по своей природе, он не допускал фальши и притворства и по отношению к ним. Он не соблазнял их подарками и неисполнимыми обещаниями, не уверял, что не будет больно, — например, при впрыскивании сыворотки или при операциях. В то же время в обращении с детьми он был терпелив, ровен и спокоен, а при исследовании, которое производил всегда подробно и всесторонне, старался избегать всего, что могло бы причинить боль; так, исследование больного органа он обычно откладывал на конец. И дети своей чуткой восприимчивой душой угадывали доброе сердце Н. Ф. Филатова и тоже любили «дядю профессора».

Гипноз и внушение имеет большое значение при лечении многих заболеваний у детей. Однако следует помнить, что гипнотический сон можно развить лишь у детей с 8—9-летнего возраста. При гипнотизировании детей более раннего возраста сон развивается лишь обычный, физиологический, а гипноза, как такового, достигнуть не удастся. Особенно хорошие результаты удавалось получить у детей, страдавших ночным недержанием мочи. Как правило, это тяжелое страдание приносит много огорчений как ребенку, так и родителям.

Причины ночного недержания мочи еще полностью не установлены. Известный невропатолог М. И. Аствацатуров (1926) высказывался в пользу того, что большую роль играет диссоциация сонного торможения, когда писал: «...значительное торможение коры при недостаточном торможении подкоркового аппарата; вследствие такой диссоциации раздражения, исходящие из пузыря, приводят к автоматическому осуществлению акта мочеиспускания, не вызывая пробуждения».

Мы неоднократно получали хороший эффект при условии отсутствия органических изменений в нервной системе и костном аппарате.

С помощью гипносуггестивной терапии стремились устранить влияние всех внешних раздражителей и выработать у больного ребенка упроченный «сторожевой пункт» в мозгу, который мог бы при торможении почти всех отделов коры во время сна вызвать возбуждение, чтобы в нужный момент ребенок пробудился бы для совершения акта мочеиспускания.

В большинстве случаев это нам удавалось с помощью гипнотерапии.

Приведем в качестве иллюстрации следующий пример.

Больной М., 9 лет, страдает ночным недержанием мочи. Все попытки родителей регламентировать акт мочеиспускания к успеху не приводили. Спит ночным сном исключительно крепко. В результате постель всегда влажная. Послать в детский сад или пионерлагерь из-за этого не представляется возможным, что крайне тяготит ребенка. Родители обратились в гипнотарий за помощью. Дан ряд советов и рекомендаций. Назначен на гипносуггестивную терапию ввиду хорошей и быстрой восприимчивости к гипнозу. С первого же сеанса впал в глубокий гипнотический сон III степени глубины с полной утратой воспоминаний.

Внушено, что теперь будет хорошо чувствовать наполнение мочевого пузыря и будет немедленно самостоятельно пробуждаться и идти в туалет. С 3-го сеанса сон стал менее глубоким, мальчик стал самостоятельно пробуждаться в строго назначенные часы. После 5-го сеанса исчезла также и дурная привычка грызть

286

ногти. Всего на курс гипнотерапии затрачено 15 сеансов. Ребенок избавлен как от ночного недержания мочи, так и от привычки грызть ногти. Хорошие результаты прослежены в течение 3 лет. Рецидива не наблюдается (наблюдение П. И. Буля).

Таких случаев нами наблюдалось свыше 30 с хорошим эффектом.

Следующим, весьма тягостным и распространенным, чаще всего детским заболеванием является возникающее, как правило, в результате психической травмы — один из логонервезов — заикание. Нужно прямо сказать, что заикание является одним из упорных и трудно поддающихся лечению заболеваний. По нашим наблюдениям, лишь в 30—35% случаев удается с помощью гипнотерапии восстановить полностью и стойко речь.

Этот сравнительно небольшой процент успеха объясняется тем, что как сам заикающийся, так и родители недостаточно упорно выполняют все указанные рекомендации как врача-гипнотерапевта, так и логопеда в выполнении нужных упражнений.

В качестве иллюстрации приведем следующий пример успешного лечения логоневроза.

Больной К., 15 лет. Ученик школы. Начал заикаться с 10-летнего возраста после испуга (укус собаки). Все попытки лечения различными медикаментозными средствами и упражнениями у логопеда к эффекту не привели. Мальчик очень тяготится своим весьма выраженным заиканием. Застенчив, особенно *психо* говорит на людях. Испытывает «страх речи». На лечение пошел весьма активно. Даны соответствующие рекомендации и поддержаны все упражнения логопеда. Мальчик оказался весьма внушаемым и гипнабельным. Легко впал в состояние глубокого гипноза III степени с полной утратой воспоминаний о проделанных упражнениях в гипнозе. Так, например, в гипнотическом сне говорил совершенно свободно, без малейших проявлений заикания. Всего проведено 15 сеансов гипно-суггестивной терапии. Речь полностью восстановлена. Рецидива заболевания нет в течение 3 лет. Избавлен также от излишней застенчивости и стеснительности. Полностью устранен «страх речи» (наблюдение П. И. Буля).

Среди детских заболеваний нам неоднократно приходилось сталкиваться с тягостными припадками эпилепсии. Сразу же оговоримся, что мы, как и большинство невропатологов, не считаем возможным полное излечение эпилепсии методом гипноза, так как она относится к органическим заболеваниям, но в ряде случаев в своей практической работе мы неоднократно добивались весьма хороших результатов.

Так, у некоторых детей, страдавших частыми припадками с падением и ушибами, прикусом языка и недержанием мочи, нам удавалось с помощью гипносуггестивной терапии переводить дневные припадки в ночные, делать эти припадки более легкими, а главное, нередко удавалось сделать расстояние между припадками значительно длиннее. Так, в одном случае припадки эпилепсии, возникавшие ежедневно по 6—8 припадков, удавалось свести к тому, что они возникали лишь раз в три месяца, и т. д.

Особенно успешно проходило лечение так называемой условно-рефлекторной эпилепсии, о которой писали В. М. Бехтерев и многие другие.

Приведем одну иллюстрацию в качестве примера.

287

Больная К., 12 лет. Поступила для лечения эпилепсии ввиду весьма частых припадков. Страдает с раннего детства. Припадки частые, по 5—6 припадков в сутки, с падением и ушибами лица, прикусом языка и полной утратой воспоминания о происшедшем; часто после припадка глубокий сон. Обследовалась у невропатолога. Психика почти не изменена. Физическое развитие хорошее. Ввиду настоятельной просьбы родителей и врача начато лечение в гипнотарии. Гипнабельность и внушаемость удовлетворительные. Гипнотический сон средней глубины. Проведено 15 сеансов гипнотерапии. После 3-го сеанса полное прекращение припадков, но курс продолжен. Отдаленные результаты лечения прослежены 3 месяца. Затем больную увезли в другой город. Сообщений больше не поступало (наблюдение П. И. Буля).

Позволим себе привести еще один интересный пример.

В качестве консультанта я был вызван в детскую больницу к умирающему ребенку 10 лет. Когда мы прибыли к ребенку, он был в тяжелом состоянии, так как был крайне истощен. Полное отвращение к пище, а при малейшей попытке принять пищу — неукротимая рвота (анарексия невроза). Вначале мы решили, что эффекта от лечения не наступит, так как ребенок был крайне истощен, буквально «кожа и кости». К тому же оказалось, что мальчик плохо поддается гипнозу и внушению. По настоятельной просьбе начато лечение гипнозом. Только после 8-го сеанса удалось развить легкое гипнотическое состояние. Однако ввиду того, что после 5-го сеанса намечилось

прекращение рвоты и мальчик начал немного есть, решено лечение продолжить. Всего на курс лечения нами было проведено около 30 сеансов гипнотерапии, приведших к полному излечению ребенка от заболевания. Он начал есть, поправился на 7 кг, полностью прекратилась рвота, и больной был выписан в хорошем состоянии на периферию, в другой город, где он жил. Хорошее состояние прослежено в течение 3 лет. Рецидива не было (наблюдение П. И. Буля).

В течение длительного периода нам неоднократно приходилось заниматься гипносуггестивной терапией детей и подростков при самых различных заболеваниях (различные дурные привычки и склонности, функциональные расстройства нервной системы с теми или иными проявлениями).

Следует отметить, что дети, как правило, хорошо внушаемы и гипнабельны (с 8 до 15 лет), в дальнейшем восприимчивость к гипнозу несколько уменьшается, но остается еще достаточно высокой в зависимости от типа нервной системы.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ИАТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В лечебной деятельности врача, при его непосредственном контакте с больным человеком, особенно остро возникает вопрос морально-этического порядка. Сюда относится взаимоотношение врачей-коллег между собой и обслуживающим медперсоналом. Но особенно важны этические нормы поведения между врачом и больным.

Советская медицинская школа учит будущих специалистов-медиков не только специальным знаниям, но, что особенно важно, основам медицинской деонтологии. Этому разделу врачебной этики в системе обучения врача мы уделяем сейчас особое место. Деонтология — наука о должном поведении (от греческого слова «деон» —

288

должное, учение о должном поведении). Современная медицинская наука вооружает врача большим запасом знаний и арсеналом технических возможностей, но их нужно уметь использовать в интересах больного, для чего необходимо соблюдение норм врачебной деонтологии (С. Вайль).

Профессиональную медицинскую этику надо понимать, как одно из специфических проявлений общей этики, протекающей в особых условиях врачебной деятельности.

В капиталистическом обществе, где все взаимоотношения между пациентом и врачом строятся на меркантильных расчетах, врачебная деонтология приобретает особый характер.

Пациент веряет своему врачу то, что ему особенно дорого, — жизнь. Вверяя врачу свое здоровье, больной должен быть в нем абсолютно уверен. Чем же может врач завоевать доверие своего пациента? Это доверие и авторитет врач может завоевать у больного знанием своего дела, профессиональным мастерством. Если о враче-специалисте говорят как о хорошем диагносте, умело и успешно помогающем своим пациентам, то эта молва быстро распространяется среди больных, и о враче начинают говорить с уважением. Нередко о хорошем хирурге говорят как о враче с «легкой рукой». Но недостаточно, чтобы врач был большим специалистом, — важно, чтобы больной видел и чувствовал, что врач хочет сделать для него все возможное с полной отдачей своих душевных сил.

Известный советский хирург А. Н. Бакулев, обращаясь к будущему врачу, пишет: «Посмотри на взволнованные, иЪдуганные глаза матери, в суровое лицо отца, когда перед тобой лежит их едва дышащий ребенок, и покажи, на что ты способен... Поволнуйся на каждой операции и после нее, пока не убедишься, что ты спас больного. Погорюй, а может быть, и поплачь, когда тебе не удалось вырвать человека из лап смерти. Почувствуй радость и торжество за свою науку, когда бывший больной пожмет тебе руку и от всей души скажет скромное: «Спасибо, доктор»».

Приход врача должен всегда действовать благотворно на больных и родственников. Врач должен суметь внушить пациенту веру в выздоровление и назначенное лечение, ободрить его, поднять настроение, заставить активно участвовать самого больного в процессе лечения. Известный русский психоневролог В. М. Бехтерев говорил, что «если после разговора с врачом больному не становится лучше, то это плохой врач». Действительно, одно собеседование врача с больным нередко благотворно действует на больного.

Известный русский терапевт С. П. Боткин следующим образом определял задачи медицины: «Изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупреждать болезни, лечить или облегчать».

Итак, по существу своей профессии врач призван облегчать и лечить страдания больного.

Однако клиницистам хорошо известно, что врач, недостаточно знакомый с законами медицинской деонтологии, нередко своим

289

неправильным поведением, сам того не желая, может принести больному существенный вред. Является ошибочным сообщать больному, что при настоящем положении медицины нельзя помочь ему в той степени, как это нужно. Не следует вслух выражать сожаление, что больной пришел слишком поздно к врачу, что болезнь его запущена и лечение будет поэтому затруднительно.

В медицинской терминологии существует, как известно, понятие: «иатрогенные заболевания» (от греческого слова иатер — врач, т. е. заболевания, вызванные, к сожалению, самим врачом). Теперь врачи все в большей степени начинают понимать, что слово — один из могущественных факторов воздействия на человека, и пользоваться им нужно с большой осторожностью.

Известно, что уже в седой древности (свыше 1000 лет назад) знаменитый Авиценна писал: «Врач для лечения больного человека имеет три могучих средства — слово, траву и нож».

Уже тогда мудрый врач древности ставил на первое место по своей значимости человеческое слово!

«Как и всякое другое терапевтическое средство, слово врача может иметь не только полезное, но и вредное для больного действие, причем это вредное действие всегда получается помимо воли врача и вопреки его лучшим желаниям. Поэтому, наряду с положительной, полезной психотерапией, может возникнуть и психотерапия негативная, дающая целый ряд заболеваний, где личность врача имеет влияние на течение и исход болезни, но где врач принимает невольное то или иное, а иногда и значительное участие в самом психогенезе болезни» (Р. А. Лурия, 1964).

Часто в присутствии больного врачи беседуют между собой о характере и течении заболевания, применяя отдельные латинские термины, думая, что специальная латинская терминология не будет понятна больному. Однако больного латинские термины нередко устрашают. Больной воспринимает и впитывает в себя, как губка, каждое произнесенное врачом слово и не только слово, но и жесты или многозначительные взгляды. Впечатлительные больные начинают предполагать о своем заболевании — худшее. В силу этого неосторожное слово, оброненное врачом, падает, так сказать, на уже подготовленную почву, оказывая отрицательное, негативное влияние на дальнейшее течение болезни.

В литературе описаны многочисленные примеры иатрогенных заболеваний. В качестве иллюстрации можно привести наблюдение известного советского психотерапевта К. И. Платонова.

Больная М., 29 лет, учительница. В течение 6 месяцев находилась во власти навязчивого страха одиночества из-за боязни внезапно умереть от «расширения сердца». На уроки ходила медленно, с осторожностью, дома большую часть времени проводила в постели. Беспреданно считала свой пульс, плохо и тревожно спала. Повышенно раздражительна. Причиной этому послужило следующее. 6 месяцев назад больная поехала из Харькова в Кисловодск отдохнуть и «укрепить нервы». Врач при перкуссии нашел увеличенными границы сердца. На вопрос больной: «Что это значит?» — последовал ответ: «А это значит, что сердце раздулось, как пузырь!».

290

Врач посоветовал больной беречь сердце, избегать волнений, подъема тяжестей и т. д. С этого дня, как говорит больная, она потеряла покой. Мысль, что сердце может «лопнуть как пузырь», не покидала ее. В Харьков больная вернулась полуинвалидом. Она потеряла прежнюю работоспособность, стала изводить себя и окружающих. Навязчивый страх настолько овладел ею, что уверения авторитетных терапевтов не достигали цели. И только гипносуггестивное психотерапевтическое воздействие быстро освободило больную от ее навязчивого страха и вернуло прежнюю работоспособность.

В нашей работе мы также часто сталкивались со случаями иатрогений, возникавших под влиянием неосторожного слова врача. Приведем два примера.

Пример первый.

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

Больная рассказывает, что 5 лет назад лежала в больнице по поводу брюшного тифа. Болезнь, по словам больной, протекала тяжело, временами больная теряла сознание. Однажды она слышала, как два врача обменивались мнениями о ее состоянии, высказывая опасение за ее сердце. Вечером

того же дня состояние больной было особенно тяжелым. Вечером дежурный врач, посидев у постели больной, пощупал ее пульс и сказал, обращаясь к сестре: «Финита!» Больная^ окончившая в свое время гимназию, хорошо знала латынь и в словах врача уловила роковой приговор. «Я сразу же потеряла сознание», — рассказывает она. С этого дня больная, вопреки прогнозу оставшаяся жить, потеряла покой, ее охватил постоянно державшийся страх за сердце, за жизнь. Ей все время казалось, что сердце ее вот-вот остановится и наступит конец. При попытках переменить положение стали возникать боли в области сердца и приступы сильных сердцебиений. Временами, наоборот, сердцебиения сменялись замираниями в деятельности сердца, и больная не могла прощупать свой пульс. «Моя жизнь превратилась в мучительную пытку, в постоянный страх за сердце!» Последующие заверения врачей в том, что ее сердце находится в удовлетворительном состоянии и что ей ничто не угрожает, не успокаивали больную. Гнетущий страх держался. Выписанная домой, она несколько успокоилась, но не надолго. Вскоре приступы болей и сердцебиений усилились. Нам удалось погрузить больную в гипнотическое состояние и сделать ей соответствующее лечебное внушение. После 10 сеансов она стала ходить по комнате, боли прошли, но сердцебиения еще держались. После 15 сеансов больная впервые вышла на улицу. Процесс одевания вызвал у нее ненадолго приступ сердцебиений. На улице ее внезапно охватил страх, что сердце не выдержит. После 20-го сеанса больная окончательно освободилась от всех болезненных явлений со стороны сердца. Вскоре она уже катала внука на санках по саду. Состояние больной до настоящего времени хорошее. Наблюдение за больной продолжается третий год.

Приведем еще один пример.

Больной М., 46 лет, инженер. Обратился по совету врача поликлиники в наш психотерапевтический кабинет. На прием пришел с большим трудом, с частыми остановками в пути. Предъявил ряд жалоб на боли в области сердца, сердцебиения и одышку. Боли, по словам больного, иррадиируют в левую руку и лопатку. Заболеванию предшествовала психическая травма, полученная во время беседы с врачом. При осмотре объективно: пульс 90 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глуховаты, акцентов и шумов нет. Из анамнеза выяснились следующие обстоятельства. Больной, как он сам себя характеризовал, мнительный, впечатлительный, эмоционально лабильный человек. Полгода назад узнал о смерти

291

своего друга от инфаркта миокарда. Больной был неприятно поражен столь быстрой и внезапной кончиной товарища, с которым еще за неделю до дня его смерти разговаривал на улице; товарищи рассказывали друг другу о своем здоровье, причем доминировали жалобы, в общем довольно схожие на болезненные нарушения в деятельности сердца. Теперь, узнав о гибели друга, наш больной забеспокоился о себе самом. Чем больше он прислушивался к работе своего сердца, тем хуже, как ему казалось, оно билось. Вскоре появились приступы болей, нараставшие в интенсивности и частоте. Был вызван врач поликлиники. Осмотрев больного, он заявил: «Да, батенька, мотор того, требует капитального ремонта! Придется лежать месяц, не меньше!» Больной очень испугался, но все же спросил о диагнозе. Врач авторитетно ответил: «Предполагаю грудную жабу!» Затем последовали наставления и советы, были выписаны рецепты, и, прощаясь с больным, врач сказал: «Будет хуже.— вызовите скорую помощь!»

В коридоре за неплотно закрытой дверью врач давал последние указания жене больного. На ее вопрос, насколько серьезно положение мужа, он ответил, что предполагает острый инфаркт миокарда, в лучшем случае — стенокардию. Больной, напряженно прислушиваясь к негромкой, но отчетливо слышимой речи врача, понял, как он выразился, что ему «кукушка прокуковала». В дальнейшем на дому была произведена электрокардиография. В ожидании электрокардиограммы больной мучился в тревоге и страхе, потерял сон и аппетит, что еще больше ухудшило его состояние. Через неделю до больного дошла ЭКГ с успокоительным заключением, что данных за инфаркт миокарда нет, имеются лишь незначительные мышечные изменения и увеличение левого желудочка. Однако это заключение не могло успокоить травмированную психику, тем более, что на вопрос врачу, не может ли быть ошибки в диагнозе, тот ответил: «Показания ЭКГ не абсолютны!». В дальнейшем, после двухмесячного пребывания в постели, начались хождения больного по различным кабинетам и обращения к различным крупным специалистам за консультациями. Не всегда, по словам больного, диагнозы совпадали, иногда высказывались диаметрально противоположные заключения, что еще больше смущало больного. Часто одни специалисты отменяли назначения других, что также дезориентировало больного. Наконец, один

из терапевтов посоветовал больному полечиться гипносуггестив-ной терапией. Только после 20 сеансов гипнотерапии удалось, наконец, получить первые признаки успокоения и улучшения деятельности сердца. Всего на курс лечения потребовалось 30 сеансов гипнотерапии. В настоящее время состояние больного вполне удовлетворительно, о чем можно судить по тому, что больной, по нашему совету, начал заниматься спортом. Наблюдения продолжаются 2-й год. Больной окреп, хорошо спит, состояние нервной системы значительно улучшилось.

Иатрогения возникает иногда и в тех случаях, когда, например, медицинская сестра неудачно «разъясняет» больному, что у него обнаружено врачом. Известны случаи, когда сам больной «контрабандой» прочитывал запись из полученной карточки или истории болезни и, неправильно истолковав их, впал в тяжелое депрессивное состояние, резко ухудшавшее течение заболевания. Подобные факты еще и еще раз напоминают врачам о необходимости крайне осторожного выбора слов в разговоре, в обращении с больным. К чести наших советских врачей, надо сказать, что психотерапевты все реже и реже теперь встречаются с фактами иатрогении.

Широкое распространение учения советских ученых о высшей нервной деятельности и медицинской психологии, а также все нарастающий интерес к вопросам психотерапии — лучшие гарантии того, что подобные явления скоро совершенно исчезнут из нашей медицинской практики. Могущественное действие слова врача должно быть направлено не только на исцеление больного, но и на предупреждение болезни.

292

К сожалению, еще встречаются факты иатрогении в различных отраслях медицины. Так, иногда в терапевтическую клинику попадают больные после психических травм, нанесенных хирургами. Хирурги, увлекаясь скальпелем, забывают о том, что именно «их слово» имеет особенно веское значение для больного, доверяющего им свою жизнь. В операционной иногда можно услышать такие замечания врача, производящего операцию под местной анестезией: «Смотрите, здесь кругом спайки!» Или: «Что вы даете гнилые нитки», «Не суйте мне тупой скальпель» и т. д. Хорошо известно также, что психическая травма оказывает отрицательное действие на общую сопротивляемость организма и, в частности, резко ослабляет процессы заживления послеоперационных ран. Вот почему именно хирурги должны особенно соблюдать также и «стерильность» слова.

Следует помнить, что человеческое слово, особенно слово врача-хирурга, — самый опасный скальпель, могущий принести не только пользу, но и значительный вред больному. Мы неоднократно встречали больных, испытывающих боли и недомогание потому только, что они слышали о своих «спайках» или «дивертикулах». Нередко та или иная фраза, сказанная врачом, принимает самые причудливые формы в сознании больного. Так, например, замечания врача при пальпации брюшной полости: «Селезенки нет!» приобретает в глазах больного совершенно другой, устрашающий оттенок. К сожалению, мы, врачи, еще нередко нарушаем правила врачебной деонтологии, хотя об этом пишут и говорят в настоящее время достаточно много.

Р. А. Лурия различает в заболевании внутреннюю и внешнюю картину болезни. Под внешней картиной болезни он понимает все то, что можно получить на основании всех доступных методов исследования, а под внутренней картиной болезни —> все то, что переживает больной, всю массу его ощущений, не тсугько болезненных, но и общее его самочувствие, его представления о своей болезни, о ее причинах — все, что связано для больного с приходом его к врачу, весь огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятий и ощущений, эмоций и психических переживаний.

Лучшими примерами такой внутренней картины болезни являются иатрогенные заболевания, когда под влиянием нанесенной врачом психической травмы у больного возникает целый ряд новых ощущений, например, диспептические явления, когда больной узнает об отсутствии у него соляной кислоты в желудочном соке или об опущении у него желудка. Сердцебиение и боли, чувство давления в груди, головокружение и т. п. явления могут возникать в связи с сообщением рентгенолога при обследовании о расширении у больного аорты на 0,5 см к в результате обнаруженного врачом ничтожного изменения артериального давления.

Известный советский психотерапевт Ю. В. Каннабих (1940) также приводит пример того, как необдуманное слово врача была нанесена больному тяжелая психическая травма. Больной, явившийся

293

на прием к врачу и не предъявляющий никаких жалоб на состояние своей сердечно-сосудистой системы, был буквально сражен фразой врача: «Как Вы умудрились так рано и так основательно

испортить свое сердце? У Вас не сердце, а какая-то тряпочка». После такого заявления врача больной вскоре стал ощущать свое сердце и притом основательно.

Тогда, когда внимание больного благодаря иатрогенной психической травме оказывается сосредоточенным на ощущениях со стороны внутренней среды организма (особенно, если эти ощущения окрашены эмоцией страха), то больной оказывается лишенным здоровой критики и ничтожные ощущения вырастают в «жуткие боли», «кошмарные состояния» и т. д., надолго лишая его нормального существования и трудоспособности.

Часто неудачные формулировки врача о «расширении сердца», «спайках» в брюшной полости, «перегибах» мочеочечника и т. п. неправильно воспринимаются больными, фиксируются в их сознании и связываются соответствующими патологическими состояниями. Такое синтезирование может происходить даже во сне под влиянием преобладающего в коре в данный момент сильного раздражения.

Нередко даже весьма чуткие и внимательные врачи, но недостаточно оценивающие иатрогенное влияние слова, из самых лучших побуждений начинают рассказывать больному подробно все, что у него находят. Такой врач заботливо чертит на груди больного карандашом границы сердца, делится своим впечатлением с больным по поводу изменений его клапанов или же недоумевает из-за ничтожных изменений пульса. При этом врач не видит, не замечает того, что у больного от такого собеседования с врачом градом катит пот, появляется бледность, учащение пульса и тревожный взгляд.

Хороший врач, достаточно сведущий в вопросах психотерапии, знает, что можно и что нельзя сказать больному. К сожалению, есть еще врачи, которые, забывая о личности больного в целом, слишком легко ставят диагноз на основании только лишь лабора-торно-инструментальных данных. Добавочные методы исследования, как бы они совершенны ни были, являются лишь вспомогательными средствами диагностики и не должны переоцениваться как врачом, так и больными. Нередко больные неправильно воспринимают данные анализов и исследований, которые подчеркиваются иногда красным карандашом в лаборатории, что еще больше травмирует психику больного.

Необходимо учитывать, что бывают состояния больного, когда временно он не только не нуждается в каком-либо специальном лечении, но проведение лечения бывает даже вредно для психики больного. В таких случаях показано разумное и деликатное игнорирование жалоб больного.

Профилактика иатрогенных заболеваний должна являться задачей врачей любых специальностей, а не быть лишь монополией пси хотер апевтов.

Следует помнить, что лечить иатрогенные заболевания очень трудно и лечение требует много времени, а вызвать их, наоборот,

294

очень легко. Одно неосторожное слова врача — и психика больного уже травмирована.

Часто иатрогенные заболевания рождаются в рентгенологических кабинетах. Больные, как никому из других специалистов, доверяют рентгенологам. По убеждению многих больных, кто-кто, а рентгенолог все «насквозь видит». Вот почему специалисты-рентгенологи должны быть особенно осторожны в обращении с врачебным словом. Реплики вроде: «У Вас капельное сердце» или: «Желудок в форме крючка!», «Обызвествление легких!» совершенно недопустимы, так как часто ведут к иатрогении.

Канцерофобия, кардиофобия и другие фобии нередко возникают из-за неосторожно оброненного слова врача, подчас недооценивающего ранимость психики больного.

В терапевтической клинике часто приходится сталкиваться с больными «канцерофобией», «кардиофобией» и другими фобиями.

Под нашим наблюдением было 12 больных «канцерофобией», выздоровевших от этого тяжелого и мучительного воображаемого страдания только после применения гипносуггестивной психотерапии и лишь в результате большой работы психотерапевта.

В возникновении рассматриваемых страданий, кроме указанной выше прямой иатрогении, имели место психические травмы, исходящие от среднего медперсонала и даже от соседей по палате.

Особенно часто канцерофобия возникала у наших больных, когда по соседству с ними в палате находился действительно раковый больной, о болезни которого они узнавали от врача или медперсонала.

Яркость и сила впечатлений, возникавших при виде такого больного, при виде его страданий и гибели, поражали воображение многих других больных. У больных канцерофобией обычно

обнаруживались проявления функционального расстройства нервной системы, а также черты тревожно-мнительного характера. Эти больные с навязчивыми мыслями о раке часто сами критически относились к своему «заболеванию», понимали недостаточную его обоснованность, но, тем не менее, не могли освободиться от страха перед воображаемым страданием.

В качестве примера приведем следующие наблюдения.

Больная К., 30 лет. Принята на амбулаторное лечение по поводу канцерофобии. Эта больная три года назад была оперирована по поводу геморраи-дального расширения вен прямой кишки, вызывавшего обильные кровотечения. Операция была успешно проведена в одной из клиник Ленинграда, но в соседней палате находилась больная, действительно страдавшая раком прямой кишки, вскоре скончавшаяся. После этого наша больная заболела в тяжелой форме канцерофобией, чему способствовало в немалой степени заявление санитарки, что, де, в эти палаты кладут «только таких больных». Несмотря на уверения хирурга, что у больной был всего лишь геморрой, что рака у нее нет, больная врачу не верит, говорит: «Вы меня обманываете, я чувствую, что у меня рак, я знаю, что обречена!» Больная непрерывно плачет, прощается с родственниками, отдает распоряжения, как и где ее похоронить и т. д. Похудела на 4 кг, плохо ест, перестала спать, извела себя и мужа. Однако к концу курса гипнотерапии, состоящего из 15 сеансов, больная полностью освободилась от канцерофобии.

«Вспоминаю о своей болезни, как о кошмарном сне», — заявила она. От-
295

даленные результаты прослежены в течение двух лет: состояние хорошее. Однако через 2 года наступил рецидив канцерофобии в связи с тем, что из-за неприятностей в семье больная вновь стала плохо есть и похудела за короткое время на 2 кг. Потребовался новый курс гипнотерапии (12 сеансов), освободивший больную от «заболевания» раком. Нового рецидива нет. Наблюдение продолжается.

Интересно отметить, что, как показывают наблюдения, лица, действительно страдающие раком, как правило, канцерофобией не страдают. Канцерофобией могут страдать как практически здоровые люди, так и ослабленные соматически. Особенно часто заболевание канцерофобией возникает у лиц с функциональным расстройством нервной системы, протекавшим по типу психастении.

Нам приходилось проводить гипносуггестивную психотерапию помимо канцерофобии у тех больных, у которых по тем или иным причинам возникал страх за состояние их сердечной деятельности. Обычно кардиофобией страдали люди, у которых ни клинически, ни электрокардиографически, ни рентгенологически не было никаких органических заболеваний сердца. И здесь, как правило, иатрогенное заболевание возникало в результате нарушения норм деонтологии.

В качестве примера приведем два случая.

Больной Н., 44 лет, находился на излечении в госпитальной терапевтической клинике 1 ЛМИ им. акад. И. П. Павлова с 6/П 1956 г. Клинический диагноз: язвенная болезнь в стадии обострения (язва желудка). Больной до настоящего времени никогда жалоб на деятельность сердца не предъявлял. Артериальное давление — 130/80 мм. рт. ст. ЭКГ без отклонений от нормы. В той же палате находился больной К., страдавший стенокардией и в прошлом перенесший инфаркт миокарда. Наш больной в течение длительного срока наблюдал за соседом, дружил с ним. В свою очередь, тот охотно делился своими ощущениями и симптомами. Внезапно состояние больного К. резко ухудшилось, и однажды ночью он погиб от повторного инфаркта миокарда. Это событие сильно повлияло на психику нашего пациента — он начал прислушиваться к работе своего сердца. Симптомы заболевания желудка отошли на второй план, и начали превалировать жалобы на сердечно-сосудистую систему, хотя ЭКГ никаких отклонений от нормы не выявляла. Вскоре у Н. появились боли в сердце, стали возникать «замирания» и перебои, ухудшилось настроение, появились мысли о смерти, страх, тревога, беспокойство, слезы. Лечащим врачом больной был направлен для гипносуггестивной психотерапии, которая и была нами проведена.

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

Больной М., 42 лет, обратился в кабинет гипнотерапии 30/П 1955 г. по совету лечащего врача поликлиники. Пять лет назад при заполнении санаторно-курортной карты врач измерил артериальное давление и спросил: «Вы, конечно, знаете, что у Вас высокое кровяное давление?» Артериальное давление тогда было 190/110 мм рт. ст. Больной ответил, что впервые об этом

слышит. Врач стал детализировать вопросы, интересуясь, не было ли у больного болей в сердце, сердцебиений, головокружения, тошноты, головных болей. Больной никогда не чувствовал никаких неприятных ощущений со стороны сердечно-сосудистой системы. Играл в теннис, чтобы не располнеть, много курил, изрядно выпивал.

На вопрос больного: «Неужели положение так серьезно?» — последовал ответ врача: «Да, серьезно! Вам не в санаторий ехать на юг, а лежать надо!» При этом врач посоветовал немедленно бросить курить, выпивать, а о теннисе и не думать. Больной ушел из кабинета врача встревоженным — рушились все планы на летний отдых. Однако мысль о том, что, может быть, молодой врач

296

по неопытности ошибается и положение не так страшно, успокоила на некоторое время больного. В дальнейшем из разговоров с товарищами и знакомыми он узнает, что гипертоническая болезнь может привести к смерти. Больной начинает ходить по поликлиникам, посещать врачей различных специальностей, которые находят у него ожирение сердца, склероз сосудов головного мозга и т. д. Больной, человек впечатлительный и эмоционально неустойчивый, начинает «чувствовать» свое сердце, испытывать боли в нем. Появляются головные боли. Болезненные симптомы в области сердца начинают усиливаться. Больному впервые за много лет выдают больничный лист. Он соблюдает строгий постельный режим, начинает слабеть и полнеть. Поступает в стационар и затем выписывается с диагнозом стенокардии и незначительным улучшением общего состояния.

Лечение гипнотерапией оказало на больного благоприятное действие уже после первых сеансов (больной оказался весьма гипнабельным).

Вскоре мы назначили больному лечебную гимнастику, желая подчеркнуть, что положение его совсем не так плохо. Предложение заниматься гимнастикой сначала несколько озадачило больного, так как специалисты говорили о необходимости соблюдать покой. Однако доверие к врачу-психотерапевту помогло преодолеть излишнюю в этом отношении настороженность. Всего на курс было проведено 18 сеансов гипнотерапии. Больной похудел на 8 кг (по совету врача соблюдал диету). Артериальное давление снизилось до 150/95 мм рт. ст. Исчезли головные боли и боли в области сердца. Рецидива не наступило в течение года. Больной, по существу, вернулся к тому состоянию, в котором находился до начала данного иатрогенного заболевания, только несколько снизилось артериальное давление.

К счастью, и при канцерофобии гипносуггестивная психотерапия дает очень хороший эффект, хотя и требует от врача-психотерапевта больших усилий при лечении.

Таким образом, гипносуггестивная психотерапия иатрогенных заболеваний является наиболее эффективным методом их лечения.

Многолетний опыт лечения иатрогенных заболеваний и анализ причин их возникновения убеждают в необходимости более активной профилактики этих заболеваний и более широкой пропаганде основ деонтологии среди студентов и врачей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеизложенное дает основание утверждать, что каждый врач, независимо от своей специальности, прежде всего должен быть психотерапевтом. В самом деле, будь он невропатологом или психиатром, терапевтом или хирургом, акушером-гинекологом или дерматологом, врач прежде всего должен в совершенстве владеть врачебным словом. Если задаться вопросом, есть ли разница между врачом-алопатом и врачом-ветеринаром, то следует ответить, что такая разница есть, хотя и тот и другой применяют в больших количествах лекарственные препараты и широко используют различные физиотерапевтические процедуры. Но врач, лечащий человека, широко пользуется психотерапевтическим воздействием через вторую сигнальную систему, чего лишен врач-ветеринар.

Те врачи, которые игнорируют психотерапевтическое влияние своего слова, забывают о том, что они имеют дело с человеком. Правильность физиологического утверждения И. П. Павлова о том, что слово является для человека столь же реальным условным раздражителем, как и все остальные, а вместе с тем и «таким многообъемлющим, как никакие другие», следует помнить всегда. Кроме того, словесные раздражители из-за их физиологической и социальной значимости приобретают в нервно-психической деятельности человека совершенно особое место.

Слово заменяет, отражает и обобщает смысловое значение конкретных раздражителей внешней и внутренней среды. Кроме того, слово как раздражитель является ценным средством гипносуггестивного воздействия врача на больного человека. Клинический материал, анализируемый нами в данной работе, показывает, что в коре полушарий головного мозга

человека имеет место отражение многих процессов внутренней среды организма и что на эти процессы можно успешно воздействовать через вторую сигнальную систему — воздействовать словом. Факты такого влияния на различные соматические процессы подытожил в своих исследованиях К. И. Платонов, монография которого сыграла большую роль, явившись проводником идей И. П. Павлова в страны народной демократии и в остальную зарубежную психотерапевтическую науку. В настоящее время эти идеи глубоко проникли в такие страны, как Франция, Италия, Япония, Германия, США и другие.

298

Однако не следует недооценивать для психотерапии физиологических концепций Н. Е. Введенского, А. А. Ухтомского и, в первую очередь, учения о доминанте.

Большое значение имеет учение П. К. Анохина о физиологии эмоций. Эмоции рассматривались]!. К. Анохиным как один из важнейших факторов в деятельности и поведении человека и животных. Для понимания роли эмоционального фактора в генезе и терапии ряда болезней интересно следующее высказывание П. К. Анохина (1949): «Переадресовка всей силы эмоционального выражения на внутренние, внешне не констатируемые процессы... создает стойкое повышение тонуса ряда внутренних органов».

Эмоциональный фактор при проведении психотерапии имеет большое значение не только в отношении состояния больного, но и в состоянии врача-психотерапевта. Об этом очень точно пишет психотерапевт В. Е. Рожнов (1966): «Не безразличным становится не только смысловое содержание внушения, но и та эмоциональность, с которой врач проводит лечебную беседу, сонастроенность с больным и его собственная настроенность, вера в свои возможности, словом, все то, что принято понимать как личное мастерство и творчество врача. Умелое сочетание всех этих факторов и приводит к тому, что беседа, проведенная одним врачом с больным, находившимся в бодрственном состоянии, по силе своего лечебного внушающего воздействия значительно превзойдет эффект, оказанный другим врачом больному, находившемся в гипнозе».

В настоящее время представления о гипнозе и внушении и связанные с ними явления обогатились данными о функции ретикулярной формации, расширив научное обоснование гипносуггестивного воздействия.

Имеет большое значение связь отечественной психотерапии с медицинской психологией, что особенно наглядно выступает в работах В. Н. Мясищева (1966), много уделившего внимания вопросам слияния психологии и физиологии, на которых и базируется современная психотерапия. Выдающееся значение для развития отечественной и зарубежной психотерапии имело и продолжает иметь учение И. П. Павлова, оказавшее огромное влияние на многих зарубежных ученых. Можно назвать известного ученого Dubois (1924), указывавшего, что его клинические наблюдения находят глубокое обоснование в работах И. П. Павлова.

Как правильно подчеркивает известный советский психотерапевт М. С. Лебединский (1971): «Учение о высшей нервной деятельности, обогащенное новейшими достижениями нейрофизиологии, обосновывая единство организма и психики, раскрывая закономерности физиологии головного мозга, роль коры и подкорковых образований в жизнедеятельности организмов высших животных и человека, приобрело огромное значение для построения психотерапии».

Затрагивая вопрос об относительном значении в деятельности головного мозга, его высших отделов (коры) и подкорковых образований, следует сослаться на весьма определенные высказывания

299

И. П. Павлова, который говорил о стимулирующей «заряжающей» роли подкорки относительно коры.

И. П. Павлов подчеркивал, что «подкорка является источником энергии для всей высшей нервной деятельности, а кора играет роль регулятора по отношению к этой слепой силе, тонко направляя и сдерживая ее».

За последние годы у некоторых ученых Англии и США появилась тенденция «опустить» функции сознания в подкорковую область. Эта тенденция связана с получившим в последние годы распространение учением о сетчатой (ретикулярной) формации.

По мнению Д. А. Бирюкова (1968), если не пытаться односторонне решать вопрос, приписывая те или иные функции сознания только подкорке или только коре, а стать на точку зрения о гармоническом единстве коркового и подкоркового аппаратов, то никакой новой проблемы здесь не возникнет.

гинекологии. М., 1956.

Аствацатуров М. И. Психотерапия и психоанализ. Л., 1926.

Аствацатуров М. И. О парадоксальных рефлексах. СПб., 1916.

Бассин Ф. В. О некоторых дискуссионных вопросах в современной теории локализации функций. — Журн. невропатол. и психиатр., 1956, №7, с. 579—587.

Бассин Ф. В. и др. Фрейдизм: Псевдонаучная трактовка психических явлений. — Коммунист, № 2, 1972, с. 94—106.

Бахтияров В. А. Волдырь от мнимого ожога, полученный гипнотическим внушением. — Уральск, мед. журн., 1926, в. VI.

Безюк Н. Г. Об эмоциональной и внушенной температуре. — Сов. врач, 1936, № 14.

Бейлин П. Е. Охранительный лечебный режим. — Мед. работник, № 49, 5/VII, 1951.

Белкин А. И. К методике гипнотического воздействия на моторику желудочно-кишечного тракта. — Тезисы научно-практ. конф. по вопросам психотерапии. М., 1956.

Белоус В. М. Применение гипноза при лечении бронхиальной астмы. — Мед. архив, 1925, т. 1, с. 3.

Беляев Г. С. Первая ступень аутогенной тренировки в амбулаторных стационарных условиях. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.

Березина М. П., Васильева В. К. Условно-рефлекторные изменения кожных реакций у больных бронхиальной астмой. — Вестн. ЛГУ, 1958, № 21, в. 4, с. 126—133.

Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.

Бехтерев В. М. Избранные произведения. М., 1954.

Бехтерев В. М. и Нарбут В. М. Объективные признаки внушенных изменений чувствительности в гипнозе. — Обозр. психиатр., неврол. и экспер. психол., 1902, № 1—2.

Бирман Б. Н. Экспериментальный сон. Дисс. М., 1925.

Бирюков Д. А. Миф о душе. М., 1959.

Боголепов К. Н. Гипноз и вегетативная нервная система. — Сов. врач, 1936, № 14.

Боткин С. П. Клинические лекции, т. 2. М., 1950.

Булатов П. К. Бронхиальная астма. М., 1964.

Булатов П. К. и Буль П. И. Опыт лечения электросном больных бронхиальной астмой. — Материалы межреспубл. конф. по проблеме „Бронхиальная астма“. М., 1965, с. 60.

Булатов П. К. и Буль П. И. К вопросу лечения электросном гипертонической болезни. — В сб.: Электросон и электроанаркоз. М., 1966.

Булатов П. К. и Буль П. И. О лечении больных бронхиальной астмой электросном. — В сб.: Электросон и электроанаркоз. М., 1966.

Булатов П. К. и Буль П. И. О лечении бронхиальной астмы суггестивной психотерапией. — В сб.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953.

Булатов П. К., Буль П. И. и Четверикова Л. А. К вопросу лечения больных бронхиальной астмой. — В сб.: Бронхиальная астма. Л., 1962.

302

I

Булатов П. К. и Буль П. И. Опыт лечения электросном больных язвенной болезнью. — В сб.: Электросон и электроанаркоз. М., 1966.

Буль П. И. Техника врачебного гипноза. Л., 1955.

Буль П. И. Опыт применения гипнотерапии у больных бронхиальной астмой. Автореф. дисс. Л., 1955.

Буль П. И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. Изд. 1-е. Л., 1958.

Буль П. И. К вопросу о сочетании лечения электросном и гипнозом больных бронхиальной астмой. — В сб.: Бронхиальная астма. Л., 1962.

Буль П. И. Гипнотерапия при функциональных расстройствах нервной системы с преимущественными нарушениями со стороны внутренних органов. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.

Буль П. И. Гипноз в клинике внутренних болезней. Л., 1968.

Буль П. И. и Преображенская И. Н. Влияние второй сигнальной системы на форму и положение желудка. — Врач, дело, 1958, № 3.

Буль П. И., Фомин А. С. Динамика сосудистых реакций у больных бронхиальной астмой в процессе лечения электросном. — В сб.: Электросон и электроанаркоз. М., 1966.

Буль П. И., Булатов П. К. и Злыдников Д. М. К вопросу изучения механизма приступов бронхиальной астмы в гипнотическом состоянии методом бронхографии. — В сб. трудов

- госпитальной терапевтич. клиники I ЛМИ им. И. П. Павлова. Л., 1959.
- Буль П. И. и Науменко А. И. Образование «феномена маски» в гипнозе у больных бронхиальной астмой в условиях барокамеры. — В сб. материалов межобл. научн. конф. по морфологии, физиологии и патологии органов дыхания. Л., 1966.
- Буль П. И., Дубровский А. В., Файнберг С. Г., Федоров В. П. О возможности широкого применения гипноза при операции. — Труды I ЛМИ им. акад. И. П. Павлова. Л., 1935.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1952.
- Быков К. М. и Курцин И. Т. Кортико-висцеральная терапия патогенеза язвенной болезни. Изд. 2-е. М., 1952.
- Быков К. М. и Черниговский В. Н. О функциональных взаимоотношениях коры головного мозга и внутренних органов. — Бюлл. экспер. биол. и мед., 1950, т. XXIX, № 1, с. 12—17.
- Васильев Л. Л. Сновидения, гипноз, автоматические движения в свете современного естествознания. Л., 1948.
- Васильев Л. Л. Значение физиологического учения Н. Е. Введенского для невропатологии. Л., 1953.
- Вайль С. С. Некоторые вопросы врачебной деонтологии. Л., 1969.
- Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия. Л., 1973.
- Введенский Н. Е. Полное собрание сочинений. М., 1954.
- Вельвовский И. З. Неотложные вопросы организации психотерапии в системе советского здравоохранения. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Ветцнер А. М. Гипнотерапия при начальной стадии гипертонической болезни. — Тезисы научно-практической конф. по вопросам психотерапии. М., 1956.
- Виш И. М. Психотерапия при некоторых нервно-психических и соматических заболеваниях. Автореф. дисс. Тамбов, 1959.
- Вишневский А. А. О реализации внушенных движений больным неврозами и неврозоподобными состояниями. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1963.
- Вогралик В. Г. Клинические лекции по внутренним болезням. Саратов, 1964.
- Вольперт И. Е. Сновидения в обычном сне и гипнозе. Л., 1966.
- Галачьян А. Г. О некоторых основах целостного понимания больного. М., 1954.
- Гаккебуш В. М. Новые пути в изучении эмоций. — Совр. психоневрол., 1926, в. 4.
- Геренштейн Г. Б. Введение в практическую психотерапию. Л., 1927.
- 303
- Гиляровский В. А. О взаимоотношениях соматического и психического в медицине. — Врач, дело, 1947, № 8.
- Гиляровский В. А., Ливенцев Н. М., Сегаль Ю. Е. и Крилова З. А. Электросон. М., 1953.
- Гуляев И. Электрические процессы коры головного мозга человека. Л., 1960.
- Давиденков С. Н. Лечение больных неврозами в свете физиологического учения И. П. Павлова. — Клиническая медицина, 1953, т. XXXI, № 2, с. 16—25.
- Данилевский В. Я. Гипнотизм. Харьков, 1925.
- Добня Е. Н. Случай пятилетней астазии-абазии, излеченной психотерапией. — Психотерапия, 1910, в. 1, с. 15—20.
- Долин А. О. Роль коры головного мозга в патологических процессах организма. — Труды сессии, посвящ. 10-летию со дня смерти акад. И. П. Павлова. М., 1948.
- Доценко С. Н. и Первомайский Б. Я. Неврозы. М., 1964.
- Желтаков М. М., Исаева Л. Д. и Скрипкин Ю. К. Влияние гипноза на кровяное давление. — Тезисы научно-практ. конф. по вопросам психотерапии. М., 1956.
- Жуков И. А. Лечение внушением и гипнозом некоторых кожных заболеваний в условиях курорта Сочи-Мацеста. Дисс. М., 1954.
- Завилянский И. Я. К теории психотерапии. — В сб.: Вопросы клинической невропатологии и психиатрии, в. II. Киев, 1958.
- Захарьин Г. А. Клинические лекции. М., 1909.
- Здравомыслов В. И. Гипноз и внушение в акушерстве. Автореф. дисс. М., 1938.
- Зеленин В. Ф., Каннабих Ю. В., Степанов П. Н. и Сухаревский Л. М. Влияние психического фактора на механизм терморегуляции и некоторые формы обмена. — Клиническая медицина, 1936, т. XIV, с. 7—9.
- Зеневич Г. В. Принципы организации лечебно-профилактической помощи в области неврозов.

- Невский М. П. О биэлектрической деятельности мозга в гипнотическом сне. — Журн. невропатол. и психиатр., 1954, № I, с. 26.
- Невский М. П. Электроэнцефалографическое изучение гипнотизабельности. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Николаев А. П. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Харьков, 1927.
- О к у н е в М. Я. Лечение морской болезни гипнозотерапией. Автореф. дисс. 1958.
- О р б е л и Л. А. Вопросы высшей нервной деятельности. М.—Л., 1938.
- Павлов И. П. Полное собрание сочинений, т. IV, кн. 1—2; т. IV. М.—Л., 1951.
- Павлов И. П. Полн. собр. сочинений, тт. I—IV. М.—Л., 1951.
- Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылова И. А. Аутогенная тренировка. Л., 1973.
- Петрова М. К. О роли функционально-ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. Л., 1946.
- Петрова М. К. Сонное наркотическое и сонное гипнотическое торможение и их терапевтическое значение для собак невротиков. — Физиол. журн. СССР, 1946, № 1.
- Платонов К. И. Слово, как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
- Платонов К. И., Линецкий М. Л., Пайкин М. О., Кабалъчук М. И.
305
- О влиянии внушенных эмоций на желудочную секрецию. — Тезисы докл. на конф. в Ин-те экспериментальной медицины по проблемам пищеварения. Л., 1951.
- Поворинский Ю. А. Об изменениях кожно-сосудистых реакций в гипнотическом состоянии при воздействии непосредственных и словесных раздражителей. — Журн. невропатол. и психиатр., 1953, в. II.
- Поворинский Ю. А., Мягер В. К. Лечение больных неврозами длительным гипнотическим сном, вызываемым условнорефлекторным путем. — Вопросы психоневрологии. М., 1954, с. 108—109.
- Поворинский Ю. А., Трауготт Н. Н. О некоторых особенностях кортикальной динамики в гипнотическом сне. — Архив биол. наук, 1936, т. 44, в. 2.
- П ш о н и к А. Т. Кора головного мозга и рецепторная функция организма. М., 1952.
- Подъяпольский П. П. О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением. — Журнал невропатол. и психиатр., 1909, в. 1—2.
- Родионова З. А., Аронина Р. С. Опыт лечения гипнозом больных гипертонической болезнью. — Сов. мед., 1955, № 8.
- Родосский А. О судорожной одышке бронх. Дисс. СПб., 1863.
- Рожнов В. Е. Гипноз в медицине. М., 1954.
- Рожнов В. Е. О роли гипноза в психотерапии. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Рохлин Л. Л. Вопросы психотерапии в соматической клинике. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Рыбаков Ф. Е. Лечение пьянства гипнотическим внушением. — Врач, газета, 1901.
- Святощ А. М. Восприятие речи во время естественного сна. Канд. дисс. Л., 1940.
- Святощ А. М. Неврозы и их лечение. Изд. 2-е. М., 1971.
- Святощ А. М., Ромен А. С. Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. Техника самовнушения. Караганда, 1966.
- Сергеев Г. В., Сегаль Ю. Е., Кириллова З. А. Динамика сосудистых реакций и дыхания у больных гипертонической болезнью в процессе лечения электросном. — Вопр. психотер., 1957, № 2, с. 174.
- Сергеев Г. В. Лечение электросном больных гипертонической болезнью. М., 1965.
- Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга. М., 1962.
- Сеченов И. М., Павлов И. П., Введенский Н. Е. Физиология нервной системы. М., 1952.
- Синельников С. Н. Цит. по К. И. Платонову. Слово, как физиологический и лечебный фактор. М., 1957.
- Скульский Н. А. Капиллярскопия и капиллярометрия. М., 1930.
- С л о б о д н я к А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев, 1963.
- Снежневский А. В. Предисловие к книге Уэллса Г. «Павлов и Фрейд». М., 1960.
- Соломянский В. М., Бурмистров С. А. О роли психической травмы в этиологии гипертонической болезни (Ашхабад). — Клин. мед., 1957, № 1.
- Сперанский Н. И., Островская В. И. Роль нервных факторов в клинике стенокардии. — Тер. архив, 1956, № 3.
- Срезневский В. В. Гипноз и внушение. Л., 1924.

- Стрельчук И. В. Опыт дифференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах. — Журн^н-высш. нервн. деят., 1953, т. 3, в. 3.
- Стрельчук И. В. О некоторых физиологических механизмах гипнотерапевтического воздействия. — В сб.: Вопросы психотерапии. М., 1966.
- Токарский А. А. Терапевтическое применение гипнотизма. М., 1890.
- 306
- Уэллс Г. К. Зигмунд Фрейд и его учение. — Вопр. философии, 1956, № 6, с. 107—124.
- Уэллс Г. Павлов и Фрейд. М., 1959.
- Ухтомский А. А. В сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. М., 1925.
- Ухтомский А. А. К 15-летию советской физиологии. — Физиол. журн. СССР, 1933, т. XIV.
- Файнберг С. Г. Рецензия на книгу П. И. Буля «Техника врачебного гипноза». — Сов. мед., 1956, № 12, с. 80—81.
- Финне В. Н. Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии. — Журн. усоверш. врач., 1925, т. III.
- Фольборт Ю. В. Физиологические процессы утомления и восстановления. М., 1951.
- Фомина А. С. Буль, П. И. К вопросу о динамике корково-подкорковых взаимоотношений у больных бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, леченных электросном. М.—Л., 1966.
- Фролов Ю. П. Патофизиология бронхиальной астмы и других спазматических состояний в свете учения И. П. Павлова. — В сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949.
- Ходза М. Я. Гипнотерапия при гипертонической болезни. Вопросы психоневрологии. Л., 1954.
- Хорошко В. К. Факты, понятия и проблемы в патологии эпилепсии. — Труды Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1927.
- Черниговский В. Н. Аfferentные системы внутренних органов. Киров, 1943.
- Черноруцкий М. В. Психогения и психотерапия при внутренних заболеваниях — Сов. врач, 1946, в. I.
- Черноруцкий М. В. Кортико-висцеральный патогенез язвенной болезни. — Журн. высш. нервн. деят., 1953, т. III, № 1, с. 17—35.
- Черноруцкий М. В. О роли нарушенных кортико-висцеральных взаимоотношений и значение типа высшей нервной деятельности в патогенезе и клинике внутренних заболеваний. — Тер. архив, 1957, т. XXIX, № 3.
- Яновский М. В. Курс общей терапии внутренних болезней. М., 1923.
- Ясинский В. И. и Картамышев А. И. Лейкоцитоз при эмоциональном состоянии. — Совр. психоневрол., 1930, № 12.
- Alexander F. Psychosomatic medicine. N. Y., 1950.
- Altschule M. D. Bodoly Physiology in Mental and Emotional Disorders. N. Y., 1953. Alvarez W. C The neuroses. Philadelphia, 1951.
- Astrup Ch. Nervose Erkrankungen und soziale Verhältnisse. Berlin, 1956. Babinsky J. Ma conception de la j'histerie et de j'hypnotisme. Charters, 1906. Babinsky J. Demembrement de l'hytery traditionnelle. Pitiatisme. — Sem. med., 1909, t. 1. Baker D. M. Cardiac symptoms in the neuroses. London, 1955. Ballard S. J. a. M i l l e r H. G. Neuropsychiatry at a Royal Air Force Center: An analysis of 2000 cases. — Brit. Med. J..4Q40, v. 2, p. 40. B a s s M. J. Differentiation of the hypnotic trance from normal sleep. — J. Exp. Psychol., 1931, v. XIX, p. 382—399. B e r n h e i m H. De la suggestion et de ses applications a la therapeutique. Paris, 1888. Bernheim H. Hypnotisme et suggestion. 3 ed. Paris, 1910. Bernheim H. Automatismes et suggestion. Paris, 1917. B e r n s t a i n A. In: First International Congress For Allergy. 1952. Binswanger O. Die Kriegshisterie. — Handbuch der arztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914—1918, Bd. IV, T. 1: Geistes und Nervenkrankheiten. Leipzig, 1922, S. 45—67. B i l i k i e w i c z. Przegląd wazniejszych metod psychoterapii, Postery neurologii neurochirurgii, till. Warszawa, 1957. B i n e t e t F e r e. Le Magnetisme animal, 3 ed. Paris, 1890.
- 307
- Bleuler M. Endocrinologische Psychiatrie. Stuttgart, 1954.
- Bleuler M. Comparaison antre les effets de la chlorpomasine et de la reserpine en psychiatrie. — Encephale, 1956, XLV, 4, 334—338. BonhoefferK. Zur Frage der Schreckpsychosen.

— Mschr. Psychiat. u. Neurol., 1919, Bd. XLVI, H. 3, S 143—156. B o u l P. Association de jelectrosommeil et de l'hypnose dans le traitement de l'asthme bronchique. — Bull. Soc. Med., Paris, 1963, t. 40. B o u l P. L'hypnose et la succesion dans la clinique des maladies internes. Paris, 1965. Braid J. Neurohypnology on the rational of nervous sleep. London, 1843. Braid J. Neurohypnologie. Paris, 1843; London, 1883. B r e n m a n M. a. Q i l l M. M. Hypnotherapy. A survey of the literature. N. Y., 1947. Charcot. Sur les divers etats nerveux determines par l'ypnotisation chez les hysteriques. Paris, 1882. Debenham G., S a r g a n t W., Hill D. a. S l a t e r F. Treatment of war neurosis. — Lancet, 1941, v. 6126, p. 107—109. Deutsch u. K a a f. Zschr. ges. exp. Med., 1923, Bd. 60. D o i l e r F. Behandlungsergebnisse bei Colitis mucosa und ulcerosa. — Z. arztl. Fortbild., 1960, Bd. 54, S. 747. Fere. Sensation et la mouvement. Paris, 1887. Fere. La pathologie des emotions. Paris, 1892. F o r e l A. Der Hypnotismus, seine psycho-physiologische. Medicinische strefre- chtiliche Bedeutung und seine Handbuch. Stuttgart, 1891. Freud S. Introduction a la Psychoanalyse. Paris, 1947. Freud S. Collected Papers, v. I—V. London, 1953. Friedlander. Hypnose und Hypnonrkose. Stuttgart, 1920. G a n t t H. Experimentalbasis for neurotic behaviour, N. Y. — London, 1944. Grafe u. Mager. Wien. klin. Wschr., 1925, N 12. G r o s c h H. Die motivierten Depressionen und psychogene Reactionen depressiver Farbung. Halle, 1953. G i n d e s B. C New Concepts of hypnosis. N. Y., 1951. G u i l l a n t L. Les nevroses experimentales. Paris, 1954, t. 8. H a i s c h E. Music in the pathology and psychotherapy, 1953. Hamilton M. Psychosomatica. London, 1955. Heller Ph. Padagogische Therapie. f. Arztes. Springer, 1914. H e i d r i c h R. Ober einige Erfuhrungen mit dem autogenen Fraining und der Hypnose in Lehre und Praxis. — Dtsch. ges. Wesen., 1959, Bd. 14, S. 902. H e r z M. Phrenokardie. Wien, 1909. Heyer G. R. Psychogenese u. Psychotherapie orperlicher Symptome, Herausgeg. V. OSW, Schwarz. Psychogenes Funktionst. des Verdaungstraktes, 1925. Heyer G. R. Die Schallplatte als Lehrmittel. — Landarzt, 1960, Bd. 36, H. 132. Hinckley a. Hermann. Group Treatment in Psychotherapy, Minnesota, 1955. H i r s c h l a f f L. Hypnotismus und Suggestivtherapie. Leipzig, 1919. H o f f H. Advantages and disadvantages of treatment with chlorpromazine and serpasil. — Encephale, 1956, t. XLV, N 4, p. 352—358. Hoj l ander. Hypnotisme et suggestion. Berlin, 1910. Hopkins Ph. Psychotherapy in general practice. — Lancet, 1957, v. 6958, p. 59—60. K. a u f f m a n n. Suggestion und Hypnose. Berlin, 1923. Katzenstein A. Hypnose aktuelle Probleme in Theorie, Experiment und KHnik. Jena, 1971. K e h r e r F. Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurastenie. — Handbuch der Neurologie. Herausgeg. von O. Bumke u. O. Foerster. Ergänzungsband, 1 Teil. Berlin, 1924. K l a e s i J. Ober Neurosenlehre und Psychoterapie. — In: Handbuch der innerern Medizin, Bd. V, T. II. Herausgeg. von G. Bergmann, W. Fraey und H. Schwieck. Berlin, 1953. Kleinsorge H. u. Klumbies G, Psychotherapie in KHnik und Praxis, Miinchen, 1959, 308

Н|НИЮИ111ШИ|ЦИИИИ1ИИМ1111*ШИ»1И11111111111111111111|111111111|1|11|1111|11111111111111.....щ—и ишиии.....

K l e i n s o r g e H. u. an. Tecnik der Hypnose fur Artze. Jena, 1962. K l i m b i e s G. Ablationshypnose. — Zschr. Psychother., 1952, Bd. 2, S. 221. K l i m b i e s G. Les progres de l'hypnose therapeutique evre de medicine psychosomatique. T. 2. Paris, 1960, p. 184. Klumbies G. u. Kleinsorge H. Results of «Ablations Hypnosis». — Brit. J. Med. Hypnotism, 1960, v. II, N IV, p. 17. Knobloch F., Wolf E., Koblochova J., Svab L. Neurosy. Praha, 1956. K o s t e r s. Hypnosis Therapy; various cases.—Geneesk. tids., 1947. Nov. 6. K o l l e G. Psychotherapie. Basel, 1953. Kratochvil S. Psychoterapia. Warszawa, 1974. Kretschmer F. Cber gestufte aktive Hypnoseubungen und den Umbau der Hypnosetechnik. — Dtsch. med. Wschr., 1946, Dec. 13. Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. Stuttgart, 1949. Lane A. a. R i s k i n A. Note on Failure of hypnose in labile essential hypertension. — Texas Rep. Biol. Med., 1950, v. 8, p. 66—70. Laughlin H. P. The neuroses in clinical practice. Philadelphia — London, 1956. Lev y-S a h l. Die hypnotische Heilweise und ihre Tecnik. Berlin, 1922. Powels W. E. Hypnosis as expedient in obstetrical analgesia. — Canad. Med.

- Ass. J., 1948, Sept. P г e y e r. Der Hypnotismus. Wien, 1890. Redardie F. I. Experimentally induced dreams as psychotherapeutic aids. —
Am. J. Psychother., 1950, Oct. Roussy G. etPhermite J. Psychoneuroses au guerre. Paris, 1917. Ruck F. Autogenes Gruppentraining in der Poliklinik. — Psych., Neurol, med.
Psych., 1956, Bd. 2/3, S. 38—44. S c h i l d e r. Zur Lehre von der Sommambulhypnose. — Med. Klinik, 1924, N. 25. S c h i l d e r. Uber des Hypnose-Ergebnis der Schizophrenen. — Zschr. ges. Neurol.
u. Psych., 1929, Bd., 1929, Bd. 120. Schrenk-Notzing. Die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Suggestion. — Arch. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik, 1900. Schultz J. H. Die Seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie). V Aufl.
Jena, 1943. Schultz J. Das autogene Training. Stuttgart, 1966. S e d i v e c V. Neurosy a psychosy poeti I. P. Pavlova. — Praktiky lekar (Praha),
1952, 5 May, s. 198—200. S t e l t e r Z. Selbstbeobachtungen in Hypnose — ein Beitrag zur hypnosefors-
chung. Diss. Jena, 1958. S t o k v i s B. Hypnose in der arztlichen Praxis. Basel, 1955. Strumpell. Ueber das sagen. Hyster. — Dtsch. Zschr. Nervenheilk., 1906,
H. 3—4. Sval u. Vlcek E. Prispevek k problematice systematike psychoterapie neu-
ros. — Neurol, a. psych. Desk., 1953, t. XVIII, N 4, p. 505—513. S v o r a d D. Reticular activating system of brain stem and «animal hypnosis». —
Science, 1957, v. 125, N 3239. Taylor S. Good General Practice. London, 1954. T e i n i c h H. R. и T r o l a n F. Ober Stimmgebund und sprechweise inder
Hypnose. — Z. Psychoter., 1959, Bd. 9, S. 175. Tolstoi S. Quelgus considerations sur l'hypnose therapeutique. Paris, 1963, N 7. Torrie A. Psychosomatic casualties in the Middle East. — Lancet, 1944,
Jan., p. 139—143. Trolan F. Die Stimme des Hypnotiseurs. — Fol. phoniatr., 1960, Bd. 12, S. 137. Tromner, Hypnotismus. Berlin, 1922. Tromner. Aus Natur-und Geisteswelt: Hypnozismus und Suggestion. 4 Aufl.
1922. Turner J. Hypnosis en los ninos (lactantes).—Prensa med. argent., 1948,
Sept. 17. U n g e r L. Bronchial Asthme. Chicago, 1945. Vitek J. Neurosy a jine funkcnj. Praha, 1951. V o i s i n J. Emploi de la suggestion hypnotique dans les certaines forme de alienation mentales. 1897.
V o l g y e s i Fr. Hypnosotherapie und psychosomatische Probleme, Stuttgart, 1950.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
Введение	5
Глава первая. Психотерапия.....	7
Содержание понятия психотерапии.....	8
Рациональная психотерапия	9
Суггестивная психотерапия.....	16
Аналитическая психотерапия (психоанализ).....	25
Другие виды психотерапии	31
Глава вторая. Гипноз и внушение.....	53
Физиологические основы гипноза и внушения.....	53
Определение степени внушаемости и гипнабельности.....	69
Техника гипнотизирования	93
Особенности реакций больных при проведении гипноза . .г.....	112
Глава третья. Гипносуггестивная психотерапия при различных заболеваниях	140
Гипносуггестивная психотерапия при заболеваниях нервной системы	140
Гипносуггестивная психотерапия в клинике психических заболеваний	153
Гипносуггестивная психотерапия наркоманий.....	157
Гипносуггестивная психотерапия при некоторых заболеваниях внутренних органов.....	165
Гипносуггестивная психотерапия при некоторых эндокринных заболеваниях	239
Гипносуггестивная психотерапия в акушерско-гинекологической клинике	255
Гипносуггестивная психотерапия при хирургических вмешательствах	268

Гипносуггестивная психотерапия при кожных заболеваниях.....	275
Гипносуггестивная психотерапия в клинике детских болезней	285
Гипносуггестивная психотерапия иатрогенных заболеваний.....	288
Заключение.....	298
Указатель литературы.....	302

Павел Игнатьевич Буль

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Редактор j В. Л. ДансЖер

Переplet художника Т. М. Кофьян

Художественный редактор А. И. Приймак

Технический редактор Н. Г. Оношко

Корректор А. А. Большаков

Сдано в набор 23/IV 1974 г. Подписано в печать 1/X 1974 г. Формат бумаги 60X90'Лб. Печ. л. 19,5.

Бум. л. 9,75. Уч.-изд. л. 23,15. ЛН-77. Заказ № 1120. Тираж 50 000 (1 завод — 1—30 000) экз. Цена 1 р. 60 к. Бумага типографская № 2.

Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение, 192104. Ленинград, ул. Некрасова, 10.

Ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» им. А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли.

197136, Ленинград, П-136, Гатчинская ул., 26,