

П. И. БУЛЬ



ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЛИТЕРАТУРА

П. И. БУЛЬ

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ



ЛЕНИНГРАД «МЕДИЦИНА» ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1975

615.34

Б 90

Буль П. И.

Б 90 Гипноз и внушение. Л., «Медицина», 1975 г.
88 с. с ил. (Научно-популярная медицинская литература)

Автор — крупный специалист в области гипноза, внушения и гипносуггестивной терапии. На основе научных данных, он знакомит читателя с применением гипноза и внушения в медицинской практике. Примеры иллюстрируют благоприятное лечебное действие гипноза на некоторые формы бронхиальной астмы, гипертонической болезни, стенокардии, дискинезии желчных путей, хронических холециститов и других внутренних заболеваний.

Гипноз и внушение оказываются в ряде случаев полезными в хирургической клинике, акушерско-гинекологической практике, при лечении кожных, детских и других болезней.

Книга предназначена для широкого круга читателей.

Б $\frac{52400-073}{039(01)-75}$ 355—75

615.34

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

Читатели моих статей, слушатели лекций и просто знакомые неизменно задают один и тот же вопрос: «Как Вы стали «гипнотизером»? Что и когда побудило Вас заинтересоваться гипнозом и овладеть им?».

Трудно рассказать об этом кратко. Но все же, выбрав наиболее яркие эпизоды, попытаюсь дать представление о том, сочетание каких обстоятельств повлияло на мое воображение и в конечном итоге привело к выбору профессии гипнотерапевта.

Впервые с явлением гипноза я столкнулся еще в детстве. Десятилетним мальчишкой приехал к бабушке в деревню. Скоро подружился с ребятами — одногодками и от них узнал, что недалеко от их села живет лесник Михалыч, старый и нелюдимый. В деревне о нем ходила молва, что он «колдун», знает целебные травы, охотно «задаром» помогает заболевшим людям. Известно было, что он любит ребят, угощает их медом и показывает разные «штучки». Как-то мы направились к нему целой гурьбой. Дед принял нас дружелюбно, угостил сотами с медом. И тут по нашей просьбе, долго не соглашаясь, наконец показал нам нечто, запомнившееся на всю жизнь. Седой, как лунь, дед долго «сверлил» нас проникающими в душу глазами, а затем сказал: «Смотрите, ребята, пройду насквозь через дерево!» И действительно, упершись лбом в могучий ствол, он начал словно влезать в его толщу, а затем вышел из-за другой стороны дерева. Мы стояли с разинутыми ртами. Другой его эксперимент был еще поразительнее. Старик начал как-то подпрыгивать на одном месте и похлопывать себя по бедрам, кликая: «Эй, вы, змеи, гады всякие, выползайте ко мне!». И вот перед нашими изумленными взорами начало происходить нечто несусветное: из кустов к старику поползли змеи разной длины и окраски.



Было и странно, и интересно. Я, городской мальчишка, был напуган, а крестьянские ребята, ловившие змей руками и палками, отнеслись к этому представлению, как к забаве. «А где же ты, гадюка бесхвостая, что не ползешь ко мне?» — продолжал вещать «колдун». И вот из куста «заковыляла» толстая змея с «обрубленным» хвостом. «Ну, будет?» — произнес старик и все виденное пропало. Теперь, вспоминая прошлое, могу сказать лишь одно — это было первое мое столкновение с гипнозом.

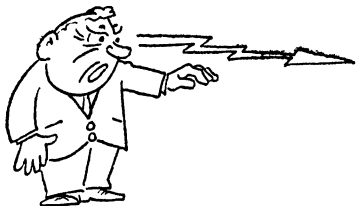
Эта встреча с необычным явлением, несомненно, сказала на моем будущем.

Второй случай, вызвавший осмысленный интерес к гипнозу, произошел при следующих забавных обстоятельствах. Придя на рынок, где продавали кур и уток, я стал свидетелем того, как подросток (видимо, знакомый с приемами гипноза) подошел к торговке и спросил ее, хорошие ли у нее куры, на что та не без гордости ответила: «Смотри, голубчик, какие крепкие да здоровые!». Тогда шутник взял быстро одну, потом вторую курицу, и они, к ужасу хозяйки, как «дохлые», застыли, перевернутые на спину.

На следующий день, придя в школу, я обратился с вопросами к учителю естествознания Б. Е. Евграфову, и он рассказал нам о гипнозе животных и человека. Многими знаниями в этой области я обязан именно этому человеку. Он порекомендовал нам литературу для чтения, показал первые опыты гипноза животных. В дальнейшем мы проделывали их на курах, кроликах, лягушках, раках, змеях, собаках — уже самостоятельно. Особенно прост был опыт над курой: надо быстро схватить ее, перевернуть на спину лапками кверху и насильственно удерживать в таком положении одну-две минуты. Затем осторожно, без резких движений убрать руки от птицы. Курица загипнотизирована. Может лаять на нее собака, можно проколоть ее тело длинной иглой — она не шелохнется.

Интересен способ гипноза змей. Раздразнив змею и дав ей возможность несколько раз укусить палку, обмотанную тряпкой, нужно схватить пресмыкающееся за то место, где голова непосредственно переходит в тело. Затем быстро и энергично встряхнуть ее. Тело змеи

при этом деревенеет, теряет гибкость, превращаясь как бы в «палку».



После опытов над животными и чтения соответствующей литературы мне вскоре представилась возможность перейти к наблюдениям над человеком. Следует оговориться по поводу литературы. Начитавшись разной макулатуры, вроде бульварных книжек прошлого столетия «Сила внутри нас» или «Животный магнетизм», и испытав свои познания над родными и товарищами, я и в самом деле поверил было, что обладаю какой-то «таинственной силой» гипноза. После нескольких успешных опытов вдруг проникся к самому себе ложным и чрезмерным уважением. К счастью, вскоре в мои руки попала книга доктора Николаева «Гипноз в физиологическом освещении», исправившая мое представление о роли личности «гипнотизера». Нужно сказать, что и теперь в наше время многие ошибочно переоценивают возможности «гипнотизера». Существует (даже у врачей) ложное суждение, что «гипнотизер» — это какой-то особенный человек, якобы наделенный от рождения «особыми свойствами», «врожденными способностями», силой воли и обязательно почему-то «черными» или «зелеными змеиными» глазами. Забегая вперед, считаю необходимым сказать, что это представление об исключительности личности гипнотизера в настоящее время окончательно развеялось наукой. «Гипнотизером» может и обязан быть любой врач, независимо от своей специальности. Он должен обладать теоретическими и практическими знаниями, надлежащим опытом и техникой. Никаких «особых свойств и глаз» ему не нужно. Легенды о «сильных гипнотизерах» и исключительных личностях культивировались различными «гипнотизерами»-профессионалами (не врачами) и представителями религиозного культа, а также знахарями и шарлатанами, делавшими из явлений гипноза источник развлечений и наживы.

В вышедшей в 1955 г. брошюре «Техника врачебного гипноза» были описаны приемы и способы гипноза. На нее получили много писем от врачей различных

городов страны и из-за рубежа, сообщавших, что они заочно овладели искусством гипнотизирования и теперь с успехом применяют его в своей врачебной практике. Таким образом, гипнозу можно научиться даже заочно. Однако не следует утверждать, что овладеть техникой гипноза также просто, как выпить стакан воды и что научиться искусству гипнотизирования легко. Нет, конечно. Нужен упорный труд, тренировка, теоретические знания, опыт. И еще — изучающий должен быть только врач (гипнозом разрешается в настоящее время заниматься только врачам).

Многое зависит также от способности и упорства изучающего эту область, а также от обстановки, в которой проводится гипнотизация. Мне вспоминается следующее событие: в 1932—1937 гг. в цирке в Ленинграде выступал известный гипнотизер Н. А. Орнальдо (псевдоним). Хорошо поставленная реклама и огромная аудитория создали благоприятную обстановку для выступлений этого прославленного гипнотизера-профессионала. Рассказывали, что Н. А. Орнальдо побывал в Индии, где и научился приемам гипноза у факиров и йогов. Возможно, что эти слухи были необоснованны и создавались продуманной рекламой. Так или иначе, публика охотно шла на эти представления. Я также раз 30 побывал на сеансах Н. А. Орнальдо, стараясь уловить «тайну» индийского массового гипноза. Конечно, никакой тайны в его выступлениях не было, хотя они проходили всегда с огромным успехом.

Позднее я все же постиг «тайну» искусства и мастерства этого гипнотизера. Она оказалась простой истинной — кроме рекламы, импозантной внешности Орнальдо («черные глаза», высокий рост, аскетический вид) и других психологических предпосылок успеха этих выступлений, на сеансах нередко бывали одни и те же тренированные испытуемые для «затравки». Главным фактором успеха было большое число людей, принимавших участие.

Дело в том, что около 25% людей, подвергавшихся гипнозу, были особенно гипнабельны и внушаемы. Подсчитайте, сколько людей составят 25% от 2000 зрителей, сидящих в цирке и принимающих участие в опытах. Можно с уверенностью сказать, что гипнабельных будет не менее 500 человек, а это огромная цифра! Сидя в зале, вы видите, как слева и справа от вас, снизу и сверху,

засыпают люди, которых уводят на арену ассистенты экспериментатора. Удивительное и волнующее зрелище. Сила внушения — великая сила!

Но вернемся к рассказу о том, как я овладел этим «таинственным» искусством.

Первые опыты по погружению в гипнотический сон я начал на брате и отце. Уже владея необходимым запасом знаний и переняв опыт у своих учителей, подражая им и копируя их, мне удалось загипнотизировать брата, затем отца. Мой отец, простой и скромный человек, оказался хорошим испытуемым. Он был легко гипнабельным. Мне удалось в присутствии всей нашей семьи погрузить его в глубокий гипноз. Зная, что отец был участником русско-японской войны (получил Георгия за храбрость) и хорошо помнит то время, я внушил ему, что он находится в окопах, в руках у него ружье и он стреляет по приближающемуся противнику. И вот на наших глазах отец преобразился: он крепко схватил ружье (это была палка), встал на одно колено и, двигая воображаемым затвором винтовки, без конца прикладывался к «ружью» и «палил», «палил» по «противнику».

Здесь я впервые осознал, как волнующе ярко «видит» в своей внушенной галлюцинации загипнотизированный человек.

Невольно возникает мысль о том, как ловко могли использовать и использовали гипноз и внушение представители церкви в своих корыстных целях. Загипнотизированные набожные люди видели любые религиозные галлюцинации (кресты, ангелов и чертей, а при желании и самого господа бога).

Однажды произошло событие, при котором мне пришлось впервые применить гипноз с медицинскими целями. У меня был большой друг, у которого вдруг заболел зуб, и он не спал всю ночь. Зная, что я занимаюсь гипнозом, и доверяя мне, он обратился с просьбой помочь ему. Я сделал попытку, и к моему удивлению (знакомых гипнотизировать трудно по психологическим причинам), он быстро впал в состояние глубокого гипноза,



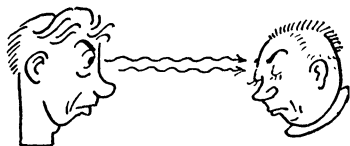
так что разбудить его удалось с трудом. Зато зубной боли как не бывало.

Мне вспоминается также случай, когда из-за своей неопытности я однажды усыпил своего знакомого, а разбудить его не смог и он проспал у меня двое суток. Страху натерпелся тогда много. Однако после пробуждения мой испытуемый чувствовал себя отлично и на меня не обижался.

Наступило время, когда нужно было решать вопрос о выборе профессии. Я хорошо понимал, что свои знания и способности смогу применить по-настоящему только в том случае, если стану врачом. И вот в 1933 г., имея уже трехлетний стаж токаря Кировского завода, я выдержал вступительные экзамены в 1-й Ленинградский медицинский институт. Потекли трудные, но интересные и насыщенные событиями студенческие годы. С третьего курса начал заниматься в студенческом научном кружке при кафедре психиатрии. В эти годы судьба столкнула меня с А. В. Дубровским и И. В. Геренштейном, читавшими доцентские курсы по психотерапии. Они стали моими наставниками и учителями. Вместе со студентом С. Г. Файнбергом и доцентом А. В. Дубровским я выполнил первую научную работу, напечатанную в юбилейном сборнике института. Нам удалось провести под гипнозом 100 хирургических операций, правда, небольших, но зато совсем без наркоза. Из ста больных совершенно не чувствовали боль 70 человек.

Наступил день, когда мне поручили самостоятельные выступления с лекциями на темы: «Сон и сновидения» и «Гипноз в медицине». Рабочая аудитория приняла хорошо, было задано много вопросов и вот тут-то я приготовил слушателям маленький сюрприз. Когда один из присутствующих, недоверчиво настроенный, решил «осадить» меня, разговаривавшего лектора, репликой: «Вот Вы все говорите, да говорите, а показать-то нам ничего не можете?!», то получил неожиданно ответ: «Почему же не могу, давайте попробуем!» и пригласил желающих принять участие в сеансе. Вызвалось человек 20. По моему внушению человек 15 не смогли разнять соединенные руки. Одному испытуемому удалось внушить, что он не может назвать свою фамилию, другому — что он не может сомкнуть раскрытый рот, третьему — что он «примерз к полу». Все это прошло

без всякого погружения в гипнотический сон. Слушатели никак не могли поверить, что никакого сговора между мною и испытуемыми не было. Я и сам был несколько обескуражен удачей, хотя и понимал механизм внушения и его силу.



На одной из следующих лекций на сцену поднялся скептически настроенный молодой человек и заявил: «Я в это не верю! Вот попробуйте подействовать на меня!». На счастье для меня он оказался достаточно внушаемым. Мне удалось внушить ему, что его рука словно «примерзла» к мочке его уха, и он не в состоянии ее опустить.

Действительно, этот скептик никак не мог отнять руку от собственного уха. На мой вопрос: «Верит ли он теперь в силу внушения?», — он упрямо твердил, что не верит. Минут 10 прошло, а он все еще не хотел признать себя побежденным. Наконец, когда помощь другой руки не оказала желаемого результата, он сказал: «Да, тут что-то есть!», — после чего был немедленно «освобожден» и несколько смущенный спустился в зал.

Часто спрашивают, можно ли внушить что-либо или загипнотизировать против воли и желания испытуемого. На этот счет у меня лично нет опыта (избегаю подобных экспериментов по морально-этическим соображениям).

Но в литературных источниках есть указания на подобные попытки различных ученых в прошлом. Так, известный немецкий физиолог Гайденгейн однажды поспорил с высшим офицером немецкой армии, что загипнотизирует многих солдат, находящихся в его подчинении, несмотря на то, что им будет дан строжайший приказ не спать и не поддаваться «подозрительному» субъекту. Последовало запрещение (в форме приказа)! Однако все солдаты, находящиеся в казарме, были усыплены Гайденгейном.

В другом случае, описанном французским профессором Форелем, был произведен своеобразный «поединок» двух «гипнотизеров». Этот эксперимент длился несколько часов и закончился тем, что один из

«двуэлянтов» уснул. Все же есть немало ученых, которые категорически отвергают возможность принудительного внушения.

В нашей стране вопросам психотерапии и высшей нервной деятельности придается большое значение. На основе учения И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, их сотрудников и учеников создается стройная теория гипноза и гипнотерапия как лечебный метод прочно входит в практическую медицину.

В последнее десятилетие по-настоящему расширился интерес к психотерапии и ее основным методам — гипнозу и внушению. Об этом говорят Международные конгрессы, прошедшие в Москве, Париже, Вероне, Токио и Майнце.

Тем не менее, несмотря на значительные достижения в этой области, все же имеется известная недооценка методов психотерапии, гипноза и внушения, тормозящая дальнейший прогресс этой важной отрасли медицины. Кадры врачей-гипнотерапевтов еще недостаточны и не могут удовлетворить всех запросов населения. Сравнительно мало научной и особенно научно-популярной литературы, которая расширила бы кругозор населения в области гипноза, внушения и смежных явлений. О гипнозе, внушении, снe, лунатизме и других сложных явлениях психики все еще существует много превратных представлений и суеверий, о чем можно судить по многочисленным вопросам, возникающим на публичных лекциях.

Все это и побудило автора к созданию данной книги, и если выход ее в свет удовлетворит запросы читателей, то можно считать задачу в какой-то степени выполненной.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК О ГИПНОЗЕ И ВНУШЕНИИ

В истории гипноза различают два основных периода: донаучный и научный. Гипнотический сон и явления внушения были известны человечеству в глубочайшей древности. Из так называемого «Папируса гностиков», относящегося ко II в. нашей эры, известно, что явления гипноза и внушения широко использовались жрецами Древней Греции и Египта. В этом старинном документе содержится описание приемов гипнотизирования, применяемых и в настоящее время. Жреческая каста использовала эти приемы с религиозными целями для создания различных «чудес» и «чудесных исцелений», что, несомненно, укрепляло ее авторитет.

Древние индусы также знали о явлениях гипноза и внесли большой вклад в сокровищницу мировой культуры. Факиры и йоги погружали себя в состояние автогипноза путем созерцания кончика своего носа или пупка. В этом состоянии они начинали терять чувствительность как болевую, так и температурную, их можно было колоть, прижигать и они не чувствовали боли.

В странах Древнего Востока гипноз применялся главным образом с целью укрепления религии и воздействия на фанатически настроенную толпу. В Ассирии и Индии допускались к выполнению своей миссии лишь те священнослужители, которые хорошо владели техническими приемами гипноза.

В средние века скудные знания древних народов о гипнозе и внушении были легко забыты, а способы и приемы гипнотизирования утрачены. Однако в эпоху Возрождения вновь обнаружился интерес к гипнотическим явлениям.

Пытаясь объяснить их, ученые XVI и XVII вв. положили начало фантастическому и мистическому учению, известному под названием «животный магнетизм». Зна-



менитый врач того времени Парацельс, а также его последователи Ван-Гельмонт и Флюд 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 и фантастическая сила, или эманация, стала называться «флюидом».

В дальнейшем стали усматривать сходство «флюида» с действием магнита, и учение получило название «животный магнетизм», а лица, обладающие способностью передавать его, были названы «магнетизерами».

Во второй половине XVIII в. это далекое от истины учение было сформулировано и распространено венским врачом Месмером в тезисах, представленных им в 1774 г. в Парижскую академию наук. Однако честь открытия явлений гипнотизма оспаривал у него другой ученый — Пюисегер, случайно обнаруживший эти явления. Вполне понятно, что эта мистико-фантастическая теория не могла раскрыть сущность сложных явлений гипноза.

Начало научного периода следует отнести к 40-м годам XIX в., когда врачом-хирургом Бредом была сделана первая попытка научного объяснения явлений гипноза. В своем труде «Нейрогипнология» он категорически отвергал теорию «флюидов» и рассматривал явления гипноза как развитие своеобразного сноподобного состояния, возникающего вследствие утомления глаз при длительной фиксации взора на блестящем предмете. Бред нашел, что сноподобное состояние имеет известное сходство с естественным сном, и назвал его греческим словом «гипноз», что значит — сон. Он дает описание гипноза и доказывает возможность вызывать его различными приемами, а также внушением. Бред начал использовать гипноз для лечения различных



болезней и впервые применил его для обезболивания при хирургических операциях. К сожалению, труды хирурга Бреда ненадолго привлекли внимание врачей и вскоре были забыты. В конце 70-х годов XIX в. явлениями гипноза начали заниматься французские врачи Шарко и Бернгейм.



Изучение гипноза и внушения привлекало в конце XIX в. внимание многих видных ученых-врачей, биологов, представителей психологии и педагогики. Стал накапливаться богатый фактический научный материал. Возникали самые различные теории и взгляды на природу и сущность гипноза и внушения. Удивительные факты, наблюдавшиеся в гипнозе, поражали своей «загадочностью». В то время ученые никак не могли объяснить, почему загипнотизированные люди с видимым удовольствием ели различные несъедобные вещества (мел, уголь, вату и т. п.). Внимание психологов поражал факт, когда под влиянием внушения взрослый человек начинал вести себя, как маленький ребенок, у него появлялась детская речь, изменялся почерк и т. д.

В конце XIX в. и начале XX в. было выдвинуто много гипотез и теорий, авторы которых пытались объяснить механизм гипноза и внушения.

Физиологическая наука того времени в вопросах деятельности высших отделов головного мозга была в значительной степени беспомощна и соответственно не могла объяснить сущности гипноза и тем более внушения. Беспомощность науки объясняется тем, что ученые исследователи и врачи подходили к вопросу изучения явлений гипноза и внушения с идеалистических позиций, что особенно характерно для зарубежной науки. Увлечение буржуазных ученых оккультизмом общеизвестно. Блестящей иллюстрацией этого является работа Ф. Энгельса «Диалектика природы» (глава «Естествознание в мире духов»). В 1843—1844 гг. Ф. Энгельс присутствовал в г. Манчестере на сеансах некоего престижитора (фокусника) Спенсер-Холла, демонстрировавшего свои эстрадные опыты. «Это был, — по словам Ф. Энгельса, — самый обыкновенный шарлатан, разъезжавший по стране под покровительством некоторых попов и проделывав-



ший над одной молодой девицей магнетическо-френологические опыты, имевшие целью доказать бытие божие...»¹. Этот магнетизер получил солидную поддержку со стороны известного по тому времени зоолога и бота-

ника А. Рассел Уоллеса. Для разоблачения мистического толкования явлений гипноза Ф. Энгельс сам приступил к их изучению и воспроизведению, но пришел к совершенно другим научным выводам о сущности гипноза. Вот что он пишет: «... мы заинтересовались этими явлениями 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 окоченения 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 человека нашли свое обоснование и развитие в трудах ученых более близкого нам времени. Изучение явлений гипноза и внушения отечественными учеными с самого начала базировались на материалистической основе. Одновременно с профессором Шарко гипнотические явления начал изучать известный отечественный физиолог профессор Харьковского университета В. 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). Быстро обездвигивая животное и придавая ему при этом несвойственную позу или воздействуя на него различными физическими раздражителями, ученый наблюдал при этом, что

¹ Маркс К. и Энгельс Ф. Соч., изд. 2-е, т. 20, с. 374.

² Там же, 374—375.

животное впадало в особое оцепенение с потерей реакции на болевые и температурные раздражения. Большой заслугой В. Я. Данилевского является попытка широкого эволюционного подхода к явлениям гипноза у человека.

В 1887 г. московский психиатр А. А. Токарский опубликовал свою фундаментальную работу, в которой представил описание и дал научную трактовку тех явлений, которые он наблюдал сам. В его взглядах на внушение заметно уже благотворное влияние идей И. М. Сеченова.

В то время отношение официальной медицины к применению гипноза и внушения было скептическим, поэтому энтузиастам применения гипноза в клинике приходилось преодолевать немалые трудности. С большой научной страстью А. А. Токарский боролся за то, чтобы гипноз и внушение получили полные права гражданства в медицине, наряду с другими лечебными методами, как важное средство при лечении многих заболеваний, при которых медикаментозные способы подчас оказывались не эффективными. Выступая в 1891 г. на IV съезде русских врачей в Москве с докладом «Терапевтическое применение гипнотизма», А. А. Токарский говорил: «смешно было думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку за дверьми храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его достаточно понянчили и захватили своими руками». Указывая на целебные и положительные стороны гипнотического сна, А. А. Токарский непримиримо восставал против теории Шарко, считавшего гипноз болезненным состоянием. Здесь уместно подчеркнуть, что в 70-х годах прошлого века, когда зарубежные ученые все еще не могли выбраться из мистических и идеалистических концепций, русские психиатры, опираясь на материалистические идеи И. М. Сеченова, в основном стали на правильный, научный путь понимания сущности внушения и гипноза.

Громадную роль в развитии учения о гипнозе и внушении сыграл выдающийся русский ученый, «отец русской психотерапии», академик В. М. Бехтерев. Начиная с 80-х годов и до последних дней своей жизни, он настойчиво проводил в жизнь идею о необходимости более широкого применения гипноза и внушения в практической медицине. В. М. Бехтерев положил начало

лабораторно-экспериментальному изучению гипноза и внушения не только на животных, но и исследованию на людях. В возникновении гипноза он придавал значение как психическим, так и физическим факторам.

Научное объяснение сущности и физиологической природы явлений гипноза и внушения принадлежит нашему выдающемуся соотечественнику И. П. Павлову и его последователям и ученикам.

ГИПНОЗ В ЖИВОТНОМ МИРЕ

Первые сведения о гипнозе животных относятся к 1636 г. В своих работах ряд ученых, в частности Швентер, описали опыт, заключающийся в том, что перед клювом связанной курицы проводилась меловая черта, приводившая ее моментально в состояние полного оцепенения. Швентер объяснял это состояние животных страхом. Но эта работа вскоре была забыта. В 1870 г. известный чешский физиолог Чермак серией экспериментов на птицах доказал, что явления оцепенения (катаlepsия) возникают и без проведения меловой черты. Можно, например, вызывать эти же явления путем фиксирования их взгляда на каком-либо предмете, вследствие чего они впадают в своеобразный «нервный сон».

В России в середине XIX столетия гипнозом животных очень много занимался, как уже говорилось, украинский физиолог В. Я. Данилевский.

В своих опытах В. Я. Данилевский показал, что приведенное в состояние гипноза животное может находиться в нем в течение многих минут и даже часов. Осторожными движениями такое животное можно переводить из одного состояния в другое, без малейшего сопротивления с его стороны. Было показано, что резко снижается или совершенно исчезает не только кожная чувствительность, но теряется и чувствительность слизистых оболочек. Такое животное можно резать, обжигать, колоть без малейшей реакции с его стороны. Животное продолжает лежать совершенно неподвижно, как если бы оно ничего не чувствовало. Весьма наглядно эти экс-

перименты получались на омарах, раках, осьминогах, лягушках, кроликах и птицах. В опыте с осьминогом получали следующее: осьминог, повернутый ротовым отверстием вверх и удерживаемый в таком положении, принимал серую окраску, терял подвижность, переставал присасываться, не реагировал на химические раздражения.

Интересно отметить, что чем чаще повторять у одного и того же животного опыты гипноза, тем лучше оно попадает в это состояние и тем меньше сопротивляется экспериментатору-гипнотизеру.

Проведя сотни экспериментов над различными животными, В. Я. Данилевский пришел к выводу, что гипноз— это «эмоциональное, сугубо рефлекторное торможение мышления и воли». Он также считал, что в основе гипноза животных лежит эмоция страха.

В 1969 г. вышла в свет книга известного гипнолога Вольтези, который описал многочисленные и интересные эксперименты над крупными млекопитающими животными, такими, как львы, медведи, лисы, крокодилы, обезьяны, в условиях зоопарка. Так, например, садясь внезапно верхом на молодую львицу, он приводил ее в состояние оцепенения. Крокодила подвергал гипнозу тем, что внезапно раскрывал ему пасть, а затем переворачивал на спину. Ученому удавалось также гипнотизация молодых медведей. Быстро, внезапно обездвиженные и перевернутые на спину они подолгу оставались в состоянии гипнотического оцепенения в самых разнообразных формах («восковидная гибкость»). Почесыванием шеи и головы у шимпанзе, запрокидыванием ей головы и другими методами также удавалось и у этого животного получить состояние гипноза. Впавшее в такое состояние животное переворачивали на спину, и обезьяна подолгу оставалась лежащей на спине, с раскинутыми и причудливо растопыренными лапами. При этом веки животного вскоре закрывались. Зрачки слабо реагировали на свет.

Характерно в этих состояниях именно то, что животные совершенно не реагируют ни на какие самые сильные внешние раздражители, такие, как стук, огонь, уколы иглой и т. п.

Весьма интересным способом гипнотизации обезьян является следующий испытанный нами на шимпанзе и

макаках метод. Обычно пугливые и подвижные животные при пристальном человеческом взгляде забиваются в угол клетки. Экспериментатор медленно надвигается на животное, не делая резких движений, а в дальнейшем плавными движениями рук сверху вниз (от головы к ногам) производит своеобразные «пассы», ничем не отличающиеся от тех, которые применяются во время гипнотизации человека. В это время он продолжает фиксировать глаза обезьяны своим пристальным взглядом. Вскоре веки обезьяны начинают смыкаться, взгляд «тускнеет» и животное цепенеет, теряя подвижность. Через некоторое время обезьяна засыпает и остается в таком состоянии длительное время.

Ученые установили, что сильный испуг, внезапный страх или болевое раздражение вызывают у животных своеобразный паралич, шок, двигательное оцепенение.

Известно также, что сильный испуг или внезапный шоковый раздражитель могут ввести и человека в гипноз по «механизму животного организма». Внезапный яркий свет, удар в гонг, ужасающее известие могут вызвать и у человека мгновенный гипноз или нечто подобное, когда он «теряет дар речи», останавливается «как вкопанный», «столбенеет» и т. д.

Прошло свыше трехсот лет, как ученые с огромным интересом изучают гипноз животных, но биологический смысл этого состояния оставался все еще не ясен.

И. П. Павлов первый показал физиологический смысл гипноза у животных, когда уже в 1921 г. писал, что «это есть один из самоохранительных рефлексов задерживающего характера. Перед огромной силой, при встрече с которой для животного нет спасения ни в борьбе ни в бегстве, шанс остается один — именно в неподвижности, или чтобы быть незамеченным, так как движущиеся предметы особенно привлекают к себе внимание, или чтобы суетливыми, беспокойными движениями не вызвать у этой сокрушающей силы агрессивной, нападающей реакции»¹.



¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 3, кн. 1. М.—Л., 1951, с. 359.

В другой своей работе И. П. Павлов говорит уже прямо, что «так называемый гипноз животных есть настоящий гипноз, одна из переходных фаз между бодрым состоянием и сном, есть торможение, сосредотачивающееся главным образом на двигательной области коры»¹.

Изучение гипноза животных важно потому, что помогает в известной мере приблизиться к анализу механизма гипноза и у человека.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИПНОЗА И ВНУШЕНИЯ В СВЕТЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА

Высшая нервная деятельность состоит из двух противоположных, взаимосвязанных, переплетающихся процессов: процесса возбуждения и процесса торможения. По представлению И. П. Павлова, эти процессы являются как бы двумя половинами одной и той же деятельности, не мыслимыми друг без друга.

Открытие процессов торможения в деятельности нервной системы принадлежит основоположнику отечественной физиологии И. М. Сеченову. До него считалось, что нервная система и ее главный отдел—головной мозг оказывают на органы животного организма лишь возбуждающее к деятельности влияние. Своими классическими исследованиями И. М. Сеченов показал, что центральная нервная система и, в частности, головной мозг могут оказывать не только возбуждающее к функции воздействие, но и не менее важное влияние — тормозящее, задерживающее.

Это открытие, сделанное в 1862 г. И. М. Сеченовым на опытах с лягушкой, И. П. Павлов в речи, посвященной памяти И. М. Сеченова, назвал «первой победой русской мысли в области физиологии».

Большая роль торможения в деятельности нервной системы была понятна уже и И. М. Сеченову, однако только И. П. Павлову и его сотрудникам удалось в пол-

¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 3, кн. 2, М.—Л., 1951, с. 57.

ной мере выяснить «постоянное и неперменное» участие тормозного процесса во всех проявлениях высшей нервной деятельности. И. П. Павлов показал, что процесс торможения не только постоянно уточняет и корригирует сигнальную деятельность коры головного мозга, но, что особенно важно, — охраняет клетки больших полушарий головного мозга от истощения, разрушения и гибели, делая нервную клетку на период своего тормозящего действия как бы неуязвимой для возбуждения. Для того чтобы подчеркнуть значение тормозного процесса, И. П. Павлов пишет: «Вы понимаете, конечно, что это имеет грандиознейшую важность в жизни животных и нас, ибо наша жизнь к тому и сводится, что мы в определенной обстановке и в определенный момент должны проявить известную деятельность, а в другой — задержать ее.

На этом основывается высшая жизненная ориентировка. Таким образом, из постоянного и правильного балансирования этих двух процессов складывается нормальная жизнь человека и животного»¹.

В своих лекциях И. П. Павлов указывал, что корковая нервная клетка под влиянием раздражений внешнего мира непременно рано или поздно, а при частых повторениях их и очень быстро, приходит в тормозное состояние. Процесс торможения, не являясь самоутомлением, играет роль охранителя нервной клетки, предупреждает разрушение последней. За время пребывания в состоянии торможения нервная клетка, оставаясь свободной от работы, успевает освободиться от вредных химических продуктов и полностью восстанавливает свой нормальный биохимический состав.

Таким образом, по учению И. П. Павлова, процесс торможения есть процесс, не только охраняющий нервные клетки коры мозга от чрезмерного истощения, но и процесс активный, способствующий быстрому восстановлению работоспособности нервных клеток к их дальнейшей деятельности.

Почему так важно уяснить себе сущность и значение процесса торможения? Это важно потому, что процесс торможения является одним из важнейших компонентов, именуемых состоянием обычного, нормального сна.

¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 10. М.—Л., 1951, с. 81,

По И. П. Павлову, сон и торможение — это фактически один и тот же процесс. «Торможение есть парциальный (частичный. — П. Б.) сон, как бы раздробленный, узколокализованный, заключенный в определенные границы под влиянием противодействующего процесса раздражения, а сон есть торможение, распространяющееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже — на средний мозг»¹. Следует отметить, что сон, так же как и торможение, может быть вызван по типу условного рефлекса; это хорошо подтверждается примерами на собаках, когда животные, приведенные в помещение, где с ними неоднократно проводились эксперименты с вызыванием сонного состояния, как правило, засыпали, переступив порог лабораторной комнаты. Один вид помещения, окраска стен, станка, в котором животное обычно находилось, запах комнаты действовали как условнорефлекторный раздражитель.



Все эти данные, говорящие о тождестве условий, вызывающих сон и торможение, привели И. П. Павлова к выводу о том, что сон и внутреннее торможение в своей физико-химической основе представляют собой один и то же процесс.

С другой стороны, между процессом торможения и сном имеется известное различие: сон — состояние покоя, отдыха всего организма, а процесс торможения — постоянный участник бодрствования, активный процесс, способствующий восстановлению работоспособности нервных клеток головного мозга.

Прогрессу научных знаний в области сна способствовали достижения физики, химии и особенно техники. Физиологи и врачи получили возможность записывать на специальных аппаратах тончайшие электрические колебания, протекающие в головном мозгу, в нервных стволах и даже отдельных клетках. В конце прошлого столетия итальянские физиологи Мэгоун и Моруцци провели многочисленные эксперименты на животных. Эти эксперименты помогли объяснить хирургам ряд явлений и начать исследование функций особого образо-

¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 9. М.—Л., 1951, с.382.

вания мозга, известного под названием ретикулярной формации.

Что же такое ретикулярная формация? Под ней понимают скопление нервных клеток в центральных отделах головного мозга в так называемом мозговом стволе. Из-за своего расположения и многочисленных ветвящихся отростков, переплетающихся между собой, нервные клетки образуют своеобразную сетевидность, из-за чего и возникло название ретикулярная (сетчатая) формация. В эксперименте разрушали определенные участки ретикулярной формации, и в результате у животного возникало состояние длительной спячки. Разбудить животное, применяя даже самые сильные внешние раздражители, не удавалось. Любые нервные сигналы при этом достигали коры больших полушарий головного мозга, но животное на них не реагировало. При этом записывались токи мозга на специальный прибор — электроэнцефалограф, которые по своим данным были весьма сходны с токами, наблюдающимися при естественном глубоком сне.

В другом случае через специально вживленные в определенные отделы ретикулярной формации электроды пропускали слабый электрический ток, при этом животное немедленно пробуждалось, а на электроэнцефалограмме появились кривые, характерные для «реакции пробуждения» (так ее называли физиологи). Эти исследования экспериментально доказывают, что ретикулярная формация активно участвует в процессах возбуждения и торможения, т. е. сна и бодрствования. Исследованиями И. М. Сеченова и И. П. Павлова было доказано, что и психика, несмотря на всю свою сложность и многогранность, в своей основе носит отражательный, рефлекторный характер; главным субстратом ее является в первую очередь кора полушарий головного мозга.

Экспериментами, проведенными в различных физиологических лабораториях, было установлено, что стоит разрушить хотя бы сравнительно небольшой участок ретикулярной формации, чтобы отражательная деятельность коры мозговых полушарий немедленно прекратилась. Таким образом, одного лишь поступления в кору головного мозга чувствительных сигналов отнюдь недостаточно. Требуется еще и особое состояние (фоновое),

рабочая настройка клеток коры. Только тогда в коре головного мозга могут протекать процессы восприятия и переработки поступающей в головной мозг информации. Именно ретикулярная формация и приводит кору головного мозга в это «рабочее состояние». Внешне именно это и проявляется состоянием бодрствования, почему ретикулярная формация еще носит название активирующей системы головного мозга. Самые различные раздражители внешнего мира, будь то вспыхнувшая лампочка, звонок или боль немедленно возбуждают ретикулярную формацию, а та, в свою очередь, как бы «заряжает» энергией кору мозговых полушарий.

С другой стороны, сама кора головного мозга, даже отдельные ее участки, могут в одних случаях оказывать стимулирующее, а в других случаях подавляющее, тормозящее воздействие на ретикулярную формацию. Следовательно, сама кора полушарий головного мозга может и подавлять состояние бодрствования, и, наоборот, поддерживать его. Система таких круговых или кольцевых связей: кора — ретикулярная формация — кора позволяет высшим отделам центральной нервной системы регулировать через ретикулярную формацию свое рабочее состояние.

Теперь, когда мы уяснили себе сущность процесса торможения и обычного физиологического сна, целесообразно перейти к рассмотрению механизма гипноза.

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

Обращаясь к механизму и условиям вызывания гипнотического сна, мы видим, что основные законы, установленные школой И. П. Павлова для возникновения обычного сна, действительно и для развития гипноза. Было установлено, что для вызывания гипноза используются различные раздражители, воздействующие на зрительный, слуховой или кожный анализаторы, т. е. на глаза, слуховой аппарат или кожную поверхность. Вот что писал по этому поводу И. П. Павлов в своих работах: «Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний

классический способ гипнотизирования — это так называемые пассы, то есть слабые, однообразно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах. Теперь постоянно применяющийся способ — повторяющиеся слова (к тому же произносимые в минорном однообразном тоне), описывающие физиологические акты сонного состояния. Эти слова суть, конечно, условные раздражители, у всех нас прочно связанные с сонным состоянием и потому его вызывающие. На этом основании может гипнотизировать и гипнотизирует все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием»¹.

Обычный метод погружения в гипнотический сон, который применяют и в настоящее время подавляющее большинство гипнотерапевтов, состоит в следующем: испытуемый или больной лежит в горизонтальном положении в затемненном помещении на кушетке или кровати, укрытый теплым одеялом. Гипнотерапевт, слегка поглаживая теплой рукой кожу лба гипнотизируемого, тихо произносит формулы словесного внушения, т. е. слова, напоминающие больному те состояния, которые человек испытывает перед погружением в обычный физиологический сон.

Врач тихо говорит: «Устройтесь поудобнее, закройте глаза... все ваше тело приятно тяжелеет, расслабляется, словно наливается свинцом... Приятное тепло разливается по всему вашему телу... Уходят в сторону заботы, посторонние мысли, впечатления дня... Все тише, все темнее, все спокойнее становится вокруг вас... Мой голос доносится до вас словно издали..., приятно успокаивая, словно убаюкивая, усыпляя... Ничто вас не волнует, не тревожит, не беспокоит..., все тело словно сковано, нет желания двигаться..., нет сил открыть глаза... Приятная дрема, сонливость все нарастает, все усиливается..., хочется дремать, хочется забыться... Забываетесь, забываетесь все глубже, все крепче..., спите крепче...» и т. д.

В другом случае испытуемому предлагают пристально смотреть на блестящий неврологический моло-



¹ Павлов И. П. Полн. собр. соч., т. 4. М.—Л., 1951, с. 425.

точек или стеклянную палочку, или металлический шарик, добиваясь истощения клеток коры в зрительном анализаторе головного мозга. Развившееся здесь охранительное торможение по законам иррадиации распространяется дальше, захватывая соседние участки коры головного мозга. И здесь, при этом методе гипнотерапевт также произносит определенные формулы словесного внушения, навевающие сонливость на испытуемого, строя их в несколько ином плане. Например: «Смотрите пристально на блестящую поверхность молоточка..., постепенно ваши глаза станут утомляться..., веки будут тяжелеть и начнут смыкаться. В голове возникнет легкий туман, он все нарастает и сгущается..., приятная сонливость, дремота охватывает вас... Все тело тяжелеет, словно наливается свинцом... Я буду считать, и с каждым моим счетом вы погружаетесь в приятную дрему... 1... 2... Все тело словно сковано, отяжелело... 3... 4... Забываетесь, забываетесь все глубже... 5» и т. д.

При воздействии на кожно-мышечную поверхность (кожный анализатор) гипнотерапевт проводит рукой вдоль тела от головы к ногам, не прикасаясь, однако, к коже испытуемого. При этом тепло, излучаемое от рук гипнотерапевта, воздействует на кожные рецепторы (нервные окончания кожи), воспринимающие температуру и передающие ее в кожный анализатор коры головного мозга больших полушарий. Здесь также возникает известный нам процесс торможения, который начинает распространяться на соседние участки мозга, постепенно захватывая все новые и новые районы коры. Наступает сон, но сон не обычный, а искусственно вызванный — гипнотический.

Для усиления действия через кожу также произносятся формулы словесного внушения. В данном случае речевое воздействие строится в несколько ином плане, делается упор на кожные ощущения. Внушается, что «все тело расслабляется и тяжелеет..., приятное тепло разливается по всему телу..., нет сил, нет желания двигаться..., веки тяжелые, свинцовые...» и т. д.

В любом случае происходит торможение анализаторов: в одном — слухового, в другом — зрительного, в третьем — мышечного.

Кроме таких слабых; длительно действующих, однообразных раздражителей, можно у здоровых людей и



лиц, страдающих алкоголизмом, применять метод внезапных, сильных, «шоковых» воздействий в виде внезапной вспышки света, сильного звукового или словесного раздражения (как это и применял в свое время Шарко). Иногда этот метод выгодно применять там, где обычные методики слабых раздражителей оказываются мало эффективны.

Таким образом, по И. П. Павлову, нормальный физиологический сон и гипноз — явления одного и того же порядка, которые разнятся между собой только количественно, а отнюдь не качественно. Это утверждение иллюстрируется следующими житейскими фактами. Спрашивается, что будет, если оставить человека в гипнозе без пробуждения? Оказывается, такой гипнотический сон (частичное торможение) перейдет в обычный нормальный сон (общее разлитое торможение), и такой испытуемый вскоре проснется сам под влиянием какой-либо внешней причины. Но известны случаи, когда, применив определенный способ, можно перевести человека из обычного сна в гипнотический. Этим методом можно разлитое торможение (обычный сон) коры сделать узко локализованным, частичным («парциальным»), т. е. превратить в гипноз. Тогда достаточно будет сказать спящему: «Встаньте!» — и он встанет; «Как ваше имя?» — и переведенный в гипнотический сон человек назовет свое имя и т. д.; «Вы едете на велосипеде!» — и спящий начнет усиленно крутить педали воображаемого велосипеда; «Где вы были вчера?» — и испытуемый начнет рассказывать о том, где он был вчера, что делал, причем с откровенностью большей, чем вы могли бы рассчитывать, если бы он был в бодрственном состоянии. Эти исследования поражали воображение исследователей, вызвали недоумение. Однако ничего странного или «таинственного» в этих явлениях нет. Гипноз — это узко локализованный сон, следовательно, не вся кора охвачена процессом торможения, — одни участки находятся в возбужденном состоянии и способны функционировать, в то время как другие

заторможены, выключены и не могут внести необходимых коррективов.

Чем же практически отличается гипнотический сон от обычного, физиологического? В состоянии нормального, обычного сна человек одинаково невосприимчив к каким бы то ни было звукам, исходящим от внешней среды, окружающего мира; его звуковой анализатор охвачен процессом торможения, разлитым по коре больших полушарий головного мозга и ближайшей подкорковой области. Человек, погруженный в глубокий гипнотический сон, также не отдает себе отчета в том, где он пребывает, не реагирует на присутствующих врачей, но при этом обнаруживает чрезвычайно обостренную восприимчивость к голосу врача-гипнотерапевта, ему одному отвечает во сне.

При гипнотическом сне отнюдь не вся кора головного мозга охвачена процессом торможения. Та ограниченная область звукового анализатора (орган слуха) в коре, которая связана с восприятием голоса врача и его внушений, продолжает действовать, сохраняется так называемый «сторожевой очаг возбуждения». Наличие этого сторожевого очага дает возможность сохранения особой связи между загипнотизированным и гипнотизером-врачом — так называемого «раппорта». В явлениях этого своеобразного «раппорта» в гипнотическом состоянии нет ничего особенного, необычного. Сторожевой очаг нередко бывает даже при особых условиях и в обычном сне. Например, солдаты на фронте после длительных боев, будучи крайне утомленными, спят и не слышат сильных посторонних шумов, звуков, разрывов снарядов, но стоит раздасться словам команды командира, произнесенным даже шепотом, и они тотчас же просыпаются, так как в слуховом анализаторе коры головного мозга у них оставался изолированный «сторожевой очаг возбуждения», воспринимающий слова команды, исходящие от офицера.

В другом случае общеизвестен факт, когда мать, утомленная бессонными ночами у постели больного ребенка, задремала на несколько минут и не слышит громких звуков, шумов, пения в соседней квартире, музыки, но стоит только чуть заплакать ее больному ребенку, как она немедленно просыпается, так как в ее коре сохранился очаг возбуждения, сохраняющий ее

связь, своеобразный «раппорт» между матерью и ребенком.

Нечто подобное наблюдается и в животном мире. Нередко можно наблюдать, как целое стадо спит и не слышит посторонних звуков. Не спит лишь сторожевое животное, зорко охраняя все стадо. Вот появилась опасность, и сторожевое животное дает сигнал тревоги! Все стадо немедленно просыпается и бежит от опасности. Механизм этой связи тот же, в мозгу животных сохраняется «сторожевой очаг возбуждения», который и поддерживает связь между сторожевым животным и всем остальным стадом.

Исходя из вышесказанного, можно сделать основной вывод, что гипнотический сон близок к физиологическому и является модификацией обычного, естественного сна. Вот почему так выгодно и полезно применять его с лечебными целями.

ТИПЫ И ВИДЫ ГИПНОЗА

ГЛУБИНА ГИПНОТИЧЕСКОГО СНА

По аналогии с обычным сном большинство ученых различает гипноз по трем степеням глубины: 1-я степень — малый гипноз, 2-я степень — средний гипноз и 3-я степень — глубокий гипноз. В чем заключается разница между глубиной гипнотического сна? Эта разница весьма существенна. Малый, или поверхностный, гипноз характеризуется тем, что человеческое тело находится в состоянии полного мышечного покоя и неподвижности. Но нет сил, нет возможности открыть глаза, испытуемый может лишь шевелить бровями. Если поднять руку загипнотизированного, то он может ее, хотя и с усилием, опустить. Сознание человека полностью сохранено. После выхода из гипноза человек помнит все, что с ним было во время гипноза, память сохранена.

Средний гипноз характеризуется уже более полным расслаблением мускулатуры, сознание испытуемого частично нарушено. После выхода из гипноза налицо так называемая частичная амнезия: человек помнит о том, что с ним было в гипнотическом сне, но далеко не все.

Изредка имеется частичная анальгезия, т. е. снижение болевой чувствительности.

В глубоком гипнозе наблюдается полная амнезия — человек ничего не помнит о том, что с ним было в гипнотическом состоянии. Загипнотизированный отвечает на вопросы не просыпаясь, может делать ряд автоматических движений. В глубоком гипнозе имеется, как правило, полная анальгезия и анестезия, т. е. утрата кожной, болевой и температурной чувствительности, а также чувствительности на прикосновение. На этом основано применение гипноза для производства хирургических операций там, где наркоз противопоказан.

Так различают гипноз по глубине. Однако если начать гипнотизировать большую аудиторию, то можно отметить, что разные лица по-разному будут впадать в гипнотическое состояние. Одни будут засыпать мгновенно, другие через пять, десять, пятнадцать, третьи через сорок минут. Найдутся и такие испытуемые, которые в данной неблагоприятной обстановке совершенно не будут погружаться в гипнотическое состояние. По данным современных гипнологов и психотерапевтов, особенно быстро впадает в гипнотическое состояние всего лишь 25% испытуемых, затем постепенно внушаемость и гипнабельность падает. 2% испытуемых в условиях массового сеанса не поддается гипнозу совершенно. Дети до 8-летнего возраста, как правило, не погружаются в гипнотическое состояние, так как они впадают при попытке их усыпить в обычный физиологический сон. Большинство душевнобольных людей в гипнотическое состояние не погружается.

Часто спрашивают, от чего зависит способность человека впадать в гипнотическое состояние? В основном восприимчивость (так называемая гипнабельность) к гипнозу зависит от трех факторов. Во-первых, от обстановки, в которой проводится гипнотизация. Чем эта обстановка благоприятнее, тем лучше получаются результаты. В обстановке массового или коллективного сеанса, где много шума, света, когда у слушателей повышенный интерес к сеансу, удастся загипнотизировать не более 25—30% слушателей. В условиях же так называемого «гипнотария», при полной тишине и затенении, удобном положении испытуемого или больного на кушетке, заинтересованности последнего в успехе

гипнотизации, наличии специальной аппаратуры, удается загипнотизировать подавляющее большинство больных и здоровых.

Во-вторых, успех гипнотизации зависит от личности испытуемого или больного. И. П. Павлов условно делил всех людей на три основных нервных типа: художественный, мыслительный и средний. Люди художественного типа — это люди впечатлительные, мыслящие конкретными, зрительными образами, часто эмоциональные и мнительные. Среди таких людей часто бывают художники, музыканты, врачи. Этот тип людей хорошо поддается гипнотизации. Мыслительный тип — это люди, мыслящие абстрактно, отвлеченно, склонные к анализу (иногда чрезмерному), критике, самокритике. Среди этих людей часто бывают математики, физики, люди точных наук. Этот тип людей плохо поддается гипнозу. Наконец, средний тип является как бы сплавом двух перечисленных типов. В зависимости от того, черты какого из перечисленных типов больше преобладают, превалируют в этом «среднем типе», и будет зависеть способность этого человека впасть в гипнотическое состояние.

В-третьих, это личность гипнотизера-врача. Чем большими способностями и техникой гипноза обладает данный гипнолог, чем больше мастерства и сноровки он применяет, чем большими знаниями как теоретического, так и практического порядка владеет врач, тем лучше получаются результаты. Конечно, никаких «черных глаз», никакого «магнетизма», никаких «особых качеств» и свойств гипнотизер иметь не обязан. Удивительно упорно укоренилась в сознании людей навязчивая идея о том, что гипнотизер обязательно должен обладать «особыми силами». Только опыт, знания и главное техника гипноза — вот те основы, которые необходимы гипнологу. Однако до сих пор на публичных лекциях и во врачебной аудитории нет-нет да и возникает сакраментальный вопрос: «А правда ли, что гипнотизер должен обладать «черными глазами»?». Нет, неправда. Академик В. М. Бехтерев имел светло-голубые глаза и был отличным «гипнотизером». Есть десятки гипнологов с зелеными, голубыми и серыми глазами. Есть врачи-гипнотизеры, женщины, прекрасно владеющие гипнозом, а также врачи-психотерапевты,

невропатологи, психиатры, терапевты, акушеры-гинекологи, дерматологи, детские врачи, сексологи и врачи других специальностей.

ТИПЫ ГИПНОЗА

При гипнотизации нам приходилось сталкиваться с различными типами гипноза. В основном известны три гипнотических состояния, так называемые летаргический, каталептический и сомнамбулический типы гипноза. Летаргический тип гипноза характеризуется тем, что при погружении в ту или иную глубину гипнотического состояния тело человека расслабляется все больше и больше. Если в малом гипнозе летаргического типа поднять руку испытуемого вверх, то вы чувствуете тяжесть в поднятой конечности, если внезапно отнять свою поддерживающую руку, рука загипнотизированного моментально упадет вниз, словно налитая свинцом. В среднем (по глубине) гипнозе это отяжеление мускулатуры выражено еще больше, а в глубоком — тело испытуемого расслабляется так, что положенное спиной на узкую подставку или спинку стула изгибается настолько, насколько это позволяет костный остов. Так велико расслабление всей мускулатуры тела. Наблюдается феномен (опыт) так называемой летаргической дуги.

При каталептическом гипнозе, наоборот, возникает одеревенение мускулатуры. Тело человека по мере засыпания и углубления гипноза становится все более и более крепким, мышцы человеческого тела напрягаются все больше. Так, например, если поднять руку испытуемого в легком гипнозе вверх, то рука словно застывает в воздухе. Если отнять поддерживающую руку, то можно видеть, как рука испытуемого остается в воздухе, «как палка». В среднем гипнозе можно наблюдать феномен так называемой «восковидной гибкости», когда тело испытуемого застывает в тех позах (подчас весьма затейливых), которые вы ему придали. И, наконец, в глубоком гипнозе напряжение мускулатуры настолько велико, что положенное ногами на спинку одного стула, а головой на спинку другого, тело человека застывает как «каталептический мост». Этот феномен каталепти-

ческого моста в старину поражал воображение естествоиспытателей. На грудь такого испытуемого можно было встать, положить большой камень, а человек как ни в чем не бывало продолжал спать. После пробуждения испытуемый ничего не помнил и никаких неприятных ощущений не испытывал. Каталептический тип гипноза ближе всего стоит к гипнозу животных.

В сомнамбулическом гипнозе наблюдается ряд интересных явлений автоматизма. Так, например, если в гипнозе малой глубины вы начнете вращать одной рукой вокруг другой, то это вращение будет продолжаться и тогда, когда экспериментатор отнимет свои руки. В среднем гипнозе этого типа можно наблюдать ряд уже более сложных движений. Так, например, загипнотизированный может спать сидя, стоя. Совершать ряд весьма сложных движений профессионального характера. Может спать с открытыми глазами, отвечать на вопросы не просыпаясь. Чувствительность испытуемого понижена, он резко заторможен, рефлексy снижены. Наконец, в глубоком гипнозе наблюдается феномен снохождения, когда загипнотизированный по внушению гипнолога движется по комнате, совершает ряд весьма сложных движений, напоминая лунатика. Все движения испытуемого гибки, плавны. Он не производит впечатления спящего. Загипнотизированному можно внушать различные иллюзии, галлюцинации (когда испытуемый видит то, чего нет в действительности). Например, что он удит рыбу, сидя на берегу реки, и забрасывает «удочки» в воображаемую воду.

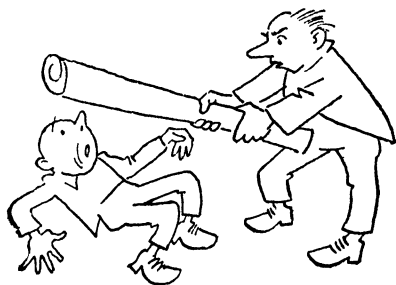
В другом случае пожилому человеку внушают, что ему не 60, а всего 8 лет и он начинает, как маленький ребенок, говорить тонким голосом, строить домики из песка, писать каракули, рисовать картинки и т. д.

Особенно примечательны исследования в сомнамбулическом гипнозе с дачей испытуемому тех или иных несъедобных предметов: мела, ваты, угля, сырого картофеля, но с внушением, что это хлеб, мясо, фрукты. Испытуемый с большим удовольствием начинает поедать эти предметы. Любо-



пытно, как показали лабораторные исследования, проведенные еще в прошлом столетии, что желудочный сок и слюна выделяются у этих людей как в количественном, так и в качественном отношении, как на хлеб и мясо. Словесный раздражитель, исходящий из гипнотизера, оказывается сильнее натурального раздражителя внешнего мира.

Насколько сильно речевое воздействие в гипнозе сомнамбулического типа на различные стороны жизнедеятельности человеческого организма можно показать на многочисленных фактах. Так, например, к руке загипнотизированного, погруженного в глубокий гипноз, гипнотизер прикасается каким-либо холодным предметом (карандашом, монетой, расческой), но внушает, что это раскаленный стержень. «Я Вас обжигаю!» — внушает гипнотизер, и что же? Испытуемый начинает испытывать сильную боль, его лоб покрывается каплями пота, изменяется пульс, дыхание, кровяное давление то подымается, то падает. Создается впечатление, что человек действительно испытывает сильную боль. Представляет интерес то явление, что через некоторое время на месте прикосновения появляется краснота, а далее волдырь, наполняющийся тканевой жидкостью. Слово обожгло (ожог второй степени). Эти исследования были неоднократно проверены и повторены различными экспериментаторами с неизменным успехом. Следует отметить, что этот опыт помог в свое время разоблачить «чудо» Луизы Лотто, заключавшееся в том, что больная истерическим неврозом женщина могла в момент религиозного экстаза, при громадном стечении религиозных фанатиков, путем самовнушения вызывать у себя на коже так называемые «стигматы христовы». У истерички возникал очередной припадок, она билась в судорогах, появлялась пена изо рта, она падала на паперти храма, а затем на коже кистей рук и тыле стоп появлялись кровавые пятна, именно в тех местах, где согласно библейской легенде у Христа были вбиты гвозди при его распятии. Парижская академия наук не могла объяснить тогда этого явления и тем самым «лила воду на мельницу» представителей церкви, которые утверждали, что это — «чудо». Правда, уже и тогда находились врачи и ученые, которые законно спрашивали: «Позвольте, кровавые пятна, «стигматы» появлялись на ла-



донных поверхностях и тыле стопы у их основания, а ведь гвозди вбивались при распятии преступников в Древнем Риме значительно ниже, чего Луиза Лотто, простая крестьянская девушка, не знала». Теперь загадка «стигматов христовых» уже давно перестала быть таковой. Впервые о них заговорили церковники

в 1224 г., когда стигматы появились у «святого» Франциска Ассизского; затем эти явления приобретают широкий размах: в XIII в. — 31 случай, в XIV в. — 22, в XV в. — 25. Всего церковь признала 321 случай. Объявленных святыми и блаженными среди стигматов насчитывается 61 человек.

Интересно отметить, что среди испытуемых сомнамбулического типа можно было наблюдать и ряд других людей. Так, например, по руке загипнотизированного ударяют свернутой в трубку газетной бумагой с внушением, что это «удар палкой». Испытуемый вскрикивает от боли, а затем на месте «удара» возникает линейный синяк, как от действительного ушиба палкой. В другом случае рука испытуемого сомнамбулы была опущена в пустую банку, но с внушением, что она помещена в банку со льдом, и человек чувствует нестерпимую леденящую боль. Вскоре, как описывает профессор А. И. Картамышев, возникало отморожение кончиков пальцев I—II степени.

ВИДЫ ГИПНОТИЧЕСКОГО СНА

Длительный гипнотический сон. Длительный гипнотический сон (гипноз-отдых) впервые применили и теоретически обосновали К. И. Платонов, В. Е. Рожнов, И. В. Стрельчук и другие. При этом методе больной пребывает в гипнотическом сне без пробуждения длительное время (от 1 до 16 часов в сутки).

Длительное гипнотическое торможение способствует, как указывали видные отечественные ученые (М. К. Пет-

рова, К. И. Платонов, Н. С. Молчанов и др.), восстановлению работоспособности нервных клеток коры больших полушарий головного мозга, а также и ниже расположенных подкорковых центров, способствуя нормализации всей условнорефлекторной деятельности. К. И. Платонов называл такой длительный гипнотический сон гипнозом-отдыхом. Основываясь на данных И. П. Павлова и его сотрудников о значении охранительного торможения для восстановления деятельности истощенных нервных клеток коры головного мозга, можно рассчитывать не только на восстановление условнорефлекторной деятельности, но и на возможность устранения различных вегетативно-трофических расстройств (растительных функций). Гипноз-отдых мы весьма охотно рекомендуем применять у истощенных соматических больных и лиц, имеющих кожные заболевания.

Обычно мы внушаем таким больным, что они будут крепко спать без пробуждения до утра и что никакие звуки и шумы их не смогут разбудить. Как правило, для проведения такого длительного гипнотического сна выделяется особая палата, находящаяся в наиболее тихой части клиники, со специальным медперсоналом, прошедшим особый инструктаж. В этой палате создаются все условия для спокойного и длительного сна без помех.

Полный курс гипнотического сна-отдыха с удлинённым отдыхом длится от 10 до 15 дней. При правильном подборе больных с выраженной внушаемостью и гипнабельностью этот курс гипноза-отдыха дает наилучший результат.

Наркогипноз. Метод наркогипноза рекомендован и применяется многими психотерапевтами. Он заключается в том, что перед приходом на сеанс гипнотерапии больной получает то или иное быстродействующее снотворное средство. Этот метод особенно эффективен в тех случаях, когда нужно быстро получить гипнотическое состояние у больного со слабой внушаемостью и гипнабельностью при общей нервной возбудимости больного. Предварительный прием средства гарантирует уже к началу сеанса гипнотерапии определенное тормозное состояние коры головного мозга с явлениями сонливости и дремоты. Назначение сно-

творного и его дозировка проводятся так, чтобы признаки сонливости и дремоты совпали бы с приходом в гипнотарий. По нашему мнению, наркогипноз должен применяться для развития глубокого гипноза у больных с недостаточной гипнабельностью и внушаемостью.

Применение гипноза в сочетании с электросном. За последние два десятилетия методы лечения сном обогатились новым эффективным средством — электросном. Создателем этого метода и аппаратуры является коллектив советских ученых (В. А. Гиляровский, И. М. Ливенцов и др.). Лечение электросном весьма эффективно, так как и при применении этого метода используется также охранительное торможение. Электросон нами применялся с успехом не только при лечении неврозов, но и при ряде внутренних заболеваний.

Однако у ряда больных лучший эффект мы наблюдали при комплексном воздействии, сочетающем преимущества гипноза и электросна.

В клинике госпитальной терапии 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова была организована специальная палата электросна с установкой соответствующей аппаратуры. Многоканальный аппарат электросна дал возможность проводить коллективные сеансы электросна при индивидуальной дозировке тока для каждого больного в отдельности. В этой палате и было начато проведение комплексного

лечения электросном и гипнозом одновременно у шести больных. Нами использовался импульсный ток низкой частоты прямоугольной формы. Отрицательный полюс накладывался на область глаз больного, а положительный располагался на височной кости. В отличие от других исследователей мы вначале включали аппарат и только на фоне полученного торможения с

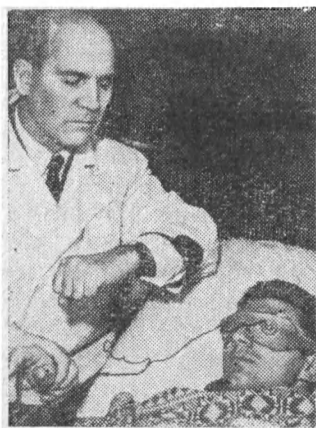


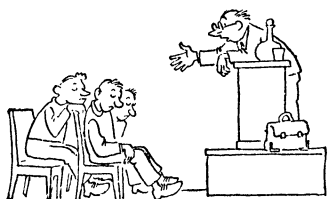
Рис. 1. Сочетанное применение электросна и гипноза.

помощью электросна проводили воздействие гипнозом. Сила тока при нашей методике не превышала 0,2—0,8 миллиампер при частоте 20—25 герц.

По нашим данным, согласующимся с материалами других исследователей, при сочетанном применении гипноза и электросна (рис. 1) мы получаем более полное и глубокое торможение, чего не удастся получить при раздельном применении гипноза и электросна. В то же время метод сочетанной терапии дает лучшие терапевтические результаты при лечении больных внутренними заболеваниями и невротами внутренних органов.

КОЛЛЕКТИВНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

Коллективная гипносуггестивная терапия нашла применение в России по предложению академика В. М. Бехтерева. Он использовал этот метод при лечении алкоголиков, а также лиц, страдавших невротами. Этот метод дает возможность охватить большое количество больных и провести с ними курс лечения в течение длительного периода. К тому же лечебное значение коллективной гипносуггестивной терапии состоит еще и в том, что она не дает больному замкнуться в «болезненном одиночестве» и решить, что его болезнь представляет собой нечто «особенное». Во время коллективных сеансов врач дает возможность тому или иному больному полностью высказаться об успешных результатах своего лечения, что благотворно влияет и на других больных. Весьма хорошие результаты получаются в тех случаях, когда мы специально приглашаем на эти сеансы других больных, уже излеченных от подобного же заболевания. Врач нередко ведет специальную переписку с ними и специально зачитывает группе больных полученные письма с хорошими отзывами о результатах лечения. Метод коллективного сеанса дает возможность проводить длительные собеседования с больными, что крайне важно, а также позволяет вести продолжительное наблюдение за ними. Мы считаем, что те преимущества, которые дает коллективный сеанс, с избытком покрывают те немногие недостатки, которые легко можно предвидеть и установить во время индивидуальных собеседований. К тому же во время кол-



лективных сеансов гипноза больные как бы «заражаются» сонливостью друг от друга, так как начинают действовать замеченные В. М. Бехтеревым важные законы подражания и взаимовнушения. Отмечено, что во время коллективных сеансов больные лучше и крепче спят и число выздоровлений, как правило, больше. Во время коллективных сеансов можно успешно продемонстрировать состояние гипноза новым больным, на которых это, несомненно, действует благотворно, так как зримо убеждает в безвредности этого способа лечения.

Как известно, отдельные больные иногда чувствуют некоторый страх перед первым гипнотическим сеансом, что очень мешает гипнотизации. Такие больные нередко прямо спрашивают врача о том, сможет ли он его потом разбудить. На коллективный сеанс рекомендуется приглашать, как убеждает наш опыт, не более 10-15 человек. Как правило, мы начинаем с индивидуальных бесед и сеансов, потом, получив согласие больного, включаем его в группу лиц, страдающих идентичным заболеванием. В дальнейшем они проходят лечение в однотипном коллективе (рис. 2).

Перед началом сеанса медицинская сестра регистрирует больных, затем в проветренном помещении их удобно усаживают в креслах или укладывают на кушетки. Помещение затемняется, включается метроном или индуктор. В дальнейшем, через 5-10 минут врач начинает произносить формулы внушения тихим, но достаточно слышным для всех больных голосом, делая отдельные паузы между хорошо построенными фразами. Формулы внушения во время коллективных сеансов мало чем отличаются от тех, которые употребляются при индивидуальных. Коллективный сеанс длится в течение 40-55 минут в отличие от сеансов индивидуальных, длящихся от 20 до 30 минут.

Мы обычно проводим сеансы в одно и то же время, предлагаем больным занимать одни и те же места, устраиваться поудобнее, согласно привычкам. Включаем постоянные звуковые раздражители.



Рис. 2. Коллективный сеанс гипноза в гипнотарии.

Стараемся каждый раз не перестраивать формул внушения и даем их однообразно.

После того, как больные, погруженные в гипнотический сон во время коллективного сеанса, получили общеукрепляющие и успокаивающие внушения, врач тут же, обходя спящих, делает каждому из них нужное внушение шепотом, добавочно, индивидуально. Такой метод сочетает в себе все остальные преимущества коллективного и индивидуального сеанса, давая возможность индивидуально и дифференцированно обслужить большее количество больных.

ГИПНОЗ С ПОМОЩЬЮ РАДИО

За последнее время число больных, стремящихся получить облегчение с помощью гипнотерапии, все увеличивается. Несомненно, метод гипнотерапии оправдывает себя и дает большой эффект. Однако врачей-гипнотерапевтов, в совершенстве владеющих этим методом, еще недостаточно. Это вынудило нас искать другие пути, с помощью которых можно было бы расширить возможности применения гипнотерапии. Рядом исследователей



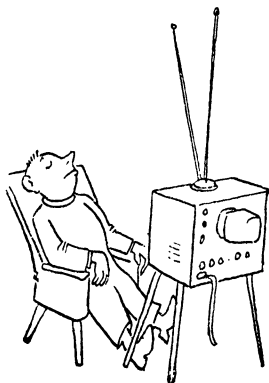
было установлено, что гипнотизация возможна на расстоянии с помощью средств связи.

В нашей практике мы нередко сталкивались со случаями, когда больные, страдавшие тем или иным заболеванием, имели к тому же и упорную бессонницу, принуждавшую их принимать большое количество снотворных средств.

Однако и прием этих снотворных часто не давал должного эффекта. Возникла мысль начать сеансы гипноза по радио. Вначале мы проводили беседы о значении сна и нежелательном применении снотворных, затем начали сеансы гипнотерапии бессонницы с переводом гипнотического сна в обычный нормальный. Вскоре наши больные стали хорошо и крепко спать. Утром они просыпались в бодром состоянии. В дальнейшем эти сеансы гипноза записывались на магнитофонную ленту и с помощью этой записи персонал продолжал проведение лечения бессонницы в палатах.

Несомненно, эта методика полностью оправдывает себя при условии хорошей организации и постановки гипноза по радио. Нужно отметить, что прием снотворных средств в наш век резко нарастает. За рубежом это становится серьезной проблемой, так, как перерастает в наркоманию.

ГИПНОЗ ПО ТЕЛЕВИДЕНИЮ



Не менее интересным и важным нововведением явилось применение гипноза по телевидению. Мы начали погружать испытуемых в гипнотическое состояние при помощи телеэкрана и радиотелефона. Поставленный опыт полностью себя оправдал и дал весьма хороший результат. Загипнотизированные по телевидению больные погружались в гипноз так же успешно, как и при применении обычного метода.

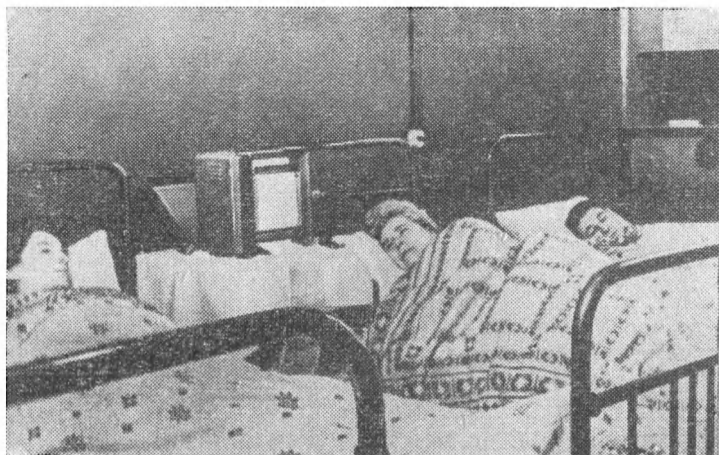


Рис. 3. Гипноз с помощью магнитофонной записи.

ГИПНОЗ ПРИ ПОМОЩИ МАГНИТОФОННОЙ ЗАПИСИ

Для ежедневных лечебных сеансов гипносуггестивной терапии возникла необходимость создавать определенный шумовой фон, на котором успешно строились те или иные формулы внушения. В ряде случаев таким шумовым фоном являлся звук падающего на крышу дома дождя. В другом случае мы записывали шум морского прибоя, в третьем — таким фоном было завывание ветра в трубе и т. д. Эти звуковые фоны весьма успешно отвлекали от посторонних звуков, мешающих гипнотизации. Вскоре появилась мысль записывать те или иные формулы внушения на магнитофонную пленку и передавать ее больным с тем, чтобы сэкономить силы гипнолога. Мы на себе проверили эффективность такой записи и пришли к заключению о ее целесообразности. После одного такого сеанса, по выведении больных из гипнотического состояния они были опрошены, как прошел сеанс (пациенты не знали, что сеанс проводил не врач, а магнитофон). Пациенты дали весьма положительные отзывы. Один из них, электромонтер по профессии, на мой вопрос, как лучше, когда я говорю непосредственно или через «усиливающий аппарат», заявил нам, что через аппарат значительно лучше. Возможно, что тщательно записанный на пленку голос врача

действительно звучал более плавно и приятно. Таким образом, оказалось, что магнитофонная запись полностью оправдала себя и в дальнейшем расширилась возможность применения магнитофона в лечебной работе. В ряде случаев больных, приехавших из других городов, было весьма полезно снабжать магнитофонными лентами для того, чтобы они могли ее использовать при возможном рецидиве заболевания.

Так возникла еще одна вполне реальная возможность использовать гипноз на расстоянии (рис. 3).

ГИПНОЗ С ЗАПИСЬЮ НА ПЛАСТИНКУ ЛЕЧЕБНОГО ТЕКСТА

В ряде случаев удается записать на патефонную пластинку тот или иной лечебный текст. Иногда это текст от бессонницы или это формулы внушения против курения. В ряде случаев записывается специальный текст против алкоголизма с внушением отвращения к спиртным напиткам любого вида вплоть до вызывания тошноты и даже рвоты.

На пластинке записывается иногда текст для заикающихся. Внушается при этом, что речь больного отныне будет всегда плавной, уверенной, обязательно на выдохе, что исчезает «страх речи». Внушается, что отныне в любой обстановке, в любом обществе человек будет чувствовать себя спокойно, без робости и застенчивости.

В другом случае человеку внушается полное отсутствие так называемой «стартовой лихорадки», которой нередко страдают весьма выдающиеся спортсмены.

Артистам можно внушать ликвидацию страха перед аудиторией или эстрадой.

Иногда проведя серию лечебных сеансов, мы отпускаем больного ставшего здоровым, в свой город с лечебным текстом, записанным на пластинке, с тем, чтобы в случае рецидива заболевания он мог бы воспользоваться им снова. Как показали наблюдения, в ряде случаев такая пластинка с лечебным текстом полностью заменяла гипнотизера.

МЕТОД ВНУШЕНИЯ НАЯВУ

Внушаемость — это нормальное свойство человеческой личности, выраженное, однако, у разных людей в различной степени. Внушаемость особенно свойственна

детскому возрасту, несколько слабее проявляется в среднем и значительно 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».

На чем основана внушаемость? Внушаемость основана на быстром и легком переходе корковых клеток в тормозное состояние. Не следует принимать за внушение влияние одного человека на другого доводами разума.

А. Г. Иванов-Смоленский и его сотрудники на основе точных исследований показали, что словесное внушение, слово может вызвать учащение или замедление сердечного ритма, повышение артериального давления, сужение или расширение зрачка в условиях полного бодрствования и отнюдь не только тогда, когда словесное внушение произносится гипнотерапевтом, но даже и тогда, когда его произносит сам испытуемый.

Известный психотерапевт М. С. Лебединский, считая гипнотерапию весьма важным методом, полагает, однако, что нельзя признавать за ним значение всеобщего или единственного для психотерапии способа лечения. По его мнению, психотерапия, проводимая в форме внушения наяву, имеет наибольший диапазон психотерапевтических задач.

О внушающей силе человеческого слова можно судить по ряду примеров.

В одной большой студенческой аудитории состоялась лекция. Профессор химии, увидев, что студенты его крайне утомлены, решил «растормошить» их. 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 и с видом отвращения отошел в сторону. Вскоре многие студенты почувствовали резкий, неприятный запах. Выяснилось, что запахи ощущались разные, но все неприятные. Через некоторое время на задних рядах амфитеатра стали даже «ощущать дошедший туда» запах. В это время некоторых лиц, сидящих вблизи «источника запаха», пришлось вывести из ауди-

тории, так как им стало дурно. После опыта студентам разъяснили, что «химическая жидкость» была простой водой, подкрашенной чернилами. В этом опыте следует учитывать два момента. Можно считать, что если бы с каждым студентом такой опыт был бы поставлен индивидуально, то внушаемых оказалось бы значительно меньше, так как в большой аудитории внушающее воздействие оказывается значительно сильнее из-за взаимовнушения, которое студенты производят друг на друга в порядке взаимоиндукции. Вот почему мы считаем коллективное внушение более целесообразным, чем индивидуальное. Вторым моментом следует считать сам характер внушения.

Известно, что сравнительно легко внушаются различные ощущения со стороны внутренних органов из-за своей известной неопределенности. Подобные же «темные ощущения» легко возникают и на почве самовнушения. С другой стороны, ощущения, возникшие в области внутренних органов, сравнительно легко устраняются внушением в бодрственном состоянии.

В литературе описаны многочисленные факты удивительных по силе явлений внушения в бодрственном состоянии. Так, например, вы находитесь в небольшом обществе и слегка скучаете, вдруг один из вас зевнул, вы сразу же обнаружите, что начинает зевать еще один, другой, третий. Первый человек внушает свою зевоту другим, и вскоре она по механизму взаимовнушения начинает переходить от одного человека к другому.

Наукой установлено, что под влиянием внушения и самовнушения может появляться целый ряд болезней, как правило, возникающих под влиянием богатого воображения.

Медикам известна так называемая «болезнь третьего курса», когда у студентов, изучающих симптомы заболеваний, нередко возникают «воображаемые» болезни. Если на пути внушения или гипноза стоит нередко сознательное сопротивление и критическое отношение со стороны подвергающегося гипнозу, то самовнушение лишено этих преград.



Мнительный молодой человек находился в клинике по поводу обследования желудка на предмет выявления формы гастрита. Рядом с ним в палате лежал другой больной, 76 лет, с тяжелым заболеванием сердца — острым инфарктом миокарда. К нему часто вызывали дежурного врача из-за резких загрудинных болей, вводили различные лекарственные вещества. Заболевание этого пожилого человека было тяжелым и запущенным (больной долгое время не обращался к врачу, а позднее, несмотря на предписание врачей, нарушал строгий постельный режим). Предпринимаемые меры не помогли, состояние его резко ухудшилось и больной умер. После этого у молодого человека развилась кардиофобия (страх за сердце): стало казаться, что у него тоже инфаркт миокарда и что он тоже погибнет от болезни сердца. У молодого человека стали возникать боли в области сердца и все симптомы, которые он «подсмотрел». Уверения врачей, что у него здоровое сердце, ни к чему не приводили. Этот больной требовал произвести электрокардиограмму. Но и после электрокардиограммы, не выявившей болезненных изменений в сердце, он продолжал не верить врачам. Мнительному и болезненно впечатлительному человеку продолжало казаться, что он тяжело больной — «сердечник». Здесь роль сыграло самовнушение. Только длительное лечение гипносуггестивной терапией избавило его, наконец, от мнимого заболевания.

Иногда некоторые люди, достаточно впечатлительные, начитавшись медицинских книг, не предназначенных им, также начинают находить у себя признаки того или иного заболевания, пугаются и начинают усиленно лечиться от «воображаемой болезни».

Известно, что немало «больных», заболевших под влиянием самовнушения той или иной «болезнью», посещают амбулатории и поликлиники, делают сложные, иногда болезненные исследования и анализы, отнимают время у врачей и сами теряют драгоценное время, по-настоящему страдают и мучаются только потому, что недостаточно осведомлены о возможности «болеть психогенными» заболеваниями.

Внушение наяву, при деятельном состоянии коры головного мозга — важный терапевтический фактор, играющий большую роль во всех лечебных воздействиях врача, влияющий независимо от сознательного или даже бессознательного применения его. Метод словесного внушения в бодрственном состоянии получил полное признание.

На внушении, самовнушении и взаимовнушении и основана так называемая психотерапия. Однако настоящая, научная психотерапия получила свое обоснование в учении И. П. Павлова.

Слово отражает социально-исторический опыт человечества и индивидуальный опыт данного человека. Поэтому содержание даже одной фразы может быть чрезвычайно сложным, и такими же сложными могут быть ответные реакции на нее. Одно и то же слово у разных людей может вызвать различные ответные реакции в зависимости от тех условий, в которых оно воспринималось, осмысливалось в прошлом опыте и при которых оно произносится и воспринимается в данный момент.

Новые словесные раздражители благодаря установившимся в коре головного мозга функциональным связям могут оживлять следы старых речевых раздражителей. Работами А. С. Иванова-Смоленского и его сотрудников доказано, что при словесном условном раздражителе могут возникать новые условные рефлексы — цепные рефлексы, все более отдаляющиеся от безусловных раздражителей.

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

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

Целесообразно прибегнуть к словесному внушению, особенно в гипнозе, когда перед нами достаточно внушаемый больной — впечатлительный и верящий в гипнотерапию. Наиболее внушаемы люди, «живущие» конкретными образами, обладающие богатым воображением, люди художественного типа.

Среди внушаемых больных мы часто встречаем лиц, постоянно посещающих поликлиники. Они принимают много различных лекарств, нередко охотнее по совету знакомых, чем по рекомендации врачей. Они особенно любят новые виды лечения и часто, преодолевая трудности, добиваются все новых и новых назначений лекарственных средств. Как показывает опыт, интеллект больного, степень его общей культуры здесь решающей роли не играют. Лечение внушением показано и в

отношении интеллектуально развитых больных, обладающих достаточной внушаемостью. Успешное лечение внушением поднимает в больном веру в выздоровление. Внушая утраченную больным надежду на преодоление болезни, мы тем самым улучшаем состояние нервной системы, поднимаем тонус мозговой коры и реактивность всего организма.

При рациональной психотерапии врач в процессе разъяснительных бесед дает понять больному, что его болезненные симптомы безвредны и безопасны для жизни. Врач может в доступной для него форме разъяснить больному весь механизм заболевания на ярких примерах, подчеркнуть возможность погасить болезненные рефлексy.

В данном случае этот метод психотерапии в бодрственном состоянии предусматривает воздействие логических доказательств с использованием лабораторно-инструментальных данных, на которые и будет опираться врач, проводящий разъяснительно-убеждающую терапию. Эта разъяснительная психотерапия, если она проводится умело, может иметь значительный успех. Такой метод психотерапии особенно показан для тех больных, которые достаточно сознательны и способны к абстрактному и отвлеченному мышлению. Если метод внушающей психотерапии особенно показан лицам, в мышлении которых преобладают яркие конкретные образы (превалирование первой сигнальной системы), то к разъяснительной убеждающей терапии целесообразно прибегать в отношении лиц, мыслящих, как мы говорим, абстрактно, отвлеченно (преобладание второй сигнальной системы). Таким образом, если внушающую терапию выгодно применять к лицам «художественного типа», то разъяснительную психотерапию следует применять к лицам «мыслительного типа» (по И. П. Павлову). Как известно, встречаются и смешанные типы, где в каждом индивидуальном случае врач-гипнотерапевт будет решать вопрос о той или иной психотерапии, где соответственно с данным конкретным больным, со всеми его индивидуальными особенностями и будет выбрана подходящая терапия.

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Многие больные ошибочно думают, что гипноз — это панацея, т. е. средство от всех болезней, и нередко просят взять их на лечение даже тогда, когда для этого нет никаких оснований. Так, например, к нам приезжали люди с тяжелыми органическими нервными поражениями (с параличами ног или рук), расстройством зрения, слуха или речи.

Грубые органические изменения при язвенной или гипертонической болезнях, а также при других заболеваниях внутренних органов не функционального характера также следует считать противопоказанными для гипносуггестивной терапии. Естественно, что заболевания, связанные с инфекцией, являются абсолютно противопоказанными для направления на гипнотерапию.

Наоборот, всем тем больным, у которых наблюдаются функциональные нарушения со стороны сердца, легких и других органов гипносуггестивная терапия окажет большую и эффективную помощь.

К нам часто обращаются близкие родственники людей, страдающих хроническим алкоголизмом, которые просят помочь их мужьям, сыновьям или братьям. Они буквально «на аркане» тянут к врачу такого заблудшего, а он лечиться не хочет. Спрашивается, будет ли толк от такого лечения? Конечно, нет. Другое дело, если человек сам хочет лечиться, понял, что это жизненно необходимо, то эффект лечения, как правило, бывает очень хороший. Мы знаем случаи, когда такие больные на много лет (а иногда и навсегда) оставляют свою пагубную привычку.

Особено хороший результат получается в тех случаях, когда больной помещается в закрытый стационар с изоляцией, где на первых порах он отстраняется от своих сотоварищей и «собутыльников», лишаясь болезненного соблазна.

Есть целый ряд таких заболеваний и отдельных симптомов, при которых эффект гипноза и внушения бывает поразительный.

Эти-то случаи удивительных исцелений и излечений и принесли заслуженную славу гипнозу и внушению, составляющим основной ствол психотерапии. Иногда те или иные мгновенные излечения поражают воображение людей, а в старину у суеверных, религиозно настроенных фанатиков, подогреваемых внушением служителей культа, укрепляли веру в «чудесные исцеления». Медицинская наука давно раскрыла механизм подобных исцелений и показала, что ничего «чудесного» здесь нет. Учеными установлено, что все заболевания человека могут быть условно разделены на две группы: органические и функциональные.

Под органическими заболеваниями понимают такие болезни, при которых нарушена целостность самой клетки, органа или ткани. Так, например, при ранении черепа могут быть поражены нервные центры двигательной зоны коры головного мозга, от которых зависит движение руки или ноги, тогда может возникнуть органический паралич какой-либо конечности. При кровоизлиянии в мозг нарушается работа тех или иных отделов мозга. Если при этом поражаются центры зрения, то человек может ослепнуть, центры слуха — оглохнуть, центры речи — потерять дар речи.

При функциональных поражениях нервной системы никакого нарушения целостности тканей и клеток человеческого тела не происходит, возникает лишь временное нарушение функций той или иной конечности, временное выпадение функции зрения, слуха или речи. В таком случае невропатологи говорят о функциональных заболеваниях.

Следует отметить, что внешние органический и функциональный параличи выглядят почти



одинаково. Даже опытный врач-невропатолог не сразу решится поставить диагноз болезни без тщательного неврологического обследования причины и характера заболевания. Точно так же весьма трудно сразу отличить обусловленную органическими причинами слепоту от слепоты функционального характера, расстройство речи органического происхождения от функциональных нарушений речи при истерии.

Однако для врача весьма важно установить характер заболевания, так как при органической природе паралича быстрого излечения достигнуть не удастся, а при его функциональной природе заболевание может быть ликвидировано в течение нескольких минут при помощи гипноза и внушения.

При функциональном заболевании не происходит разрушения нервных клеток, а возникает лишь временное выключение их из работы. После отдыха, покоя и лечения эти клетки снова смогут выполнять свою функцию.

При органическом же поражении нервной системы, ткани, ее клетки разрушаются и не могут быть восстановлены. Поэтому органический паралич требует длительного и упорного лечения. Вот почему только при функциональных заболеваниях возможны быстрые исцеления. И здесь врачи действительно добиваются подчас очень быстрого излечения.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лечение функциональных расстройств нервной системы гипнозом часто бывает очень эффективным.

В поликлинику привезли женщину Н., на глазах у которой произошло несчастье с ее мужем. Горе так подействовало на нервную систему больной, что у нее возникла функциональная слепота (истерический амавроз), в результате женщина в течение полутора лет не видела. Обычные способы лечения медикаментами эффекта не давали. Специалисты по глазным болезням, к которым она обращалась, заявляли больной, что аппарат зрения у нее в порядке и что она не видит «на нервной» почве. Убедившись, что у больной Н. действительно нет органических изменений в органе зрения, удалось быстро погрузить ее в гипнотический, лечебный сон и внушить, что когда она по счету пять проснется, то прозреет. И, действительно,

после слов врача: «Пять! Проснитесь! Вы видите!» — больная с радостным криком: «Я вижу!» — выбежала в коридор, где не на шутку испугала ожидавших приема других пациентов.

Однако этот случай не может подавать надежду на выздоровление страдающим слепотой, так как большинство из них имеет органическое нарушение органа зрения и помочь им, разумеется, невозможно.

В другом случае на прием привезли колхозника С., у которого сгорел его дом. Это печальное событие привело к «срыву» нервной системы и торможению речевых нервных центров (истерический мутизм). В течение многих месяцев больной не говорил. Предпринятое лечение обычными средствами к успеху не привело. Нам удалось быстро погрузить больного в гипнотическое состояние и внушить ему, что когда он проснется, то громко назовет свое имя и его речь полностью восстановится. Действительно, выйдя из гипнотического состояния, больной пошевелил губами и вдруг внятно произнес свою фамилию. Речь его полностью восстановилась. Конечно, если бы его расстройство речи было обусловлено органическими причинами, то помочь ему было бы также невозможно.

Наконец, приведем еще один случай, наглядно иллюстрирующий «чудесное исцеление» при двигательных расстройствах.

В клинику нервных болезней поступил больной с параличом нижних конечностей. Паралич у М. наступил при следующих обстоятельствах. Как-то 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 плохо плавал, то тоже стал захлебываться и тонуть. 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 потрясением у М. возник истерический паралич нижних конечностей, наступило «охранительное торможение» нервных клеток коры головного мозга и временное выключение функции двигательных центров головного мозга. При обследовании больного неврологически мы не обнаружили у него каких бы то ни было органических изменений в нервной системе. Выяснилось, что и в прошлом больной М. страдал различными функциональными расстройствами нервной системы типа истерии. Больному М. в категорической форме было заявлено, что сегодня он будет исцелен: «Сейчас вас отвезут в гипнотарий (кабинет, специально оборудованный для гипнотерапии), где вы будете погружены в лечебный сон и избавлены от вашего страдания». Больной недоверчиво посмотрел на врача, переглянувшись между собой и другие больные, присутствовавшие при этом разговоре. Пациент был доставлен на коляске в гипнотарий. Его переместили на кровать и врач, обратившись к санитарке, сказал уверенным тоном: «Коляску можете убрать! Обратно больной придет на собственных ногах!». Санитарка без тени сомнения исполнила требование врача.

Больной М. был быстро погружен в гипнотическое состояние (нужно еще раз подчеркнуть, что такие больные весьма легко вос-

примчивы к гипнозу), и ему было внушено, чтобы он встал с постели и последовал за врачом. Загипнотизированный поднялся с постели и поддерживаемый врачом пошел. Когда он оказался на середине гипнотария, врач внезапно разбудил его. Больной М. увидел себя стоящим на собственных ногах, никем не поддерживаемым. Никаких подпорок и костылей нет в его руках. Больной был поражен и обрадован.

Нужно заметить, что если бы у больного был органический паралич, обусловленный разрушением нервных центров в головном или спинномозгу, то и в гипнозе он был бы не в состоянии пользоваться своими конечностями. При функциональном же параличе это оказалось вполне возможным. Врач, подкрепляя достигнутые результаты, обратился к больному, пребывающему уже в бодрственном состоянии, со словами внушения: «Вот видите! Вы теперь совсем здоровы! Ноги вас слушаются... Идите теперь к себе в палату и порадуйте товарищей!». И вот М. сначала робко и неуверенно, а затем все более и более энергично пошел.

Чем не «чудесное исцеление»? Случись подобное излечение где-нибудь в церкви или монастыре под влиянием молитвы какого-либо представителя религиозного культа или «святого», о нем заговорили бы как о чуде. Но когда подобные быстрые излечения производит врач, никому и в голову не приходит считать их за чудеса.

И еще два примера.

На прием к врачу была доставлена больная С., у которой после сильного душевного потрясения возник функциональный истерический припадок: больная то громко плачет, то смеется, то выкрикивает бессвязные слова, бьется в судорогах, изгибается дугой, вырывается из рук санитаров. Увидя врача, начинает еще сильнее биться и квать по «лягушечьи». Врач быстро осматривает больную. Ее зрачки реагируют на свет. Все рефлексы повышенной живости. Отмечается исчезновение болевой, температурной и кожной чувствительности. Врач, разобравшись, что имеет дело с функциональным (истерическим) припадком, дает указание принести аппарат фарадического тока. Нанося неприятное электрическое раздражение на кожу больной, он заявляет: «Теперь оставьте ее в покое, пусть больная полежит и все пройдет!». Санитары укладывают больную на кушетку, она заметно успокаивается и затихает. Врач предлагает всем удалиться из комнаты, оставив лишь дежурную медицинскую сестру. Через час больная, совершенно оправившаяся, отпускается домой с сопровождающим. Нового рецидива не наступило.

В клинику была доставлена больная К., 28 лет, у которой после сильного нервного потрясения возникла слабость в левой руке и оказалась утраченной вся кожная (болевая и температурная) чувствительность. При неврологическом обследовании зрачки нормально реагируют на свет, правильной формы, равномерны. Сухожильные рефлексы не изменены. При исследовании же кожной (болевой и температурной) чувствительности слева на руке имеется полная анестезия (отсутствие) чувствительности, в то время как справа она полностью сохранена. Больная крайне впечатлительна, плаксива, на все реагирует. Встревожена и угнетена, мнительна. В разговоре высказывает

мнение, что соседка по квартире из недобрых побуждений на-лила ей в пищу какое-то вредное вещество, так как имеет симпатию к ее мужу.

Все попытки разубедить ее, что это невозможно, ни к чему не привели. Поставленные пробы выявили весьма сильную внушаемость и гипнабельность больной.

Решено применить гипноз. Внезапным «шоковым» воздействием — «Спать!» — больная погружена в глубокое гипнотическое состояние. В гипнотическом состоянии внушено, что ее кожная чувствительность полностью восстановлена. Здесь же при покалывании установлено, что кожная (болевая и температурная) чувствительность восстановилась. Внушено, что никакого «зелья» ей в пищу не влило, что ее мнительность исчезла, что у нее полностью прошла всякая тревога, что у нее хорошее, жизнерадостное настроение. После пробуждения исчезли все болезненные проявления. Больная радостно улыбается, настроение хорошее, чувствительность кожи восстановилась.

Здесь также, несомненно, мы имели дело с функциональным расстройством нервной системы типа истерии.

Интересно отметить, что в средние века многие больные истерией (их называли «одержимыми»), не чувствовавшие боли при втыкании в их кожу игл, подозревались в «верном признаке» сожительства с дьяволом. Не чувствительные к боли места на коже назывались «печатами дьявола». Человеку, не чувствующему боли, они не предвещали ничего хорошего. Медицинская наука твердо установила, что «печати дьявола» есть не что иное, как один из симптомов истерического невроза, при котором у больных выпадает кожная чувствительность. В средние века такие «печати дьявола» вели к тому, что несчастный больной осуждался «святой инквизицией» на смертную казнь в очистительном огне.

В гипнотарий явилась больная М., 30 лет, с жалобами на раздражительность, головную боль, слезливость, вспыльчивость и упорную бессонницу, которая держится уже пятый год. Основным симптомом, беспокоившим больную, являлась бессонница, которая не поддавалась снотворным, несмотря на прием их в большом количестве (2—3 таблетки на ночь). Заболевание возникло после того, как ей в течение нескольких ночей пришлось ухаживать за своей матерью, перенесшей тяжелое заболевание и подвергшейся оперативному вмешательству. В результате психотравмы возник тяжелый невроз и образовалась условнорефлекторная бессонница, принявшая упорный и затяжной характер.

Обычные методы лечения не давали эффекта и больная была направлена в гипнотарий. Больная оказалась хорошо внушаемой и

гипнабельной. После первого же сеанса она погрузилась в глубокое гипнотическое состояние третьей степени.

После первого сеанса гипнотерапии исчезли раздражительность и слезливость, после пятого — улучшился сон, исчезли головная боль и вспыльчивость. Курс гипносуггестивной терапии принес больной хороший сон с полным отказом от снотворных средств. Всего потребовалось 20 сеансов гипнотерапии, которые принесли полное освобождение от бессонницы. Результаты прослежены в течение 3 лет. Рецидива нет.

Следует сказать, что гипносуггестивная терапия оказалась весьма эффективна при бессоннице, по нашим наблюдениям, более чем у 70 больных, страдавших расстройствами сна различной формы. Более того, в ряде случаев мы записывали формулы гипнотического внушения с текстом лечебного внушения на магнитофонную ленту и даже на долгоиграющую грампластинку с тем, чтобы в будущем эти беседы могли быть использованы через много лет в случае рецидива заболевания. Практика показала, что магнитофонная пленка и пластинки с текстом оказались крайне результативны. Об этом свидетельствуют многочисленные письма больных.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ФОБИЙ И МНИТЕЛЬНОСТИ

В клинике гипнотерапевт чаще, чем это принято думать, встречается с больными, страдание которых возникло на почве мнительности и необоснованных страхов. Особенно часто нам приходилось сталкиваться с больными «канцерофобией», а также фобиями заболеваний сердечно-сосудистой системы («кардиофобией») и других органов. Под канцерофобией понимают необоснованный, неподтвержденный объективными данными страх заболеть раком, сопровождающийся многочисленными страданиями. При этом больной испытывает чувство тошноты и другие нарушения деятельности внутренних органов, которые обычно связывают с воображаемым раком. Под нашим наблюдением находилось свыше 20 таких больных «канцерофобией», которых удалось освободить от воображаемого и мучительного заболевания с помощью гипносуггестивной терапии.

Особенно часто канцерофобия возникала у наших больных в тех случаях, когда они находились в палате

по соседству с больными, страдающими раковым заболеванием. Страдания и гибель таких больных поражали воображение находящихся в палате. Как правило, у больных канцерофобией обычно обнаруживались проявления функционального расстройства нервной системы, а также черты тревожно мнительного характера. Эти больные с навязчивыми мыслями о воображаемом раке часто сами критически относились к своему «заболеванию», понимали недостаточную его обоснованность, но тем не менее никак не могли самостоятельно освободиться от страха воображаемого страдания.

В качестве иллюстрации приведем примеры из нашей практики.

Больная К., 30 лет, принята на амбулаторное лечение 13 января 1956 г. Ранее, 11 ноября 1955 г. была оперирована по поводу геморроидального расширения вен прямой кишки, вызывавшего обильное кровотечение. Операция, проведенная в одной из клиник Ленинграда, прошла успешно, но в соседней палате находилась больная, действительно страдавшая раком прямой кишки, которая вскоре скончалась. Больная К. видела страдания раковой больной и присутствовала при ее смерти. После этого она заболела канцерофобией в тяжелой форме. Несмотря на уверения хирурга, что у больной был всего лишь геморрой, что рака у нее нет, К. врачу не верила, говорила: «Вы меня обманываете, я чувствую, что у меня рак, я знаю, что обречена!» Больная непрерывно плакала, прощалась с родственниками, отдала распоряжения, где и как ее похоронить и т. д. Похудела на 4 килограмма, так как плохо ела, перестала спать, извела себя и мужа. В результате была направлена на гипносуггестивную терапию. В процессе лечения постепенно навязчивые мысли начали бледнеть, стала спокойнее, налажился сон, улучшился аппетит, прибавила в весе (5 килограммов за один месяц). К концу курса гипнотерапии больная полностью освободилась от канцерофобии. Курс лечения длился в течение 30 сеансов гипнотерапии. «Вспоминаю о своей болезни, как о сне, кошмарном и тяжелом», — заявляет больная. Отдаленные результаты лечения прослежены в течение 2 лет. Состояние хорошее. К. успешно работает.

Больная Р., 22 лет, работница. Поступила на амбулаторное лечение при клинике госпитальной терапии 5 ноября 1955 г. Больная очень обидчива, эмоционально неустойчива, мнительна. Всегда боялась заражения, по 8—10 раз в день мыла руки. Незадолго до заболевания канцерофобией перенесла тяжелую психическую травму — смерть матери. Она долго ухаживала за матерью, у которой был рак желудка, видела ее страдания. Через некоторое время после смерти матери Р. стала замечать симптомы, похожие на те, которые она наблюдала у матери: исчез аппетит, за короткое время похудела на 8 килограммов, расстроился сон, появились и другие симптомы. Больная во время болезни матери читала много медицинских книг и учебников. Критика к своему состоянию была сохранена. Больная обратилась к врачу в поликлинику. Выслушав и осмотрев ее, врач успокоил, заявив, что она физически (соматически) здорова, но ну-

ждается в лечении у невропатолога. Однако успокоение врача на больную не подействовало и она в удрученном состоянии явилась к невропатологу. В свою очередь, все рекомендации врача-невропатолога на больную не подействовали и по его направлению она пришла к нам для лечения гипносуггестивной терапией. До этого больная получала различные лекарственные препараты, но они на нее не оказывали должного воздействия.

Было проведено 25 сеансов гипнотерапии. Постепенно исчез страх, появился аппетит, исчезли все другие симптомы, которые она «подсмотрела» у своей матери. Настроение стало устойчиво бодрым. Отдаленные результаты прослежены в течение полутора лет. Состояние хорошее.

Наряду с канцерофобией, нам приходилось проводить гипносуггестивную терапию лиц, у которых по тем или иным причинам возникал страх за свою сердечно-сосудистую систему. Обычно это были люди, у которых при лабораторных исследованиях и данных электрокардиографии никаких органических заболеваний сердца не отмечалось.

Тем не менее эти чрезмерно впечатлительные люди непрестанно фиксировали внимание на работе сердца, они часто проверяли пульс и давление, большую часть свободного времени проводили в постели, с осторожностью передвигались, не поднимали тяжести и т. д. В конце концов под влиянием болезненного самовнушения возникали функциональные нарушения деятельности сердца, появлялся аритмичный пульс, стали возникать боли в области сердца, замирания и т. д.

В нашем кабинете гипнотерапии лечилось свыше 20 таких больных. У многих из них впервые страх за состояние сердечной деятельности возникал после того, как на их глазах погибал от заболевания сердца кто-либо из близких или друзей.

Больной Н., 44 лет, инженер. Поступил на лечение в клинику с 6 февраля 1956 г. Диагноз заболевания: язвенная болезнь желудка. До поступления в больницу никогда не предъявлял жалоб на деятельность сердца. Кровяное давление было в пределах 130/80 мм рт. ст. Электрокардиограмма без отклонений от нормы. В той же палате находился больной К., 79 лет, страдавший стенокардией и в прошлом перенесший инфаркт миокарда. Больной Н. в течение длительного срока наблюдал за соседом и дружил с ним. В свою очередь, сосед охотно делился своими ощущениями и симптомами с Н. Внезапно в состоянии больного К.

наступило ухудшение и однажды ночью у него развился повторный инфаркт миокарда, от которого он и погиб. Это событие необычайно действовало на психику Н., он начал прислушиваться к деятельности своего сердца. Симптомы заболевания желудка отошли на задний план и стали превалировать жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Через некоторое время у больного Н. возникли боли в области сердца приступообразного характера, появились замирания и перебои, резко ухудшилось настроение, появились мысли о смерти, тревога, страх, возникло беспокойство, слезливость и т. д. Все попытки лечащего врача как-то успокоить больного успеха не имели. Лекарственная терапия была не эффективна. Лечащим врачом больной был направлен на гипносуггестивную терапию, которая и была нами проведена. Больной оказался хорошо внушаем. С первого же сеанса впал в глубокий гипноз (третья степень глубины). После первых 3 сеансов в состоянии больного наступило заметное улучшение, исчезли боли и страх за жизнь. После 5-го сеанса наладился сон, исчезли перебои в области сердца и замирания. После 10-го сеанса полностью избавился от тревоги и беспокойства, исчезла слезливость. Всего за курс лечения было проведено 15 сеансов гипнотерапии, после чего наступило резкое улучшение в состоянии больного. Все болезненные явления со стороны сердца исчезли. Наблюдение за больным продолжалось в течение года после выписки. Рецидива не наступило.

С этой категорией больных мы проводили не только гипносуггестивную терапию, но и рациональную терапию в бодрственном состоянии в виде разъяснения и переубеждения.

Главным во взаимоотношениях врача-гипнотерапевта и больного нужно считать доверие, которое врач должен завоевать у пациента. Что касается вида психотерапии, который в каждом отдельном случае выбирает гипнотерапевт, то это зависит от индивидуальности больного и типа высшей нервной деятельности пациента.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Очень большой научный материал, полученный физиологами и врачами-клиницистами при изучении деятельности нервной системы в норме и при болезненных состояниях, позволил понять сущность многих заболеваний внутренних органов и показать пути, по которым должно пойти их правильное лечение.

Было изучено значение нарушений высшей нервной деятельности в развитии ряда заболеваний, таких

как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стенокардия, не говоря уже о функциональных расстройствах нервной системы с преимущественными нарушениями со стороны внутренних органов, так называемых «неврозов внутренних органов».

Врачам-психотерапевтам известно, что длительные функциональные нарушения в деятельности различных органов могут в конце концов при определенных условиях перейти в необратимые органические заболевания.

Это и определяет необходимость своевременного включения в терапию гипноза как метода, с помощью которого можно регулировать функции самых различных внутренних органов.

Важно при этом, чтобы гипнотерапевтическое влияние начиналось тогда, когда функциональные (обратимые) сдвиги в деятельности внутренних органов еще не закрепились прочно и не превратились в органические (необратимые) изменения.

Нужно помнить также, что совпадение болезненных раздражителей с различными другими индифферентными (непатогенными) раздражителями может привести к образованию и закреплению патологических условных рефлексов. Среди мощного арсенала средств психотерапии, по нашим наблюдениям, особенно эффективны главные методы — гипноз и внушение, которые дают особенно хорошие результаты в клинике внутренних болезней. Однако мы являемся сторонниками и других методов и широко сочетаем гипнотерапию с лечением различными лекарственными средствами.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Среди заболеваний, в механизме возникновения которых нервная система занимает важное место, является бронхиальная астма. Это заболевание проявляется внезапно наступающими приступами удушья, которые длятся минуты, часы, а иногда и дни.

Еще в 1863 г. А. Родосский представлял бронхиальную астму как заболевание целостного организма и придавал в возникновении приступов удушья важное

значение психическим переживаниям и отрицательным эмоциям. Он писал: «Моральные потрясения — гнев, испуг, оскорбленное самолюбие, неудовлетворенные страсти, усиленные напряжения — легко вызывают астматические припадки». Это чаще возникает, если уже имеется предрасположение в виде инфекции, интоксикации или аллергии.

В нашей клинике уже было давно замечено, что на почве безусловных рефлексов легко могут образоваться различные рефлексы, даже тогда, когда токсико-инфекционный очаг в легких уже ликвидирован, а приступы тем не менее продолжают продолжаться. В качестве примера того, что условнорефлекторный механизм играет большую роль в проявлении приступов бронхиальной астмы, можно привести следующее. Известен случай, когда у женщины возникали приступы бронхиальной астмы от запаха роз. Однажды этой женщине был показан букет бумажных роз, и у нее развился приступ астмы!

В другом случае человеку, работающему конюхом, пришлось бросить работу на ипподроме из-за того, что он не мог переносить запаха лошадиного пота. Однажды в кино он увидел кадры кинофильма, где была показана конюшня и лошади. Ему пришлось покинуть кинозал, так как у него развился приступ удушья (приступ бронхиальной астмы). Таких случаев можно было бы привести множество.

С другой стороны, имеют место формы бронхиальной астмы, где ведущим является инфекция дыхательных путей. Естественно, при наличии инфекции гипноз будет бесполезен, в то время как при условнорефлекторном механизме приступов бронхиальной астмы эффект может быть поразительный.

Больная Х., 62 лет, поступила в клинику с диагнозом: бронхиальная астма. Заболела в 1943 г. Первый приступ бронхиальной астмы возник в момент чтения письма, где сообщалось о гибели ее сестры с мужем и ребенком, расстрелянных оккупантами. Приступы начали повторяться по 2—3 раза в ночь в строго определенное время. Больная просыпалась от удушья и принуждена была принимать вынужденное положение с упором на руки. Учащению приступов способствовали и новые психические травмы (сообщение о гибели мужа на фронте), и сложные жизненные ситуации (возвращение мужа, считавшегося погибшим). Медикаментозная терапия была безрезультатной.

В 1943 г. начата гипносуггестивная терапия, на которую больная была направлена лечащим врачом. После 18-го сеанса гипнотерапии астматические приступы прекратились и бесприступный промежуток длился в течение 5 лет.

В 1948 г. в связи с новыми личными переживаниями вновь начала страдать приступами бронхиальной астмы. Вскоре последовала еще и тяжелая психическая травма, после которой приступы стали возникать как днем, так и ночью по 6—9 раз в сутки. Вся экстренная медикаментозная терапия эффекта не давала.

С 20 октября 1951 г. ввиду полной неэффективности лечебной терапии была направлена к нам на гипносуггестивную терапию. Уже после 5-го сеанса отмечено полное исчезновение приступов удушья. Всего проведено 28 сеансов гипнотерапии. Хорошее состояние прослежено в течение 2 лет и 3 месяцев. Приступов бронхиальной астмы нет.

Из приведенной истории болезни отчетливо видны как значение психической травмы, так и успех гипносуггестивной терапии, которая в данном случае, в отличие от медикаментозной терапии, дважды оказала стойкий положительный эффект.

В качестве примера приведем еще одну иллюстрацию, из которой также отчетливо виден нейрогенный механизм (значение психической травмы) в возникновении приступов бронхиальной астмы.

Больная Л., 61 года, поступила на лечение с диагнозом: бронхиальная астма. Заболела в 1946 г. Незадолго до заболевания была перенесена тяжелая психическая травма (дочь неудачно вышла замуж, в этот же месяц сын в результате ранения ослеп на оба глаза и потерял руку). Первый астматический приступ возник в момент ссоры дочери с мужем. В дальнейшем приступы удушья участились и стали возникать по 10—12 раз в сутки (между приступами держалось астматическое состояние). Позднее больная отметила, что приступы стали возникать, когда дочь приготавливала пищу или пересобирала вещи, засыпанные нафталином. Вскоре астматическое состояние стало возникать при одном запахе нафталина или запахе пищи, позднее и от других запахов (керосин, цветы и пр.).

2 марта 1952 г. по просьбе лечащего врача начата гипносуггестивная терапия ввиду того, что обычная терапия эффекта не давала. С помощью гипнотерапии удалось не только прекратить приступы удушья бронхиальной астмы, но и устранить отрицательное влияние на больную перемен погоды и различных запахов. Отмечена прибавка в весе на 4 килограмма. Больная вернулась к работе. Результат прослежен в течение 2 лет и 4 месяцев.

При анализе этой истории болезни также заметна роль психической травмы (как разрешающего фактора), вызвавшей первый приступ бронхиальной астмы.

В дальнейшем в механизме повторных приступов присоединяется условнорефлекторный фактор. Отчетливо видны преимущества в данном случае гипнотерапии перед другими методами лечения.

Следует отметить, что во всех случаях (200 больных) успешного лечения гипносуггестивной терапией больных бронхиальной астмой отчетливо выступают положительные сдвиги во всех лабораторно-инструментальных данных (кровь, мокрота, рентгеноскопия легких и проч.), которые наступили у больных под влиянием лечения гипнозом.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Большинство советских ученых справедливо считает, что гипертоническая болезнь относится к числу заболеваний, в основе которых лежит «срыв» высшей нервной деятельности. Установлено большое влияние психического фактора на сердечно-сосудистую систему. Хорошо известно, что испуг, боль, гнев и другие отрицательные воздействия немедленно ведут к повышению кровяного давления, а в дальнейшем при определенных условиях и к гипертонической болезни.

Наблюдения, проведенные во время войн, а также при сильных потрясениях в мирное время, показали, что кровяное давление может сильно повышаться как непосредственно после переживаний, так и спустя некоторое время.

В 1951 г. группа врачей во время большого наводнения на реке Амур наблюдала в связи с разливом реки следующий факт: массовое измерение кровяного давления у населения (в том числе и у школьников) показало наличие резкого повышения его у всех жителей затопленного берега. Среди населения другого, более высокого и потому не затопленного берега, кровяное давление оставалось почти не измененным.

Оно поднялось лишь у тех лиц, чьи родственники были на низком берегу и о судьбе которых они беспокоились.

О роли психической травмы как причине гипертонической болезни свидетельствует такой факт из наблюдений ашхабадских врачей во время землетрясения: измерение кровяного давления показало, что у большого

числа людей оно повышено. Это наблюдение еще раз подчеркивает значение психики в развитии гипертонической болезни.

Гипносуггестивную терапию гипертонической болезни мы начали применять в 1952 г. Со значительным эффектом было проведено лечение гипертонической болезни у более чем 200 больных.

Больная Д., 58 лет, служащая. Поступила в клинику с диагнозом: гипертоническая болезнь. Впервые повышение кровяного давления было выявлено в 1925 г. Заболевание свое больная связывает с целым рядом нервных переживаний и отрицательных эмоций (развод с мужем, смерть ребенка, автомобильная катастрофа и гибель родной сестры). Появились головокружение, пульсация в висках, тошнота. У больной стала возникать головная боль в затылочной области. К тому же периоду относятся раздражительность, слезливость, сердцебиения, боли в области сердца. При измерении в поликлинике кровяное давление оказалось равным 240/110 мм рт. ст. Обычные медикаментозные средства при лечении оказались мало эффективными. Кровяное давление не снижалось ниже 230/110 мм рт. ст.

Все жалобы больной и симптомы болезни продолжали держаться. 25 февраля 1954 г. больная была направлена лечащим врачом на гипносуггестивную терапию. Она оказалась хорошо гипнабельной (т. е. восприимчивой к гипнозу). Проведено 20 сеансов гипнотерапии. После 5-го сеанса кровяное давление снизилось до 200/95, после 15-го до 160/90 мм рт. ст. и продолжало стойко удерживаться на этих цифрах. Наряду со стойким снижением артериального давления, улучшилось общее самочувствие. Исчезли головокружение, тошнота, головные боли в затылочной области и боли в области сердца. Кровяное давление стойко удерживается на цифрах 150/80 мм рт. ст. Больная стала работать. Состояние остается удовлетворительным. Рецидива заболевания нет в течение 2 лет.

Таким образом, гипнотерапия оказалась весьма эффективной и в лечении гипертонической болезни.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Язвенная болезнь, описанная примерно 125—130 лет назад, продолжает привлекать внимание врачей. Как свидетельствует название, при этом заболевании возникает язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Влияние психических переживаний на деятельность желудка и кишечника общеизвестно. В своих классических исследованиях на собаках И. П. Павлов доказал это весьма наглядно, например, следующим опытом.

Перед собакой стоит миска с едой, у животного из выведенной из желудка трубки обильно течет слюна и желудочный сок. Но вот собаке показали кошку, и что же? У собаки немедленно и полностью прекращается отделение слюны и желудочного сока. Вид кошки, этого извечного врага собаки, полностью тормозит выделение соков. В лабораториях Г. М. Быкова были получены важные данные на собаках, указывающие, что при «столкновении» пищевого и оборонительного рефлексов у некоторых животных сначала возникали функциональные расстройства секреторной деятельности желудка, а через 1—2 месяца появлялись и органические (необратимые) повреждения стенок желудка в виде хронических, долго не заживающих, не рубцующихся язв. Эти нарушения носят стойкий и хронический характер, несмотря на то, что причина заболевания действовала короткое время и носила, как правило, характер «срыва нервной системы». Только успокоение, нормализация высшей нервной деятельности подопытных животных приводили к восстановлению нарушений функций желудка и других органов.

У человека, как показали соответствующие исследования, к таким болезненным явлениям чаще всего ведет сильное отрицательное эмоциональное возбуждение, превышающее пределы работоспособности нервных клеток коры головного мозга, ослабленных предыдущими нервно-психическими переживаниями. Было показано также, что сильные психические травмы и отрицательные эмоции резко усиливают концентрацию желудочного сока и снижают сопротивляемость слизистой оболочки желудка, что, в конце концов, приводит к возникновению язвы на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

В нашу задачу не входило в полной мере описывать сложный процесс возникновения язвенной болезни, мы лишь пытались в самых общих чертах показать огромную роль и значение психического фактора в возникновении этого заболевания, с чем согласно в настоящее время большинство советских и зарубежных ученых.

При рентгеновских и других лабораторно-инструментальных исследованиях наших больных, леченных гипнозом, мы сотни раз убеждались воочию в огромном значении психики. Например, достаточно было внушить

больному, что он голоден, как желудок резко сокращался и подтягивался вверх. При этом кровь, взятая из пальца для анализа, становилась «голодной» (лейкопения). Наоборот, при внушении, что больной очень сыт, наелся досыта, мы видели, как желудок растягивался, опускался вниз, словно «набитый пищей». Кровь, взятая при этом из пальца для анализа, становилась «сытой» (пищеварительный лейкоцитоз). При внушении испытуемому, что он нервничает, проводя свой первый урок группе учеников, можно было увидеть, как сильно сокращается его желудок, словно «волнуясь» вместе с молодым учителем.

Мы применили гипносуггестивную терапию свыше чем у 100 больных язвенной болезнью. Для лечения отбирались лишь лица, у которых ведущей причиной в истории заболевания отчетливо выступали нервно-психические травмы.

Больной К., 45 лет, служащий. Болен язвенной болезнью с 1945 г., когда впервые появились боли в подложечной области, рвоты, изжоги. Заболеванию предшествовала упорная бессонница, возникшая на фоне неприятностей по службе и в семейной жизни.

Имели место частые ссоры с женой (ссоры происходили, как правило, за обедом, так как в другое время дома не бывал — много работал). Все лабораторные и рентгенологические данные подтверждали наличие язвы желудка. Дважды лежал в больницах в связи с обострением, которое возникало, как правило, после сильных психических травм (смерть родного брата, конфликтная ситуация на работе). 2 октября 1952 г. явился на амбулаторное лечение в связи с упорными болями в подложечной области, рвотами и бессонницей. Исследование подтвердило новое обострение язвенной болезни.

Начат курс гипносуггестивной терапии. После 5-го сеанса гипнотерапии исчезли боли в подложечной области, после 7-го — прекратились тошнота и рвота, после 15-го — резко улучшились лабораторно-инструментальные данные, прибавил в весе 3,5 кг. Улучшился аппетит, исчезли расстройства стула. В то же время значительно наладились сон, настроение, общее самочувствие. Всего было проведено 20 сеансов гипнотерапии. Наблюдение за больным продолжалось в течение 3 лет и 2 месяцев. Состояние хорошее, рецидива заболевания нет.

Особенно нагляден следующий случай, где психическая травма выступает особенно ярко.

Больная Н., 32 лет, работница. Явилась в поликлинику с жалобами на сильные боли в подложечной области, тошноту, рвоту, сильные изжоги. Заболела в 1955 г. Заболевание началось остро, после ссоры с мужем, когда тот приревновал ее к соседу и пытался нанести ей удар ножом, будучи в нетрезвом состоянии. Женщина очень

испугалась, так как попытка убить ее была достаточно серьезна. Буквально через две недели после этого события появилась изжога, рвота, сильные боли. Дважды, весной и осенью, возникали обострения язвенной болезни, которая была диагностирована после описанных событий в 1955 г. Диагноз язвенной болезни был подтвержден в том же году лабораторно-инструментальными данными. Больная стала очень нервной, плохо спала, исчез аппетит, за 2 месяца потеряла на 5 кг.

По просьбе участкового врача начата гипносуггестивная терапия, так как обычная медикаментозная оказалась неэффективной. Больная была подвергнута гипнотизации впервые в 1958 г. В гипнозе внушалось, что все бывшие переживания забываются, что отныне все тревоги и заботы отходят в сторону. Ничто из волнений не принимается близко к сердцу. Внушается хороший аппетит, исчезновение изжоги, прекращение болей в подложечной области и тошноты с рвотой. После 5-го сеанса у больной наладился сон и исчезли боли в области желудка, после 7-го — исчезла изжога и появился хороший аппетит, после 10-го — отмечена прибавка в весе на 1,5 кг. При рентгеновском обследовании обнаружено исчезновение язвы. Улучшились показатели желудочного содержимого (снизилась высокая кислотность). Всего проведено 20 сеансов гипнотерапии.

После проведенного лечения прибавила в весе 3 кг. Общее самочувствие больной улучшилось. Наблюдение велось в течение 3 лет. Рецидива нет. За все 3 года обострений язвенной болезни не было.

История болезни отчетливо выявляет начало заболевания после психической травмы в связи с ссорой с мужем. Таких случаев, где чувство страха являлось основной причиной возникновения язвенной болезни, нами наблюдалось много.

Приведенные наблюдения показывают, что гипноз и внушение благотворно влияют на течение язвенной болезни, а в некоторых случаях способствуют и стойкому излечению от этого заболевания.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОКАРДИИ

Стенокардией называется заболевание, проявляющееся спазмом кровеносных сосудов сердца и проявлением болей в левой половине грудной клетки, часто отдающих в левую руку и лопатку.

Из основных причин, которые, по мнению многих ученых, ведут к заболеванию стенокардией, главнейшими считаются нервно-психические травмы и перенапряжения. Это могут быть как острые психические потрясения, так и длительно действующие отрицательные эмоции. Неврогенный механизм спазма сосудов

в настоящее время не вызывает сомнений. Подтверждением этого может служить внезапное возникновение приступа и столь же быстрое прекращение его в зависимости от волнений и тревог. По нашему мнению, атеросклероз (уплотнение) сердечных сосудов как причину стенокардии можно поставить лишь на второе место. Известны многочисленные случаи, когда стенокардия возникала у молодых людей, которые еще не страдали атеросклерозом сердечных сосудов. С другой стороны, известны многочисленные факты, когда, несмотря на пожилой возраст и выраженный атеросклероз сердечных артерий (а иногда и мозговых), никаких болевых приступов стенокардии у этих больных не было.

Наконец, описаны факты, когда у куривших молодых людей возникали типичные приступы стенокардии («никотиновая стенокардия»), которые исчезали немедленно, как только эти молодые люди прекращали курение. Учитывая сосудосуживающее действие никотина, появление стенокардических болей у этих молодых людей можно объяснить спазмом сердечных артерий.

Приведем несколько примеров.

Больная С., 35 лет, служащая. Заболела остро, после того, как в палате (где она лежала по поводу заболевания легких) внезапно скончалась другая больная из-за сердечно-сосудистого заболевания. В дальнейшем у нашей больной приступы стенокардии стали возникать остро. В прошлом больная С. заболеванием сердца не страдала. Все результаты лабораторно-инструментальных исследований были нормальными. Стенокардитический спазм стал возникать в строго определенное время и сопровождался всеми типичными для стенокардии симптомами с отдачей болей в руку и лопатку, как она наблюдала у больной, погибшей при ней. Никаких данных за проявление атеросклероза у нашей больной не было. Обычные виды медикаментозной терапии успеха не давали, и больная была направлена к нам в гипнотарий.

Больная С. оказалась достаточно внушаемой и гипнабельной. После 3-го сеанса гипнотерапии удалось изменить время наступления приступа. Сеанс гипносуггестивной терапии был приурочен именно на то время, когда обычно возникали приступы стенокардии. В дальнейшем давалось прямое внушение в гипнозе: «Ваши приступы болей в области сердца полностью прекращаются!». Затем внушением были сняты все симптомы отдачи болей в левую руку и лопатку. И, наконец, было снято чувство «страха смерти». В дальнейшем гипносуггестивная терапия была направлена на устранение расстройства сна, тревоги, раздражительности и слезливости. Всего было проведено 10 сеансов гипнотерапии. Наблюдение продолжалось за больной в течение 2 лет. Рецидива заболевания не наблюдалось. Больная вернулась к труду.

Приведем еще один пример.

Больной П., 40 лет, рабочий. Заболел остро, без видимой причины. Заболевания сердца не замечал. Как выяснилось при детальном расспросе, заболевание началось после психотравмы — смерти любимой матери. Заболевания началось именно в день «поминок» 25 октября 1965 г. Явился на прием в поликлинику с жалобами на сильные приступообразные боли в области левой половины грудной клетки с отдачей болей в левую руку и лопатку. Боль снималась валидолом, усиливалась при волнении. Вскоре после конфликта с родной сестрой был помещен в стационар. Важно отметить, что приступы стенокардии возникали при виде родной сестры, которая навещала его, узнав о болезни и желая примирения. Примирение наступило, но появление в палате сестры больного неизменно вызывало приступы стенокардии, которые удавалось снять либо нитроглицерином, либо уходом сестры больного из палаты. Лабораторно-инструментальные данные и электрокардиограмма оснований для постановки диагноза атеросклероза не давали. В связи с тем, что медикаментозная терапия успеха не имела, был направлен на гипноуггестивную терапию. Всего было проведено 15 сеансов гипнотерапии. Больной оказался хорошо восприимчивым к гипнозу. После 5-го сеанса гипнотерапии боли в области левой половины грудной клетки резко уменьшились, исчез их приступообразный характер, после 10-го — удалось ликвидировать условнорефлекторную связь между приступами и приходом сестры больного, после 15-го — приступы стенокардии полностью исчезли, в том числе и страх перед ними. Хорошее состояние прослежено нами в течение 3 лет. Рецидива заболевания не наблюдалось.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТОВ

Хроническим холециститом называют длительно продолжающееся воспаление желчного пузыря, часто сопровождаемое спазмом (дискинезией) желчных путей.

Еще С. П. Боткин говорил о возможности так называемой «эмоциональной желтухи», которая может возникать вслед за психическими травмами и сильными переживаниями. Он считал также вполне возможным возникновение желчнокаменной болезни после ряда нервных потрясений.

Эти факты, на которые указывали известные клиницисты получают в настоящее время новое толкование в свете учения о взаимосвязях коры головного мозга и внутренних органов. Это, в частности, относится к деятельности желчного пузыря и желчных протоков. Научные сотрудники провели ряд исследований на лицах, находившихся в гипнотическом состоянии, которым де-

лалось внушение о приеме жирной пищи. Известно, что именно жирная пища вызывает спазм желчного пузыря и вытекание желчи в кишечник, где и происходит расщепление жира желчью и другими составными частями кишечного сока. Больным, которым было назначено рентгенологическое исследование, мы попутно делали внушение, что они едят много вкусной и жирной пищи. При этом отмечалось резкое изменение формы и положения желчного пузыря и его опорожнение,

Было также доказано возникновение длительного спазма желчного пузыря под влиянием внушения отрицательных эмоций в гипнотическом состоянии, в то время как положительные эмоции не оказали отрицательного действия. Результаты исследований дали основание предполагать, что спазм желчного пузыря и возникновение в связи с ним болевых ощущений, а также застой желчи являются первичной причиной заболевания, а присоединившаяся инфекция — вторичным осложнением, вызывающим нарастание болезненных явлений и обострение болезни. Установлен факт, что длительный спазм желчного пузыря, застой в нем желчи могут способствовать возникновению желчно-каменной болезни.

Дискинезии желчных путей представляют как бы раннюю функциональную стадию желчнокаменной болезни и некоторых форм холецистита, как бы частный случай общего невроза. Поэтому они часто сочетаются с другими нейрогенными болезненными состояниями.

Нас интересовал вопрос: можно ли стимулировать выделение желчи и вызвать длительный спазм желчного пузыря путем словесного гипноза. Для этого 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, произведенные через 20—30 минут после этих внушений, показали, что последние влияли как на функцию и форму желчного пузыря так и на его положение. Внушение отрицательных эмоций влияло на желчный пузырь и его сфинктеры, вызывая их спазм и застой желчи.

Эти исследования могут служить прямым доказательством влияния психических воздействий и травм на возникновение спазма желчного пузыря и желчных протоков с последующим застоем желчи, что создает благоприятные условия для развития инфекции в желчном пузыре и образования песка и камней в них.

С другой стороны, длительный спазм желчного пузыря ведет к возникновению болевого приступа. Мы полагаем, что в механизме холециститов немаловажную роль и притом прямую играют психические травмы и переживания. Изложенное дало нам повод применить гипнотерапию и при этих заболеваниях. Из 20 больных у 20 мы получили хорошие результаты.

В качестве иллюстрации приведем выписку из историй болезни.

Больная Б., 46 лет, служащая. Поступила в клинику 5 октября 1954 г. с диагнозом: хронический холецистит. При поступлении предъявляла жалобы на боли в эпигастральной области справа, тошноту, рвоту, чувство сухости, горечи во рту, плохой аппетит.

Боли в подложечной области справа 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 2 часа внезапно проснулась от сильного приступа болей в правом подреберье и тошноты. Очень испугалась этих новых для нее ощущений, так как дома больше никого не было. Вскоре началась рвота, сначала пищей, а потом желчью. Услышав стоны, пришла соседка, которая вызвала неотложную помощь. В дальнейшем больная была госпитализирована, в клинике диагноз хронического холецистита подтвердился. Длительно и упорно лечилась обычными методами, но без эффекта.

15 сеансов гипнотерапии оказали хорошее лечебное действие. В дальнейшем хорошее состояние длилось в течение 2 лет. Рецидива заболевания нет.

Больная З., 53 лет, рабочая. Поступила в клинику 5 февраля 1955 г. с жалобами на тупые боли в правом подреберье, связанные с приемом жирной пищи и волнениями. Диагноз поликлиники — хронический холецистит — полностью подтвердился. Заболеванию предшествовала психическая травма, связанная с аварией и сильным испугом. Ввиду безуспешности обычного медикаментозного лечения была направлена на гипнотерапию. После 5-го сеанса гипнотерапии прекратились боли в подреберье, исчезла рвота, после 8-го — исчезли тошнота и горечь во рту, наладился сон, улучшились аппетит и настроение. При лабораторно-инструментальном обследовании выявилось улучшение и нормализация всех показателей. Всего на курс лечения потребовалось 20 сеансов гипнотерапии.

Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты прослежены в течение полутора лет. Состояние остается хорошим. Рецидива заболевания нет.

Таким образом, и при этом заболевании гипноз и внушение приводят к хорошему лечебному эффекту в тех случаях, когда имеются четкие показания к их применению.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Еще более столетия тому назад наиболее выдающиеся представители медицинской науки относили целый ряд заболеваний внутренних органов к разряду «расстройств нервной системы». Так, например, Фернел уже в 1860 г. расценивал некоторые виды печеночной колики как «нервные расстройства». А с введением Кулленом термина «невроз» многие врачи все чаще стали связывать заболевание внутренних органов с состоянием нервной системы и психики больного, с его темпераментом и т. д.

Успехи, достигнутые наукой в конце XIX столетия в области изучения анатомии и физиологии, неврологии и эндокринологии, позволили теоретически обосновать возникновение неврозов внутренних органов.

Особенно плодотворными были работы русских ученых И. М. Сеченова, С. П. Боткина, В. М. Бехтерева и И. П. Павлова, построивших новую прогрессивную нейрогенную теорию медицины. На конкретных примерах известный терапевт С. П. Боткин показал, что изменения функции сердца часто не идут параллельно с анатомическими изменениями, а в большей степени зависят от центральной нервной системы. Он не рекомендовал

смотреть на мышцу сердца только в «анатомические очки», так как его деятельность находится под влиянием сложного нервного аппарата, заложенного как в самом сердце, так и вне его.

В нашей стране ряд крупных ученых и клиницистов категорически высказываются за возможность психогенного происхождения некоторых расстройств внутренних органов («неврозов внутренних органов»).

Всем хорошо известны факты, когда под влиянием того или иного душевного потрясения у человека начинает учащаться деятельность сердца или, наоборот, возникает чувство замирания его. Известно, что под влиянием психической травмы могут развиваться также расстройства функции желудочно-кишечного тракта («медвежья болезнь»). Таким образом, врач вправе думать о функциональном страдании органа, обусловленном целиком или главным образом факторами психогенного характера.

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

Физиологическими исследованиями на человеке и экспериментами на животных доказано, что изменения высшей нервной деятельности могут коренным образом влиять на функцию внутренних органов. Поэтому нет ничего удивительного в том, что при расстройствах нервной системы мы нередко встречаемся с болезненными изменениями в деятельности последних, иногда имитирующих органическое заболевание, а при проверке оказывающихся всего лишь функциональным расстройством деятельности внутренних органов.

Нам рассказывали об одном больном, 38 лет, страдавшем резкими постоянными болями в области нисходящей части ободочной кишки. Во время пищеварения эти боли резко усиливались. Больной настойчиво добивался того, чтобы его оперировали. Согласившийся оперировать хирург не обнаружил, однако, в брюшной полости абсолютно никаких отклонений от нормы. Но, чтобы не огорчать больного, ему сообщили, что у него удалили обнаруженное «удлинение кишечной петли».

Боли после этого у больного исчезли и рецидива заболевания не наступило.

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

Наукой установлено, что характер эмоций в значительной степени отражается на так называемых вегетативных реакциях и на функции внутренних органов. Довольство, радость, удовлетворенность в различных жизненных проявлениях не способствуют развитию неврозов вообще и «неврозов внутренних органов» в частности. От счастья «сердце бьется медленно и спокойно», «на сердце легко», сосуды расширены, лицо покрасневшее и горячее, зрачки сужены, блестят. Сон у довольных людей спокойный, глубокий, сновидения отсутствуют или носят приятный характер; пищеварение обычно хорошее; дыхание спокойное и глубокое, настроение приподнятое.

Совершенно другое состояние возникает при наличии эмоций тягостных, отрицательно окрашенных. Именно эти отрицательные эмоции, как считает большинство ученых, являются ведущими в психогенезе (причине) неврозов.

У больных неврозом нет органических поражений тех или иных органов, и тем не менее у них может наблюдаться то учащение, то урежение пульса, повышение возбудимости сосудистых реакций, запоры или поносы, упорная бессонница и т. д. Врач — специалист по заболеванию внутренних органов — объясняет все эти явления функциональным расстройством нервной системы.

При решении вопроса, почему в результате психической травмы не все люди заболевают неврозами, необходимо учитывать не только характер психической травмы и ее интенсивность, но и главным образом тип и состояние высшей нервной деятельности данного больного. Одна и та же психическая травма будет по-разному воспринята различными людьми в зависимости от особенностей их высшей нервной деятельности.

Понятно, что для того, чтобы наступил «срыв» высшей нервной деятельности, т. е. невроз, совершенно не нужно таких «сверхсильных» раздражителей, как наводнение или землетрясение, военные действия или катастрофа и т. д. Потеря близкого и любимого человека, страх за свое здоровье, подкрепленный неосторожным замечанием знакомого, и другие подобные моменты у людей слабого или ослабленного типа высшей нервной деятельности могут повести к нарушениям и «срывам» нервной системы.

В психотерапевтической работе, проводимой в клинике внутренних болезней, мы повседневно сталкивались с больными, у которых наблюдалось нарушение деятельности внутренних органов и систем, возникающее на фоне функциональных расстройств нервной системы, протекавших по типу истерии, неврастения, психастении.

Всего с 1951 по 1971 г. психотерапевтический кабинет («гипнотарий») обслужил свыше тысячи больных с расстройством высшей нервной деятельности и с преимущественными нарушениями со стороны функций внутренних органов («неврозы внутренних органов»).

Приведем два примера.

Больной М., 16 лет, ученик школы. Поступил в клинику 13 марта 1965 г. по поводу значительного похудения из-за частых рвот после приема пищи. Диагноз: функциональное расстройство нервной системы (неврастения). Спазм пищевода. При поступлении больной предъявлял жалобы на затруднение прохождения пищи по пищеводу (особенно твердой, жидкая проходит лучше). Тошнота и рвота сразу же после еды. У больного впечатление, что пища попадает «не в то горло». Чувство тошноты и полноты в груди. Заболеванию предшествовал ряд тяжелых личных переживаний (трагическая смерть отца, а в дальнейшем трудности быта — пять детей и одна работающая мать). Частые ссоры с матерью из-за того, что М. плохо учится. Постепенно стал замечать затруднения прохождения пищи по пище-

воду: однажды возникла рвота пищей, после чего тошнота и рвота стали постоянными.

При повторном тщательном обследовании в терапевтической клинике никаких патологических изменений со стороны внутренних органов не обнаружено, в том числе и при рентгенологическом исследовании. В клинике больной усиленно лечился медикаментами без заметного успеха. Ввиду неэффективности лечения был направлен на гипносуггестивную терапию. Курс лечения состоял из 20 сеансов гипнотерапии. После 13-го сеанса тошнота и рвота прекратились окончательно. За месяц лечения больной прибавил в весе 5 кг. После 15-го сеанса исчезли все затруднения при прохождении по пищеводу как твердой, так и жидкой пищи.

Выписан в удовлетворительном состоянии. Рецидива не наступило в течение года. Мальчик заметно поправился, окреп, улучшилось и его нервно-психическое состояние. По рекомендации гипнотерапевта мать изменила свое отношение к нему, наладились личные контакты в семье.

Больная М., 33 лет, рабочая. Поступила 12 апреля 1955 г. на амбулаторное лечение с диагнозом: функциональное расстройство нервной системы типа истерии с преимущественными нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта.

Больная предъявляла жалобы на частую звучную отрыжку воздухом, рвоту после приема пищи, непроизвольное отхождение газов (метеоризм) и, что особенно было тягостно для больной, на длительную упорную икоту, продолжавшуюся часами. Икота внезапно наступает и также внезапно исчезает. Никакие медикаментозные средства больной не помогают. Заболеванию предшествовал ряд психических травм и сложных конфликтных жизненных ситуаций (частые ссоры и разрыв с мужем, неурядицы и длительная болезнь дочери). При обследовании лабораторно-инструментальными методами данных за органические изменения внутренних органов не обнаружено. Больная длительно и упорно лечилась медикаментозными средствами без заметного успеха, ввиду чего врачом поликлиники была направлена на гипносуггестивную терапию. Больная оказалась достаточно гипнабельной и внушаемой. С первого же сеанса развился глубокий гипнотический сон, после которого удалось снять упорную икоту, длившуюся несколько часов и изнуравшую больную. Курс лечения — 10 сеансов. После 3-го сеанса удалось снять явления тошноты и рвоты после приема пищи. Наладился сон, аппетит. Прибавка в весе — 4 кг за 25 дней. Рецидива заболевания не наступило в течение полутора лет. Больная вернулась к труду.

Вышеизложенные наблюдения показывают, что гипноз и внушение оказывают хороший лечебный эффект при функциональных расстройствах внутренних органов.

ГИПНОЗ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

За последние десять лет как никогда повысилось число людей, склонных к обильному и чрезмерному пита-

нию. В ряде случаев это вызывало появление у некоторых лиц ожирения и тучности. К ожирению ведет сидячий малоподвижный образ жизни, чрезмерное использование транспорта, отсутствие занятий физической культурой. Мы принимали на лечение только тех больных, у которых ожирение или тучность возникли под влиянием грубого нарушения норм питания и употребления напитков, избыточного количества калорий и неправильного образа жизни.

Лица, страдающие ожирением под влиянием нарушения обмена веществ, эндокринных нарушений и других причин, не входили в группу больных, подвергавшихся нашей терапии.

Вот почему, прежде чем отбирать лиц, страдающих ожирением и тучностью, для лечения, мы тщательно учитывали причины тучности. Нередко ожирение как результат переедания или перехода от активной, подвижной жизни к сидячему образу жизни. По поводу ожирения и тучности у нас лечилось 20 больных, у которых отсутствовали эндокринные, обменные и другие причины этого состояния.

Отобранным больным врач внушал снижение аппетита, его уменьшение, вплоть до апатии к еде и даже отвращение к некоторым ее видам.

Внушалось, что «пища становится пресной, безвкусной, неприятной, что былая потребность в ней уменьшается». Фиксировалось внимание также на том, что уменьшается и былая жажда.

С другой стороны, внушалась потребность в движении, длительной ходьбе, лечебной гимнастике и даже спорте (лыжи, коньки, плавание, теннис и проч). Повторялись внушения чувства «постоянной сытости» и «повышенной теплоты» (чувство жара). Больным внушалось, что у них появляется повышенный интерес к тем продуктам питания, которые ранее являлись «нелюбимыми».

Важен при этом постоянный контроль за весом больных. Курс лечения состоял из 15—30 сеансов гипно-суггестивной терапии, проводившихся через день. Критерием эффективности служило падение веса, за которым осуществлялся постоянный контроль. Хорошими результатами считались те, при которых вес тела больного к концу месяца лечения достигал нормативных

цифр. Превышение должного веса более чем на 10 килограммов считалось неудовлетворительным, а лечение неудачным. В результате из 20 человек, проходивших курс лечения гипносуггестивной терапией, у 10 были получены хорошие результаты, у 3—удовлетворительные и у 7—неудовлетворительные. Следует отметить, что у 7 человек, не получивших эффекта, не было отмечено необходимой внушаемости и гипнабельности.

Весьма важно заручиться активной поддержкой больного и добиться, чтобы он неукоснительно и весьма строго выполнял все советы и рекомендации врача.

Кроме гипноза, мы нередко использовали и внушение в бодрственном состоянии, а также рациональную психотерапию. Рассказывали больным ряд данных, например, о том, что, согласно американской статистике страхования жизни, превышение веса на 22 фунта (около 10 килограммов) дает бóльшую смертность, чем рак.

Приведем следующий пример.

Больной К., 45 лет, торговый работник. Поступил в гипнотарий клиники в связи с гипертонической болезнью, по поводу которой он успешно лечился гипнотерапией. Однако при росте 168 см у больного вес был 82 кг. Учитывая рост больного и его возраст, гипертеническую конституцию, он должен был весить не более 70 кг. Таким образом, его вес фактически превышал норму на 12 кг. Попытки лечения обычными диетическими средствами эффекта не давали. Начата гипносуггестивная 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, ограничено количество жидкости. Во время гипнотического сна ему и другим больным внушалось, что у них резко уменьшается аппетит, исчезает влечение к жирному и мучному, резко снижается потребление жидкости. Рекомендовалось желание двигаться, заниматься гимнастикой, ходить на лыжах. Внушение меньше спать (не более 7 часов в сутки). В результате выполнения наших рекомендаций и лечения больной стойко «удерживает» вес не более 70 кг в течение 2 лет. Наблюдение продолжается. Рецидива нет.

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

С давних времен известно применение гипноза в хирургии для анестезии и аналгезии (отсутствие болевой чувствительности кожи и чувствительности к прикосновению). В литературе приводятся данные

о многочисленных хирургических операциях, произведенных хирургами с применением гипноза еще тогда, когда не было наркоза. Уже в начале XIX в. Рекомье производил хирургические операции людям, погруженным в гипнотический сон. В 1843 г. Элиот произвел более 300 хирургических вмешательств, используя гипнотический сон вместо наркоза, который был еще крайне примитивен и далеко не безвреден, часто вызывал даже смерть оперируемого. Проводились как простые, так и весьма сложные хирургические операции. Много последних под гипнозом делали К. И. Платонов, А. П. Николаев и другие русские гипнотерапевты.

Мы участвовали при проведении свыше 100 хирургических операций под гипнозом в самых различных клиниках и четко представляем себе, что гипноз вряд ли вытеснит наркоз из хирургической практики. Однако в ряде случаев, когда наркоз противопоказан по тем или иным причинам, он с успехом может быть заменен гипнозом. Интересно, что гипнозом можно снять и зубную боль, в частности при удалении зубов. Так, например, в Лондоне более 50% зубных операций проводятся под гипнозом.

Лишь сравнительно недавно доказана специфическая 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 оговорить, что операции под гипнозом возможны только у лиц, погруженных в глубокий гипноз (третьей степени), у которых гипнотическое состояние вызывалось неоднократно и испытуемые достаточно тренированы.

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, экспериментально доказана возможность вызывать чувство боли с помощью словесного внушения в гипнозе, в совершенно здоровом органе. При этом внушенное чувство боли воспринимается как боль и сопровождается рядом симптомов (появление капель

пота на коже, сердцебиение, побледнение или покраснение кожи, учащение дыхания, значительное увеличение числа лейкоцитов в крови, сужение или расширение сосудов, расширение 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, болевой раздражитель становился пищевым сигналом (вызывавшим выделение слюны и желудочного сока). В свете этих исследований становится понятной возможность устранения чувства боли внушением как наяву, так и, особенно, в гипнозе у людей.

Гипнотическое торможение, распространяясь на зоны чувствительности в коре больших полушарий, может полностью угасить боль, вызывая анальгезию или даже полную анестезию (т. е. полную утрату болевой и температурной чувствительности).

Операции под гипнозом были проведены в одной из поликлиник Ленинграда, где с помощью гипноза устранялась жгучая боль на лице у людей, которым проводилась косметическая операция по поводу устранения оспин. С этой целью платиновой петлей выжигались на лице следы оспы, что было крайне мучительно и болезненно. Нас пригласили обезболить подвергавшихся этой операции, тем более что внутривенного наркоза в то время не было, а маску на лицо для эфирного наркоза накладывать было нельзя.

Свыше 30 женщин и мужчин были освобождены с помощью гипноза от болезненных ощущений.

Далее, совместно с В. М. Коваленко и К. Я. Драчинской нам удалось провести удаление 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 резким учащением пульса, доходившим до 200—240 ударов в 1 минуту. Гипнотерапевтическая подготовка этих больных заняла всего 8—10 дней.

Мы помогли также провести свыше 100 хирургических операций под гипнозом (совместно с В. А. Дубров-

ским, С. Г. Файнбергом и Н. П. Федоровым) без наркоза у женщин в гинекологической клинике. На операционном столе методика варьировалась главным образом в зависимости от глубины гипнотического состояния и степени развившейся анестезии (обезболивания).

Больным, у которых развивалось глубокое гипнотическое состояние (третья 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 2 случаях удачно был применен нижеследующий прием. Больной М., находящийся во второй стадии гипноза (слабая реакция на боль), было внушено, что ей на лицо накладывается маска (на самом деле на лицо накладывалась простая марля), и внушалось, что она чувствует сладковатый, удушающий запах хлороформа. После этого внушения больная сразу же успокоилась и в дальнейшем ничего об операции не помнила. После пробуждения больная М. заявила, что она никакой боли не чувствовала, и с удивлением узнала, что операция давно закончилась (больная спала после операции 3 часа).

В качестве наиболее интересного примера приведем следующий.

В 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 крайне внушаема и гипнабельна. 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 еды. Г. Б. Геренштейн, руководивший операцией, решил погрузить больную в гипнотическое состояние прямо в палате и в сонном состоянии перевести ее в операционную. Началась весьма сложная операция, длившаяся около полутора часов. Операция прошла успешно. Вот наложены последние кожные швы, и больная пробуждается. Г. Б. Геренштейн задает больной вопрос: «Ну, как вы себя чувствуете?» — и вдруг мы получаем неожиданный ответ: «Безобразие, доктор!». От неожиданности мы переглянулись. «Почему же безобразие?» (Мы решили, что женщина терпела боли и теперь высказывает свое возмущение таким, с позволения сказать, «наркозом!»). И вдруг на наш вопрос мы полу-

чаем неожиданный ответ: «Да как же не безобразие, какой день морите голодом, а когда будет операция, неизвестно!» Мы вздохнули с облегчением. Оказалось, что вся операция прошла совершенно безболезненно и с полной утратой каких-либо воспоминаний.

Можно также с успехом проводить много и других менее сложных операций, например, по поводу грыжи, удаления зубов, вскрытия флегмон и абсцессов и т. п.

Нередко мы также использовали, как и многие другие специалисты, сочетание наркоза и гипнотического сна, причем наркотического вещества при этом шло значительно меньше.

Таким образом, совершенно несомненно, что гипноз может быть при необходимости использован вместо наркоза, но только в тех случаях, когда больной достаточно внушаем и гипнабелен, а наркоз по тем или иным причинам противопоказан.

Очень выгодно применять также гипноз в тех случаях, когда необходимо провести то или иное крайне болезненное исследование, а больной чрезмерно чувствителен к боли (спинномозговую пункцию, катетеризацию, плевральную пункцию и другие манипуляции).

ГИПНОЗ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

С большим успехом под гипнозом проводились различные болезненные процедуры в акушерско-гинекологической клинике, как, например, аборт по медицинским показаниям. С успехом можно избавить многих беременных женщин от неукротимой рвоты (нередко заставляющей беременную женщину прервать беременность).

В ряде случаев по примеру многих специалистов мы использовали гипноз и внушение в тех случаях, когда у родившей женщины по тем или иным причинам недостаточно молока. Доктор В. И. Здравомыслов проводил 7—10 сеансов гипнотерапии, и у родившей женщины полностью восстанавливалось отделение нужного количества молока. Известный психотерапевт И. З. Вельвовский разработал психотерапевтическую методику обезболивания родов, принятую во многих странах мира.

Некоторые ученые считают, что важнейшим фактором, нарушающим высшую нервную деятельность роженицы, является ее страх перед родами, который наблюдается почти у 70% рожениц. Психотерапия в таком случае дает весьма высокий психопрофилактический эффект. Ввиду того, что многие фармакологические вещества являются отнюдь не безвредными для матери и плода, большинство акушеров считают гипноз и внушение особенно целесообразными мерами воздействия.

Гражданка С., 26 лет, беременна на шестом месяце. Уже после того, как она узнала о своей беременности, появились мысли, что у нее будут очень тяжелые роды, страшные боли, муки, что она эти роды не вынесет, умрет. Такие мысли подкреплялись тем, что несколько лет до этого врачи констатировали у нее тяжелое заболевание сердца, она длительное время была прикована к постели и даже имела по этому поводу третью группу инвалидности. Кроме того, один врач сказал, что ей лучше не рожать, так как она родов не перенесет.

Вначале задача психотерапевта заключалась в том, чтобы успокоить беременную. Внушалось, что роды — это совершенно нормальный физиологический акт и что он закончится так же хорошо, как и у всех женщин. В доказательство приводились данные о размере таза, анализы крови, мочи, течение беременности без осложнений, хорошей компенсации и отсутствия сердечных симптомов, отеков и т. д. Такие психотерапевтические беседы проводились один раз в неделю. Тревога значительно уменьшилась, но полностью не исчезла. Уже непосредственно перед родами было проведено три гипнотических сеанса, во время которых внушалось больной, что роды будут проходить нормально и благополучно. Важно то, что, вспоминая о родах, эта женщина заявила: «Я была совершенно спокойна, полностью уверена в благополучном исходе родов. Знала, что буду жить».

Приведем еще один пример родов, проведенных под гипнозом.

Гражданка П., 28 лет, беременна на девятом месяце. По мере приближения срока родов стала испытывать сильный страх перед предстоящими родовыми болями. Страх подкреплялся тем, что ее сестра за три года до этого умерла во время родов. Все попытки врачей-акушеров разуверить ее, что ничего страшного нет, что роды — это нормальный физиологический акт, эффекта не давали. Была направлена к нам для гипнотерапии. Начат курс гипносуггестивной терапии, во время которого роженице внушалось, что роды пройдут совершенно безболезненно и все данные акушеров говорят за то, что у нее хороший таз, а также все остальные показатели без отклонений от нормы. Больная оказалась гипнабельная — легко поддающаяся внушению (развился гипноз третьей степени глубины, с полной амнезией). В ночь, когда наступили роды, мы были вызваны акушером в родильное отделение.

Роды протекали совершенно безболезненно в гипнотическом состоянии и закончились рождением здорового ребенка. После вывода из гипнотического состояния роженица радостно заявила, что ничего не помнит о прошедших родах и что никаких болей она не испытывала.

В Советском Союзе за последние годы проведено свыше 5000 родов под гипнозом у лиц с высокой гипнабельностью. Мы считаем, что это полностью себя оправдывает, так как является высоко гуманным методом и сохраняет женщине здоровье.

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ В КОЖНОЙ КЛИНИКЕ

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 в момент религиозного экстаза. П. П. Подъяпольский и В. Н. Фине вызывали на коже человека внушенный ожог, синяк, отморожение.

Так, например, П. П. Подъяпольский, интересовавшийся этими явлениями, однажды встретил крестьянина весьма почтенного возраста, обладавшего удивительной внушаемостью и гипнабельностью, который впадал в состояние глубочайшего гипноза. П. П. Подъяпольский решил вызвать на спине испытуемого эритему (красноту) от воображаемого «горчичника». Для этой цели он наложил на спину погруженному в глубокий гипноз крестьянину кусок газетной бумаги, смоченный 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 горчичников, он даже не знает, что это такое. Прошло три года и П. П. Подъяпольский вновь повстречал этого человека. Выяснилось, что за это время тот дважды переболел пневмонией и ему неоднократно ставили на грудь и спину горчичники. Было повторено 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.

Известный ученый Джерин (XIX в.) упоминает в своем труде об истерических экземах, гангренах кожи, облысениях, лишаях, отеках, зуде кожи, даже бородавках, леченных гипнозом. Многие ученые считают, что психотравмирующие моменты играют большую роль в развитии таких кожных заболеваний, как экзема, фурункул, кожный зуд, псориаз, и могут быть излечены методами гипносуггестивной терапии.

И. П. Павлов и М. К. Петрова вызывали у многих животных экспериментальные экземы (с шелушением, облысением, экссудативные, мокнущие, сухие с зудом и т. п.).

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 как периферической нервной системы, так и коры больших полушарий головного мозга.

Клинические наблюдения многих специалистов по кожным болезням подтверждают роль коры головного мозга в механизме развития кожных заболеваний в связи с психическими переживаниями и длительно действующими отрицательными эмоциями. Имеются данные о возможности возникновения болезненных (патологических) состояний кожных покровов в связи с нарушением деятельности мозговой коры.

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.

В своей большой работе «Гипноз и внушение в терапии кожных болезней» известный дерматолог А. И. Картамышев писал об эффективном использовании гипноза при следующих заболеваниях: экземе, чешуйчатом лишае, крапивнице, гнездной плешивости, простом лишае, кожном зуде, пузырчатке, кожной гангрене, изменениях ногтей и бородавках.

Лечение бородавок внушением было известно многим арабским племенам. Лечение проводилось следующим образом: на ветке делались специальные «насечки» в количестве, равном числу бородавок у больного и затем внушалось, что бородавки исчезнут, как только засохнет ветка. И в самом деле, после внушения «колдуна», как только ветка засыхала, бородавки бесследно исчезали.

Внушением в гипнозе успешно лечили бородавки и наши известные советские гипнологи. Мне также приходилось лечить юношеские бородавки внушением в бодрственном состоянии, которые до этого не удавалось снять никакими лекарственными веществами (ляпис, кислота и др.). Фиксируя взглядом глаза пациента и при этом каждую бородавку обводя пинцетом, я внушал, что она исчезнет через неделю. После этого рука больного бинтовалась и предлагалось не снимать бинт в течение семи дней. Как правило, при снятии бинтов оказывалось, что бородавки исчезли. 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.

Нам известны случаи излечения экземы.

Больной М., 28 лет, служащий. После сильного душевного потрясения (автомобильная авария, ранение жены и ребенка) на руках и лице больного появились сильные экзематозные высыпания с резким зудом и краснотой. Лечение медикаментозными препаратами в виде мазей эффекта длительное время не давало. Ввиду безуспешности лечения был направлен к гипнотерапевту на лечение гипносуггестивной терапией. Больной оказался хорошо гипнабелен и внушаем. С первого же сеанса гипноза развилось глубокое гипнотическое состояние третьей степени глубины с утратой воспоминаний (амнезией). После 3-го сеанса полностью исчез 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.

Таким образом, несомненные успехи гипносуггестивной терапии при кожных заболеваниях. Гипноз может быть полезен при ряде заболеваний, трудно поддающихся обычному лечению.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Гипноз и внушение имеют большое значение при лечении некоторых заболеваний у детей. Однако следует помнить, что гипнотический сон можно развить лишь у детей, достигших 8-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.

Мы неоднократно получали хороший эффект при условии отсутствия органических изменений в нервной системе и костном аппарате. Следует стремиться устранить раздражители и выработать у больного ребенка «сторожевой пункт» в мозгу, который мог бы при торможении почти всех отделов коры во время сна быть в состоянии возбуждения, чтобы в нужный момент ребенок пробудился для мочеиспускания.

В большинстве случаев это нам удавалось с помощью гипнотерапии.

Больной М., 9 лет, страдал ночным недержанием мочи. Все попытки родителей регламентировать акт мочеиспускания к успеху не приводили. Спал ночью исключительно крепко. В результате постель всегда влажная. Устроить в детский сад или пионерлагерь из-за этого не представлялось возможным, что крайне тяготило ребенка, и родители обратились к нам 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 третьей степени глубины с полной утратой воспоминаний.

Внушено, что теперь он будет ощущать полный мочевой пузырь 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 ногти. Всего на курс гипнотерапии затрачено 15 сеансов. Ребенок полностью избавлен от ночного недержания мочи. Хорошие результаты прослежены в течение 3 лет. Рецидива заболевания не наступило.

Таких удачно излеченных больных нами наблюдалось свыше 30.

Следующим весьма тягостным и распространенным заболеванием является заикание. Нужно сказать, что заикание — одно из упорных и трудно поддающихся лечению заболеваний. По нашим наблюдениям, лишь в 30—35% случаев удается с помощью гипнотерапии восстановить полностью и стойко свободную речь.

Больной К., 15 лет, ученик. Начал заикаться с 10-летнего возраста после испуга (укус собаки). Все попытки лечения медикаментозными и логопедическими средствами эффекта не дали. Мальчик очень тяготится своим весьма выраженным заиканием. Застенчив. Особенно плохо говорит при чужих 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 третьей степени глубины 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 гипносуггестивной терапии. Речь полностью восстановлена. Рецидива заболевания в течение 3 лет не было. Избавлен также от излишней застенчивости и стеснительности. Полностью устранен «страх речи».

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 оно относится к органическим заболеваниям, но в ряде случаев в своей практической работе неоднократно добивались весьма хороших результатов.

Так, у некоторых детей, страдавших частыми припадками, сопровождавшимися падением и ушибами, прикусом языка и недержанием мочи, нам удавалось с помощью гипносуггестивной терапии переводить дневные припадки на ночные, делать эти припадки более легкими, а главное, нередко удавалось увеличить период между припадками. Так, в одном случае припадки эпилепсии, возникавшие по 6—8 раз в день, удавалось свести к одному разу в три месяца.

Особенно успешно проходило лечение так называемой условнорефлекторной эпилепсии.

Больная К., 12 лет. Поступила для лечения эпилепсии (страдает с раннего детства) ввиду весьма частых припадков, по 5—6 в сутки,

сопровождавшихся падением и ушибами лица, прикусом языка и полной утратой воспоминания. Часто после припадка впадала в глубокий сон. Обследовалась у невропатолога. Психика почти не изменена. Физическое развитие хорошее. Ввиду настоятельной просьбы 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. Результат лечения прослежен за 8 месяцев. Затем больную увезли в другой город. Сообщений больше не поступало.

В качестве консультанта я был вызван в детскую больницу к «умирающему» ребенку, 10 лет. Больной ребенок был в тяжелом состоянии, крайне истощен. У него наблюдалось полное отвращение к пище, а при малейшей попытке принять ее наступала неукротимая рвота. По настоятельной просьбе начато лечение гипнозом; только после 8-го сеанса удалось развить легкое гипнотическое состояние. Однако ввиду того, что после 5-го сеанса наметилось прекращение рвоты и мальчик начал немного есть, решено лечение продолжить. Всего за курс лечения было проведено около 30 сеансов гипнотерапии, приведших к полному излечению. Ребенок начал есть, поправился на 7 кг, полностью прекратилась рвота, и он был выписан в хорошем состоянии. Рецидива не было.

В течение длительного периода нам неоднократно приходилось заниматься гипносуггестивной терапией детей и подростков по самым различным заболеваниям, разным дурным привычкам и склонностям, функциональным расстройствам нервной системы с теми или иными проявлениями. Следует отметить, что дети с 8-летнего возраста до 15 лет, как правило, хорошо внушаемы и гипнабельны, в дальнейшем восприимчивость к гипнозу несколько уменьшается, но остается еще достаточно высокой в зависимости от типа и состояния нервной системы.

В заключение брошюры следует подчеркнуть, что в настоящее время в нашей стране все большее число врачей осваивают приемы и способы внушения, гипноза и психотерапии в широком значении этого понятия, внедряя эти прогрессивные методы в самых различных клиниках. Мы являемся сторонниками гипносуггестивной терапии, однако ни в коем случае не считаем эту терапию средством от всех болезней. Однако не следует недооценивать этот метод лечения, так как при многих функциональных и некоторых формах органических болезней гипносуггестивная терапия является весьма эффективной и дает очень хороший терапевтический результат там, где обычные методы медикаментозного лечения оказываются мало полезными.

СОДЕРЖАНИЕ

Вместо предисловия	3
Научные основы гипноза и внушения	11
Краткий исторический очерк о гипнозе и внушении	11
Гипноз в животном мире	16
Физиологические основы гипноза и внушения в свете учения	
И. П. Павлова	19
Типы и виды гипноза	28
Гипноз и внушение в медицинской практике	48
Гипносуггестивная терапия функциональных расстройств	
нервной системы	50
Гипноз в лечении фобий и мнительности	54
Гипносуггестивная терапия в клинике внутренних болезней .	57
Гипноз и внушение в хирургической клинике	76
Гипноз в акушерско-гинекологической практике	80
Гипноз и внушение в кожной клинике	82
Гипносуггестивная терапия в клинике детских болезней . .	85'

Павел Игнатьевич Буль

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

*Редактор Н. В. Федоровская,
Оформление и рисунки художника В. И. Кюнапа
Художественный редактор А. И. Приймак
Технический редактор Л. И. Данилова
Корректор Т. В. Дубраво*

Сдано в набор 3.04.1975 г. Подписано к печати 28.08.1975 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Печ. л. 2,75. Бум. л. 1,375. Усл. л. 4,62. Уч.-изд. л. 4,94. ЛН-77. М-26779. Тираж 50 000 экз. Цена 15 коп. Заказ № 623. Бумага типографская № 2.

Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение
192104, Ленинград, ул. Некрасова, д. 10

Ордена Трудового Красного Знамени Ленинградская типография № 2
имени Евгении Соколовой Союзполиграфпрома при Государственном комитете
Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии
и книжной торговли, 198052, Ленинград, Л-52, Измайловский проспект, 29

Цена 15 коп.