

6168
17

DIE PSYCHOTHERAPIE

GESAMMELTE ARBEITEN REDIGIERT VON
PROF. DR. MED. K. PLATONOW

Aus dem Staats - Psychoneurologischen Institut d. Ukrain.
Volkskommissariats f. Gesundheitswesen (Forschungs - Ka-
theder f. Psychoneurologie an dem Charkower Staats - Me-
dizinischen Institut).— Direktor des Instituts u. Vorstand
d. Katheder—Prof. A. J. HEYMANOWITSCH

STAATSVERLAG DER UKRAINE
CHARKOW

1930

ПСИХОТЕРАПИЯ

СБОРНИК СТАТЕЙ ПОД РЕДАКЦИЕЙ
ПРОФ. К. И. ПЛАТОНОВА

Труды Государственного Психоневрологического Института Народного Комиссариата Здравоохранения УССР. (Научно-исследовательская кафедра психоневрологии Укрнауки). — Директор Института и завед. кафедрой проф. А. И. ГЕЙМАНОВИЧ

С РИСУНКАМИ В ТЕКСТЕ



1952 г.

2012

1972

ИНВЕНТАР

No 9723

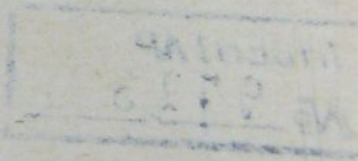
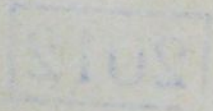
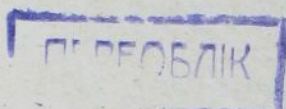
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УКРАИНЫ
ХАРЬКОВ 1930

1930

Библіографічне описання цього
видавання поміщено в „Літопису
Українського Друку“, „Карточному
репертуарі“ і других указателях
Української Книжної Палати

616.8

Первая типография Государственного
И-ва Украины им. Г. И. Петровского
..... Харьков
Укрголовліт № 3396. 20/VIII 1929.
Зак. № 1936. Тираж 1.000. Б₅—20³/₄ л.



—део 41

*Памяти
Владимира Михайловича
Бехтерева*

Психотерапия является отраслью, которая соединяет в себе простор для научно-исследовательской работы с прямым воздействием на больного человека, с реальной общественно-полезной ценностью. Борьба за права психотерапии, разрубающей Гордиев узел многих лечебных проблем, связана у нас, в Союзе, с именем К. И. Платонова. Под знаком научного и главным образом научно-экспериментального анализа написана настоящая книга. До сих пор мы не имели такой обширной компоновки экспериментальных фактов, касающихся внушенных состояний.

В книге последовательно разворачивается учение о внушенном состоянии и психотерапии — от общего к частному. Общее учение о внушенных состояниях в свете экспериментального оригинального материала автора и его сотрудников представлено в большой работе К. И. Платонова, посвященной слову, как лечебному и физиологическому фактору, и охватывающей многие стороны словесного воздействия на личность, на различные ее функции, вплоть до обменно-вегетативных сдвигов. Общее учение о внушенных состояниях дополняется рядом экспериментальных исследований учеников К. И. Платонова по поводу внушенных феноменов. Эти исследования, начавшиеся с изучения отдельных вегетативных функций, поднимаются до изучения высших функций личности, охватывая и здесь градацию от парциального изучения личности до изучения сдвигов личности в целом (внушенные возрастные изменения). Переходом от общей к специальной психотерапии, к ее практическому осуществлению служит работа о методиках психотерапии и о применении их в соответствии с теми или иными формами заболеваний и объектами воздействия. Большой отдел специальной психотерапии посвящен изучению методов воздействия на патологические психоневрологические единства, какими являются алкоголизм, морфинизм, далее на психоневрологическую симптоматику других патологических состояний (туберкулез), на патологию, связанную с генеративным процессом (рвоты беременных), на физиологический процесс, в котором боль играет столь часто доминирующую роль (роды). Специальная часть книги представляет несомненный практический интерес.

Вся эта огромная работа, проведенная К. И. Платоновым и его сотрудниками, своеобразно задуманная, оригинальным образом поставленная на экспериментальную основу, в данном издании преследует определенную задачу — осветить общие механизмы психотерапии в ее стыке с личностью.

Мне кажется, что настоящая книга, как вступительное звено к систематическому ряду исследований о личности, проводимых в отделении, возникшем для изучения психотерапии, логическим образом начинает с исследования того, чем является сама психотерапия. Будет столь же логичным, если последующая серия работ, готовящаяся под руководством К. И. Платонова, помимо исследования общих пределов эффективности внушенных состояний, воспользуется принятыми в данном отделе Института методиками для изучения основных категорий личности самих по себе. К этой работе исследовательская группа, руководимая К. И. Платоновым, уже перешла, расширяя свои задачи в сторону общего изучения личности.

А. Гейманович

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий сборник является результатом работ, проведенных преимущественно в стенах Укр. Психоневрологического Института. Нельзя не отметить, что работа наша велась в атмосфере часто скептического, а иногда и отрицательного отношения к всегда интересовавшим и волновавшим нас вопросам психотерапии и, в частности, к вопросам о гипнозе, внушении и терапевтическом их значении. Но работа наша и наших сотрудников облегчалась положительным отношением к ней со стороны директора Ин-та, проявившего достойную истинного ученого и научного исследователя беспристрастность и терпимость к вопросам, даже научная разработка которых, как известно, долгое время являлась и является до сих пор для многих одиозной. Идя всегда навстречу полезным начинаниям в областях теоретической, практической и общественной психоневрологии, А. И. Гейманович охотно шел навстречу также и нашему желанию организовать первую на Украине амбулаторную психотерапевтическую помощь трудящимся и начать разработку еще не разрешенных вопросов психотерапии и неврозов на новых, физиологических началах. Помимо стремления доказать реальность словесного раздражителя, гесп. психотерапии, мы целью своею ставили также выяснение размеров потребности применения последней во всех ее видах к больным различных категорий. Наряду с этим, мы считали необходимым выработку более точного показания к применению наиболее известных методов психотерапии, стремясь в то же время выяснять, какой из существующих методов может являться наиболее требуемым, широко и удобоприменимым, доступным рядовому врачу - практику и в то же время продуктивным. Задача нелегкая при еще далеко неустановившейся классификации функциональных заболеваний, что заставляло, зачастую, идти ощупью, применяя словесное воздействие *experimenti causa*. Мы можем смело сказать, что если бы не указанное отношение со стороны А. И., то мы с нашими сотрудниками не получили бы столь широкой возможности делать первые шаги к углублению теоретических и практических вопросов психотерапии на новых физиологических началах. Как от имени сотрудников психотерапевтического отделения, так и от большого кадра больных, получивших исцеление и облегчение только в этом отделении Ин-та, приношу за все это благодарность директору его, заслуженному проф. А. И. Геймановичу.

От себя лично считаю долгом благодарить Александра Иосифовича за моральную поддержку, всегда встречавшуюся мною с его стороны.

Приношу благодарность также и всем нашим сотрудникам за преданное и стойкое служение делу психотерапии в совместной с нами работе.

К. Платонов

Январь 1930 г.

г. Харьков

В. М. БЕХТЕРЕВ, КАК ГИПНОЛОГ И ПСИХОТЕРАПЕВТ

Проф. К. И. Платонов

ОЧЕРК

Всю свою научную деятельность В. М. Бехтерев положил на раскрытие тайн природы человека, работая в то же время и для изыскания средств облегчения его страданий. Все таинственное, невыясненное всегда притягивало к себе пытливый, научно-исследовательский ум В. М. до последних дней его жизни. Он всегда стремился вывести непонятные пока явления из сферы темной мистики в область ясной реальности, научно освещенной. Его пребывание за границей в начале 80-х годов совпало с подъемом научного интереса к гипнозу и борьбы двух школ, Парижской и Нансийской, за выяснение природы последнего. Эта борьба не могла не увлечь и В. М. Бехтерева, всегда чутко прислушивавшегося к новым научным вопросам современности. Несмотря на то, что на лекциях самого Шарко он воспринимал Сальпетриеровскую точку зрения на гипноз, рассматривавшийся как проявление истерического невроза, он не вполне соглашался с положениями этой физиологической школы в учении о гипнозе, как неприемлемым казался для него и взгляд Нансийской школы, психологической, рассматривавшей гипноз и явления, в нем возникавшие, только как результат психического воздействия, как результат только внушения. В развитии гипноза Бехтерев еще тогда же, в 80-х годах, придавал значение как физическим, так и психическим факторам. Монотонные физические раздражения, соединенные с внушением — вот что, по мнению Бехтерева, обуславливало развитие гипноза. Но все же внушению он придавал преобладающее значение. Что касается взгляда его на природу гипноза, то В. М. рассматривал последний как своеобразное видоизменение естественного сна, сближая его с ним повторениями в нем явлений обычного сна. И разницу между тем и другим он видел лишь в условиях вызывания гипноза, как искусственного усыпления, связанного с эмоцией ожидания, повышающей внушаемость. Таким образом, по Бехтереву, гипноз не есть невроз, и если сближение с болезненными состояниями сна, как, например, естественным сомнамбулизмом, и позволило бы сблизить гипноз с истерией, то, по мнению В. М., дальше этого естественного сомнамбулизма сближение с истерией вести нельзя. В дальнейшем развитии своего учения о гипнозе, и становясь на точку зрения монизма и рефлексологии, В. М. рассматривает гипноз как «искусственно вызванный биологический тормозный рефлекс», или, как он выражается в другом месте^{*)}, это есть «искусственно вызванный сочетательный рефлекс тормозного характера с подавлением активного сосредоточения, гесп. доминанты». Этому состоянию подавления сосредоточения Бехтерев придает существенное значение, так как, для успешности внушения и наяву, он считает необходимым ослабление активного внимания. Этими рефлексологическими выводами подтверждается то преобладающее значение, которое придавал В. М. в гипнозе внушению, склоняясь,

^{*)} «Мозг и его деятельность» г. 1928.

таким образом, больше к школе Беренгейма. Но наблюдения последнего времени заставили В. М. прийти к выводу, что в некоторых случаях не все явления в гипнозе можно объяснить внушением, а также подчеркнуть, что Шарко был прав, противясь признанию гипноза за просто внушенный сон. К этим явлениям относятся отмеченная в Сальпетриере нервно-мышечная возбудимость и соответствующее влияние на нее электромагнитного поля при «летаргической» фазе гипноза. Эти феномены были обнаружены у 2-х гипнотиков, демонстрированных д-ром Финне в 1924 году на ленинградском съезде психоневрологов. У одного из этих объектов был обнаружен т. н. локтевой феномен Бехтерева, как показатель нервно-мышечной возбудимости.

Что касается характера работ В. М., посвященных гипнозу и внушению, то нужно сказать, что большее внимание им было уделено вопросам лечебного значения внушения наяву и в гипнозе, экспериментальных же исследований, представивших объективные признаки как гипнотического, так и внушенных состояний, перу В. М. принадлежало меньшее количество работ. Из этих работ мы можем упомянуть лишь работы об исследовании пульса и дыхания в гипнотическом состоянии и объективных признаках внушенной аналгезии. Но в последнее время в Институте Мозга под руководством В. М. были вновь начаты экспериментальные работы в направлении изучения объективных признаков гипноза и явлений, в нем вызываемых.

Переходя ко взгляду Бехтерева на внушение и гипноз, как на лечебные факторы, нужно прежде всего сказать, что В. М. придавал вообще большое значение внушению как в жизни индивидуальной, так и общественной. Этот взгляд отразился на страницах таких крупных его трудов, как «Внушение и его роль в общественной жизни», «Гипноз, внушение и психотерапия» и «Внушение и воспитание». Внушению и внушаемости В. М. придавал такое же значение, как и Беренгейм. «Внушение в общем представляет собою гораздо более распространенный и нередко более могучий фактор, нежели убеждение», так говорил В. М. еще в 1898 году, и от этого взгляда он не отказался до конца своей жизни. Этим взглядом определяется и отношение В. М. к внушению и гипнозу, как лечебным факторам. По его убеждению, не только внушение в гипнозе, но и в бодрственном состоянии «составляет весьма действительное лечебное средство, которое врач никогда не должен выпускать из виду в своей практике».

Каким же образом и в каких направлениях пользовался В. М. внушением и гипнозом?

Различая малый, средний и глубокий гипноз, он пользовался всеми этими степенями для внушения. Но он широко пользовался и внушением наяву, при чем внушения его были не императивными, а всегда логически обоснованными. Применялся, таким образом, метод убеждения при пассивности больного с прививанием ему новых представлений, новых идеалов. Этот метод называется Бехтеревым еще «методом перевоспитания». Между такого рода внушением и убеждением В. М. не видел особенной разницы и от этого метода получал положительные результаты в тяжелых невротических состояниях. Но необходимым условием для успешности лечения внушением он считал наличие, с одной стороны, веры в метод лечения, а с другой — авторитета врача. Не без внимания В. М. оставлял также и метод самовнушения, при чем наиболее подходящим временем для этого, по его мнению, являются периоды предвечернего засыпания и после пробуждения.

Придавая большое значение суггестивному методу, В. М. не относился отрицательно и к другим методам психотерапии, но при этом отношении он к каждому из них подходил с осторожностью и критически. Методу Дюбуа он придавал положительное значение, но в ограниченных пределах. «У больных со слабо развитой критикой, как и у детей, прием убеждения вообще должен быть признан мало достигающим цели» — говорил В. М. — «Авторы, которые держатся, — продолжает он далее, — исключительного метода логического убеждения и избегают пассивности больного, при которой осуществляется внушение, основывают свое мнение на том, что убеждение укрепляет критику и, следовательно, дает самому больному средство бороться со своим недугом. Однако не доказано, что борьба для больного с его болезненными симптомами

представляется более легкой путем критического обсуждения, нежели путем внушения или непосредственного прививания соответствующих взглядов, на чем, как известно, основано в значительной мере и самое воспитание».

Ограничивая значение метода Дюбуа, В. М. подчеркивает, что «внушение ныне не сводится только к простому приказанию, а чаще всего ведется как разъяснение и убеждение, и этим не отличается по характеру от метода Дюбуа, в котором не исключается и элемент внушения, вводимый независимо от самого автора».

К методу Марциновского — лечение идеалами, перестройка мирозерцания — В. М. относился положительно и считал его заслуживающим внимания, несмотря на то, что практическое осуществление его довольно затруднительно. Т. к. здесь дело идет о прививании б-му широких взглядов и понятий вместо его узких представлений, то, по мнению В. М., эта терапия идеалами входит частично или даже целиком в применяемую им психотерапию перевоспитанием.

Что касается отношения В. М. к психоанализу Фрейда, то оно было всегда сдержанным и критическим. Соглашаясь с тем, что исповедь,отреагирование часто облегчают и устраняют страдания, он полагал, что в иных случаях, а быть может и в очень многих, самоуглубление б-го в своих страданиях может являться вредным для него. В этом методе, по мнению В. М., не исключен элемент внушения. Вообще В. М. в отношении Фрейдовского учения поддерживал большинство положений отрицательных критиков последнего. На основании своего опыта он утверждал что при помощи других методов психотерапии можно достигать не меньших эффектов и с не менее прочным успехом.

В заключение нужно сказать, что В. М. в психотерапии старался всегда проводить принцип индивидуализации, и с его точки зрения «современная медицина не должна замыкаться в какой-либо один метод, а должна пользоваться всеми доступными для врача методами лечения, чтобы достигнуть соответствующего успеха». Принимая же во внимание единство, тождество психических и физических процессов, Бехтерев находит, что всякая психотерапия должна сопровождаться и физиотерапией.

Касаясь направления применения Бехтеревым психотерапии и преимущественно суггестивной, нужно сказать, что мы здесь ограничимся лишь общим указанием, так как область применения суггестивной терапии была предметом внимания В. М. всегда, с первых же лет его профессорской деятельности. Укажем лишь, что суггестии и гипносуггестии он придавал большое значение при навязчивых состояниях, сексуальных извращениях, дурных привычках, патологических влечениях и т. п. Особенно целесообразным он считал применение гипносуггестивной терапии при алкоголизме. В последнем случае эффекты оказывались настолько поразительными, что в 1902 году В. М. счел необходимым открыть при своей клинике гипнотерапевтический амбуланс, где алкоголики могли бы получить действительное исцеление, а учащиеся изучать методы лечения, и уже с 1903 года Петербург покрылся сетью психотерапевтических амбулаторий для алкоголиков. Лечению последних этим методом В. М. придавал исключительное значение. Удовлетворяющие обе стороны эффекты заставляли все больше и больше расширять применение этого метода. В 1909 году при Петербургском Психоневрологическом Институте открылась новая амбулатория для лечения алкоголиков внушением. Последние годы своей жизни В. М. стал применять и коллективное лечение алкоголиков, и положительные результаты этой работы были доложены с прив.-доц. В. В. Срезневским на 1-м съезде невропатологов и психиатров 23/XII 1927 г. в Москве.

Придавая большое значение внушению и гипнозу не только со стороны лечебной, но и со стороны изучения личности, В. М. считал весьма важным и необходимым преподавание учения о внушении и гипнозе. Уже его первые профессорские лекции в Казани имели своим содержанием значение гипносуггестивной терапии в невропатологии, и в заседаниях организованного им в Казани общества невропатологов и психиатров шли доклады и демонстрации на соответствующие темы. Если в Казани лекции о внушении и гипнозе носили спорадический характер, то в Петербурге они

стали проводиться организованно и систематически. Курс психиатрии, читавшийся В. М. в Академии и в Жен. Мед. Ин-те, ежегодно всегда заканчивался лекциями о гипнозе и внушении. Но, однако, преподавание этого учения этим не ограничивалось, и интересовавшиеся ближе могли получать дополнительные сведения в психотерапевтической амбулатории при нервной клинике, где им была предоставлена возможность работать и самостоятельно. Создавая же Психоневрологический Институт, В. М., в связи с постановлением гипнологического международного конгресса в 1899 году о необходимости организации на мед. факультетах Европы курсов по внушению и гипнозу, вводит в программу Института также и преподавание учения о внушении и гипнозе. Была, таким образом, создана кафедра гипнологии, возглавлявшаяся самим создателем ее. Изучение этого предмета входило в число обязательных предметов программы всех 4-х секций Института: психологической, педологической, криминологической и психиатрической.

Стремясь к созданию благоприятных условий для проведения в жизнь гипно-суггестивной терапии, В. М. вел стойкую борьбу за свободу применения ее и вне стен лечебных учреждений. Стремление прежнего Медицинского Департамента в 90-х годах прошлого столетия к ограничению права врача в применении гипноза встретило бурный протест со стороны В. М. Точно так же он протестовал и против известной инструкции о порядке применения гипноза, изданной НКЗ РСФСР в 1925 году. Этим он стремился к защите авторитета врача, к защите гипно-суггестивной терапии. На протяжении всей своей 42-летней профессорской деятельности В. М. Бехтерев с первого года ее до последнего дня своей жизни не выходил из области изучения внушения и гипноза и лечебного их значения. Он был единственным из русских психоневрологов, оставшимся до конца дней своих верным гипнологии и, несмотря ни на что, шел неустанно вперед, зная, что, углубляя и разрабатывая ее, он этим идет и на помощь страждущему человеку. Его настойчивость в борьбе за право научного признания гипноза и внушения и за правильную оценку их значения, в особенности внушения, в жизни нормальной и патологической личности, увенчивается научным признанием внушения, уже физиологически обоснованного. И судьба как бы подчеркнула тесную связь Бехтерева с гипнологией. Его последний в жизни научный доклад — за 32 часа до смерти — был доклад о коллективном лечении алкоголиков гипно-суггестией! Это был последний шаг по пути его научного шествия!

Пусть след от этого шага послужит для нас стимулом к дальнейшему научному развитию психотерапии, которой В. М. придавал большое значение в цикле врачебного образования, и родоначальником которой, как известно, был гипноз. И если в психотерапевтическое отделение нашего Укр. Психоневрологического Института приходят больные психоневротиками и алкоголиками, отчаявшиеся в борьбе с недугами своими, если огромное большинство из них уходит из стен Института обновленными и с новыми радужными надеждами на новую, радостную трудовую жизнь, то этим мы обязаны В. М. Бехтереву, зародившему в нас научный интерес к психотерапии и давшему нам в клинике своей начало усвоения того, что мы теперь стремимся класть в основу изучения психоневрозов и лечения их путем словесного воздействия.

СЛОВО, КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР¹⁾

(Материалы к физиологии психотерапии)

С 71 рис. в тексте

Профессор К. И. Платонов

(Научно-исследовательская кафедра психоневрологии Укрнауки Психотерапевтическое отделение Украинского Психоневрологического Института НКЗ)

ВВЕДЕНИЕ

«Люди будут всегда заблуждаться, если, ради порожденных воображением систем, они покинут свой опыт».

П. Гольбах

«Experimentum est optimus rerum magister»

Не нужно говорить о том, что психотерапии придавалось и придается большое значение при лечении функциональных, resp. динамических заболеваний нервной системы. Все говорят о возможности благотворного психического воздействия на болезненные процессы в организме человека, но мало кому понятны сама сущность и механизм этого воздействия на жизнь не только больного, но и здорового человека.

Это порождало и порождает противоречивые, мало обоснованные различные точки зрения и взгляды как на сущность психотерапии, так и на значение каждого из ее методов в отдельности при лечении тех или иных форм сложных и элементарных функциональных расстройств различных отделов нервной системы. Наряду с этим остаются совершенно неясными и неизвестными как границы применения и направления, так и ценные стороны каждого из этих методов.

Все это связано с фактами другого порядка. У нас нет еще достаточно точного ясного и единого понимания сущности психоневротических состояний, нет окончательно и точно установленной классификации их. О них еще далеко не сказано последнего слова. Этим весьма затрудняется положение психоневрологов вообще, и в частности психотерапевтов, при рациональном выборе и применении того или иного вида лечения и метода психотерапии.

Причина этих отрицательных явлений лежит, с одной стороны, в том дуалистическом мировоззрении, с которым обычно подходят к изучению природы человека, а с другой — в том оторванном от физиологической основы субъективно-психологическом анализе, который клался и кладется еще некоторыми в основу изучения психических процессов в их нормальном и патологическом проявлениях. Всем этим исключается

¹⁾ Основное данной статьи было доложено: в плен. засед. Харьк. Медич. О - ва 2/III 1929 г. и Харьковском О - ве физиологов 17/IV 1929 г., на Всесоюзном съезде по изучению поведения человека (I/30 г.) Частично были сделаны сообщения в Ленинградском Инст. по изуч. мозга в мае 1926 г. и январе 1930 г., на VII и VIII акушерских всесоюзных съездах в Ленинграде (V/26 г.) и Киеве (V/28 г.), на съезде хирургов левобережной Украины в Харькове в 1926 г., в заседаниях акушерской, глазной, психотерапевтической и психоневрологической секциях Харьк. Мед. О - ва, в Харьк. О - ве эндокринологов, в Харьк. тубин - те III/30 г.

объективизм, свойственный точным научным дисциплинам. Эмпирическая психология не смогла до сих пор внести ясности и точности в понимание механизма психических процессов. Физиология же, как построенная на эксперименте научная дисциплина, может дать незыблемые основания и прочные пункты отправления для истинно-научного освещения различных сторон жизни организма. Физиология, как и анатомия, есть основа медицинских знаний. Как без физиологии внутренних органов мы не можем разбираться в патологии и лечении их, так и без чистых физиологических данных в области высших отделов нервной системы мы не сможем понять законов жизни психической деятельности человека и известных сторон расстройств их, а вместе с этим не будем иметь и правильных подходов к их исправлению.

Все виды и формы терапии — фармакотерапия, гидротерапия, электротерапия и проч. — построены на изучении физических и физиологических воздействий различных физических лечебных факторов. Одна психотерапия составляла исключение и вместе с психикой дуалистического мировоззрения стояла обособленно, будучи оторванной от материи, а потому для очень и очень многих являлась неуловимой, недостижимой и непонятной по сущности своей, а потому и узко-ограниченно применимой. Стремиться при современных наших знаниях решать безошибочно вопросы целесообразного применения того или иного вида психотерапии при психоневрозах или определенных психозах, рассматриваемых до сих пор под углом зрения субъективной психологии, это значит решать уравнение со многими неизвестными путем введения еще новых. И вот и в этой области только физиологический путь, освещенный материалистическим мировоззрением, может привести к ясности понимания окутанного сетью противоречий всего, что относится к психотерапии и психоневрозам, так тесно связанным друг с другом.

Современная физиология головного мозга заставляет нас в корне изменять подход к изучению психоневрозов и в связи с этим отказываться от старых с расплывчатыми границами классификаций и пестрой запутывающей номенклатуры. Этим же диктуется необходимость пересмотра и методов психотерапии.

Среди факторов, которым приписывается «психическое» влияние, имеется один мощный и главнейший в индивидуальной и общественной жизни. Этот фактор — *слово*. Последнее, взятое, конечно, не просто как механический раздражитель, но как полный, богатый содержанием продукт общественного развития и как могучий рычаг социальных отношений, является главнейшим орудием в психотерапии. Значение его еще больше подчеркивается тем, что оно в настоящее время может быть изучено и со стороны физиологического влияния на организм человека. Изучением слова, как физиологического фактора, в связи с изучением сущности психоневрозов, может быть подведена физиологическая база и под психотерапию. Наука о слове введет и последнюю в ряды других методов лечения, таким же научным физиологическим путем обоснованных, а потому для каждого врача приемлемых.

А это введение психотерапии во всех ее формах и видах в ряды научно разработанных методов терапии является в настоящее время крайней необходимостью в интересах больного человека. Нужно иметь в виду, что знакомство с психотерапией, построенной на новых началах, является очень важным не только для психоневрологов, но и для врачей большинства специальностей. С изучением психотерапии тесно связано и изучение функциональных, динамических элементарных и сложных расстройств различных систем организма и в особенности *эндокринно-вегетативной* с ее картинами «ложно-органических» (Dejerine) заболеваний психотравматического происхождения. Необходимо еще подчеркнуть, что не что как углубление в психотерапию может способствовать действительной оценке роли эмоций в жизни здорового и больного организма вообще и, в частности, в генезе тех различного рода заболеваний, этиологические факторы которых остаются до сих пор невыясненными и психогенез которых многими или совершенно не допускается, или в недостаточной мере оценивается. Нужно согласиться, что почти у всех врачей и даже у психоневрологов «органическая» установка настолько сильна, что часто мешает видеть истинную причину

данного заболевания, рассматривая последнее не как «динамическое», а как «органическое». Много внимания уделяется статике и очень мало динамике! Это, конечно, не остается без отрицательного влияния не только на терапевтический подход к данному рода заболеваниям, но и на осуществление требований психопрофилактического характера. Игнорирование психогении и патодинамики также способствует распространению и упрочению одного из социальных зол — знахарства, успех которого строится на бессознательной, скрытой суггестивной терапии и борьба с которым м. б. облегчена лишь при изучении врачами психотерапии. За введение психотерапии в указанные ряды говорит сама жизнь последних лет, отражаясь особенно на германских съездах как чистых психотерапевтов, так и врачей других специальностей — интернистов, акушеров, гинекологов. За это же говорит и возможность построения науки о слове, resp. психотерапии, на той физиологии коры головного мозга, этого руля наших «психических» процессов, которая зародилась на русской почве в мыслях Сеченова, выросла в лабораториях академиков И. П. Павлова и В. М. Бехтерева и продолжает развиваться в различных местах СССР под руководством их учеников и последователей.

И вот все излагаемое ниже является результатом попытки указать на путь, начертанный В. М. Бехтеревым, по изучению психоневрозов и применению психотерапии, активировать научно-исследовательскую мысль для осуществления выше высказанного и таким образом притти на помощь тем, кто сможет получить последнюю лишь методами действительно научно-обоснованной психотерапии во всех видах и формах, начиная от гипноза и кончая психоанализом.

Путь широк, далек и труден, но глубоко интересен, и работа на нем может быть высокоплодотворной, давая облегчение и исцеление больному и высоко врачебное удовлетворение лечащему и притом в пределах значительно больше, чем это может казаться.

Кроме того, нужно сказать, что представляемый в этой статье материал к учению о слове может быть интересным не только для врачей, но и вообще для всех тех, кто имеет тесное соприкосновение с личностью человека с первых лет его существования, т. е. для воспитателей и педагогов. Педагог и врач, в особенности психоневролог и, в частности, психотерапевт, являются частично коллегами по профессии. Рефлексология их объединяет. Тот и другой влияют на одни и те же механизмы высшей нервной системы, пользуясь при этом одним и тем же орудием — словом. Оба они стремятся к воспитанию реакций, resp. влиять на поведение нервной системы человека, помогая ей вырабатывать полезные и устранять вредные навыки в борьбе за жизнь в окружающей ее среде.

I

СЛОВО, КАК СОЧЕТАТЕЛЬНЫЙ, УСЛОВНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ

Малый по своему объему, но богатый содержанием, словесный раздражитель, как показывают и повседневные наблюдения, вызывает разнообразные реакции со стороны нервной системы. И если о влиянии слова мы могли раньше судить лишь по грубым и явно выраженным внешним проявлениям, и если еще до последних дней мы далеко не в полной мере оценивали влияние этого раздражителя на глубокие и скрытые процессы органической жизни человека, то экспериментально-лабораторные исследования, особенно последних лет, дают полную возможность правильной оценки слова, как определенного фактора. Эти исследования показывают, что слово действительно является далеко не безразличным для организма, вызывая в нем при известных условиях разнообразные глубокие и тонкие реактивные изменения.

Факты, могущие служить этому иллюстрацией, известны были давно, и в особенности факты из области учения о т. н. словесном внушении. С давних пор известно, что у некоторых лиц чистым словесным воздействием, как наяву, так и, в особенности, в т. н. гипнозе, можно вызывать такие реакции, реальность которых

всегда вызывала сомнение у большинства. Если они были очевидными, устанавливались и признавались, то оставались научно необъяснимыми для одних и являлись источником развития мистических размышлений для других. Упомянем, напр., о получении ожога кожи 2-й степени путем одного лишь словесного воздействия, о словесном вызывании или останавливании кровотоков, о превращении взрослого в малолетнего и, наконец, о вызывании тем же путем т. наз. гипноза.

Эти факты, не говоря уже о ряде других, аналогичных им, до сих пор еще требуют строго научных доказательств и объяснений, как требуют тех же доказательств терапевтические эффекты, обусловленные одними лишь словесными воздействиями. Нужно сказать, что до настоящего времени не было возможности дать действительно научное объяснение этим явлениям из ряда «психических», изучавшимся методами субъективной психологии, бесплодно до последних дней пытавшейся понять и объяснить природу и механизм развития их. В настоящее же время условия изменились в пользу более серьезного и доверчивого отношения к действительно научному освещению интересующих нас вопросов, так тесно связанных с учением о слове.

Это обстоятельство является чрезвычайно важным также и для всех, кто имеет близкое отношение к здоровой и больной личности. Особенно важным является это для клиницистов, так как этим открывается возможность для чисто физиологического объяснения т. н. психогенных расстройств не только в поведении человека, но и расстройств соматических. В связи же с этим является также возможность подведения физиологической базы под т. н. психотерапию, как метод словесного, геспр. психического воздействия на динамически расстроенную в своих корковых и подкорковых функциях нервную систему.

В нижеследующем изложении мы ставим своей целью дать ряд объективных, добытых экспериментальным лабораторным путем как нами с нашими сотрудниками, так и другими исследователями, данных, которые могут служить доказательством вызванных словесным воздействием действительных изменений в организме. Эти же данные заставляют научно-исследовательскую и врачебную мысль работать в том направлении, в каком она только в настоящее время, лишь только при новых методах изучения и исследования личности и ее поведения, может продуктивно двигаться вперед, открывая и разъясняя еще непонятные явления в жизни человеческого организма.

Эти исследования последних лет, произведенные рядом исследователей и носящие пока предварительный характер, будут требовать, конечно, расширений, проверок, подкреплений. Но и добытое является уже весьма важным, как имеющее, сказали бы мы, не только общемедицинское, но и широко-биологическое значение.

Все приведенное ниже является также и материалом для научной иллюстрации к физиологическому объяснению процесса, известного в психологии под именем «внушения». Говорить о слове, как о физиологическом факторе, — это то же, что касаться также и вопроса о внушении, природа и значение которого в жизни здорового и больного человека, как известно, не могли быть выявлены субъективной психологией. У физиологии же не было до настоящего времени таких методов, которые могли бы, вторгаясь в область понятий «психологических», помочь разобраться в природе последних. В связи с этим не было и пути для изучения природы и «словесного внушения», процесса, укладывающегося дуалистами в ряд абстрактных представлений и понятий, а потому оторванных от соматических процессов и не подлежащих изучению со стороны точных научных дисциплин.

Но в настоящее время путь этот нам указывается Сеченов-Павлов-Бехтеревским учением об условных, геспр. сочетательных рефлексах, построенным на физиологическом эксперименте.

И лишь усвоение даже только основных положений этого учения дает достаточно ясный ответ на вопросы: каково влияние слова на нервные процессы, что такое внушение, и в частности словесное, и какова роль последнего в жизни человека?

Понятие «внушение» до настоящего времени определялось хотя и разнообразно, но в общем мало определенно и весьма туманно. Без точного же определения

внушения трудно, конечно, иметь и представление о значении его как в индивидуальной, так и в общественной жизни. Но для того, чтобы усвоить это определение, а вместе с тем и получить ясное представление о словесном внушении и в то же время определить таким образом значение слова, как фактора, влияющего на биологические процессы в организме, позволим себе коснуться в весьма кратких чертах основных положений, выработанных школами Павлова и Бехтерева, иллюстрируя их рядом примеров из лабораторной жизни этих же школ.

Не останавливаясь на деталях учения и отсылая интересующихся к основным трудам создателей его, скажем лишь, что если, как говорит это учение, всякий новый, до определенного момента индифферентный для животного организм, раздражитель воспринимается его нервной системой в сочетании с неиндифферентным, неизбежно вызывающим врожденные, постоянные, унаследованные, инстинктивные, филогенетические рефлекторные реакции, — то и этот ранее инактивный раздражитель становится таким же активным, как неиндифферентный, вызывая ту же реакцию, *во всех деталях повторяя ее*. Иначе говоря, на врожденных, стойких реакциях, основных рефлексах, на инстинктах, образуются, воспитываются (по терминологии Бехтерева) в течение жизни новые такие же реакции, онтогенетические, будучи уже сочетательными (Бехтерев), условными (Павлов) рефлексами и являющимися копией основных, безусловных. И это воспроизведение основных рефлексов является основным законом, лежащим в основе развития всех вообще корковых двигательных актов. Экспериментальные исследования на животных показали, что сочетательные, гесп. условные рефлексы являются результатом образования *реальной* связи между этими раздражителями в мозговой коре и подкорковой области. При удалении же определенных участков коры или всей коры, эти вновь образовавшиеся временные связи устраняются временно или навсегда. Последние могут быть различными в зависимости от силы и качества раздражителя и глубины оставляемых им следов, они могут быть различными по скорости образования их, по их стойкости, прочности, и они могут временно угасать на более или менее долгий срок. Все это находится в зависимости от многочисленных и разнообразных условий эндо- и экзогенного характера.

Целый ряд самых разнообразных раздражителей, падающих из внешней среды путями органов чувств на кору мозга индивидуума в течение всей его жизни, сочетаясь с основными раздражителями, вызывающими врожденные рефлексы, образуют так наз. *естественные* сочетательные, условные рефлексы, и раздражители эти являются, т. о., *естественными* условными, гесп. сочетательными раздражителями. Последние, подчиняясь законам, установленным как на животных у Павлова и на человеке у Бехтерева, вызывают разнообразные положительные и отрицательные реакции со стороны н. с. и формируют таким образом организм, приспособляя его к среде и способствуя обогащению «душевной» сферы человека. «Все развитие нервно-психической деятельности высших существ, — говорит В. М. Бехтерев, — собственно и сводится к систематическому воспитанию путем жизненного опыта, сочетательных рефлексов, многократно усложняющихся и подвергающихся затормаживанию, в зависимости от тех или других условий, и затем снова оживляющихся при соответствующем случае¹⁾». Эти сочетательные процессы уравнивают организм в среде, приводя его в выгодные для него защитные состояния в борьбе за сохранение вида и рода, и эта деятельность соотношений, устанавливающаяся между средой и организмом, названа В. М. Бехтеревым *соотносительной* деятельностью. Лабораторные исследования показывают, что процесс временных связей лежит в основе, повидимому, всех жизненных процессов животного организма. На этом принципе В. М. Бехтерев и построил научную дисциплину — рефлексологию, широко захватывающую вопросы индивидуальной и общественной жизни человека. Павловская школа, касаясь в последнее время более глубоких процессов в организме животных, склонна к признанию универсальности принципа временных связей в жизни организма животных (доклады Быкова и Подкопаева на ленинград. и московск. с'езд. физиологов 1926 и 1928 г. г.). Нижеследующие примеры могут быть яркой иллюстрацией этой универсальности указанного механизма,

лежащего действительно в основе самых глубоких, интимных биологических процессов. Приведем несколько наиболее ярких примеров, оставляя в стороне все известные уже лабораторные элементарные двигательные и секреторные, слюнные, условные рефлексы; остановимся на опытах лаборатории В. М. Бехтерева и И. П. Павлова, которые послужат нам материалом и в дальнейшем.

В 1914 году в лаборатории В. М. Бехтерева д-р Чалый выработал и дифференцировал сосудо-двигательный сочетательный рефлекс.

В 1918 г. в лаборатории И. П. Павлова д-р И. С. Цитович²⁾ охлаждал руку путем пропускания воды по окружающему конечность змеинку, чем вызывалось сжатие сосудов. Такое же сжатие наблюдалось и в другой руке, помещавшейся в плетизмографе. Охлаждению предшествовал звуковой раздражитель. После ряда таких последовательных сочетаний уже один звук вызывал ту же сосудо-двигательную реакцию.

В. М. Бехтереву и В. Н. Мясичеву³⁾ удалось получить сосуди-головномозговой сочетательный рефлекс на звук, при воспитании его у 4-х больных с трепанационными отверстиями.

Д-р А. П. Карпинский⁴⁾, принимая участие в работах лаборатории клиники В. М. Бехтерева по изучению локализации в коре мозга вегетативных п., геср. влияния психических процессов на функции внутренних органов, занимался изучением влияния мозговой коры у собаки на мочеотделение. При этих опытах было установлено повышение мочеотделения у собаки, если ее взгляд падал на подносимый к ней сосуд с водой.

Исследования д-ра К. М. Быкова⁵⁾ в лаборатории Павлова показали следующее: если собаке вводить через прямую кишку определенное количество воды, то соответственно этому повысится количество выводимой мочи. Но в дальнейшем, после ряда таких манипуляций, одно лишь введение трубки в задний проход, сама процедура приготовления клизмы, было достаточным для повышения диуреза. Даже один звук свистка, сочетанный раньше с вливанием воды, вызывал повышенное выделение мочи.

Интересны опыты, произведенные в той же лаборатории д-рами Подкопаевым и Крыловым. Первый из них, воспитывая условный рефлекс на автоматический, действующий через кровь, основной раздражитель — апоморфия, получил после 202 сочетаний инъекций последнего со звуком органной трубы рвотные реакции от действия уже одного этого слухового раздражителя⁶⁾.

Д-р же В. А. Крылов⁷⁾ воспитывал на другой автоматический раздражитель — морфий. В этих опытах у собак, получавших путем инъекций раствор морфия, обнаруживались через 2—3 минуты после инъекции — слюнотечение, рвота, дефекация и постепенное засыпание. В дальнейшем же, после ряда таких инъекций, уже одно лишь подкожное введение физиологического раствора, одно лишь растирание ваткой места укола или, наконец, один лишь вид шприца — все это вызывало ту же самую вегетативную реакцию: слюнотечение, рвоту, понос и сон. При частых же, ежедневных, инъекциях нервная система собак реагировала точно так же и «на отдельные признаки, сопровождавшие инъекцию — на появление кого-либо в белом халате, на звуки, напоминающие побрызгивание шприца, и т. д.». Д-ру Крылову ни разу не пришлось натолкнуться на собаку, у которой не удалось бы вызвать данного явления. Варьировалась только быстрота появления соответствующей реакции. У одной из 10-ти собак эта условно-рефлекторная реакция появилась уже после первой инъекции, у остальных же — после 6—8.

Останавливаясь, в частности, на механизме развития сна и с целью исключения возможности толкования его только «как результата истощения и с. от предшествующего возбуждения», д-р Крылов поставил следующие дополнительные опыты, которые показали, что «сон может наступать самостоятельно, как результат условного раздражения». Опыт был поставлен у трех собак с введением *Chlorali hydrati per rectum* (2,0—3,0), вызывавшего у собаки глубокий сон. После нескольких таких приганий уже одна процедура приготовления к введению снотворного вызывала у собак сонливость, а затем и сон. Интересно тут же отметить, что если совсем сонная собака выводилась из станка и переносилась в другую комнату, то состояние ее быстро менялось: она пробуждалась, начинала ласкаться, не обнаруживая наклонности ко сну. Но поставленная тут же клизма только из теплой воды сейчас же вызывала сонливость и сон.

Еще более интересными и чрезвычайно важными являются эксперименты проф. Метальникова⁸⁾ в Париже, проверенные и подкрепленные исследованиями д-ра Подкопаева⁹⁾ в Ленинграде.

Проф. Метальников, работая в области изучения иммунитета, установил, что нагревание места инъекции антигена в брюшную полость дает ту же клеточную реакцию, что и раньше вводимый антиген с предшествующим инъекции нагреванием. С целью проверки этого явления д-р Подкопаев в лаборатории Павлова поставил ряд опытов на довольно большом количестве кроликов (15). Последним вводился в брюшную полость 1 см. кубитой культуры стафилококка и затем исследовалась появившаяся при этом соответствующая реакция со стороны клеточных элементов перитонеальной жидкости. В другой серии опытов инъекция того же количества той же культуры сопровождалась звуком электрического звонка средней силы. В результате — один лишь звук последнего вызывал ту же клеточную реакцию.

Ограничимся этими показательными примерами. Они достаточно ясно подчеркивают значение для нервной системы новых, ранее для нее индифферентных, раздражителей, после сочетания их с основными, неизбежно вызывающими, кроме уже известных двигательных и секреторных, еще и другие — сосудо-двигательные, мочеподделительные и клеточные реакции. Эти лабораторные факты указывают на разнообразие и глубину процессов, протекающих в организме по принципу временных связей и реакций, но типу условных, геср. сочетательных рефлексов.

В наших примерах сосуд с водой — у Карпинского, свисток — у Быкова, органная труба — у Подкопаева, шприц, теплая клизма, белый халат и проч. — у Крылова, местное нагревание — у Метальникова и звонок — у Бехтерева. Мясищева и Подкопаева, — все это условные, сочетательные раздражители, вызывающие органические реакции, тождественные с реакциями на основной раздражитель, с которым они совпадали по времени и пространству.

Если все эти перечисленные предметы мы заменим словами с соответствующим содержанием, то получим такие же реакции. Слово в данном случае явится искусственным сочетательным, условным раздражителем. В жизни же, сочетаясь силою обстоятельств с основными раздражителями — это слово для человека, а также и для животных, является естественным условным, сочетательным раздражителем и притом все время получающим подкрепление со стороны раздражителей основных, безусловных. Этим и объясняется сила слова, являющегося, по Павлову, *реальным* и, по Бехтереву, *замещающим* раздражителем. Вывод этот неизбежно получается как из анализа экспериментов над животными в лабораториях Павлова, так и над людьми в школе Бехтерева. «Мы пользуемся словом, — говорит В. М. Бехтерев¹⁰⁾, — как символом, который,

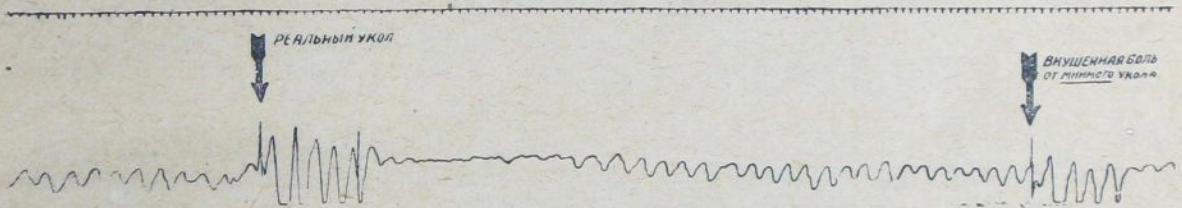


Рис. 1. Мнимый внушенный укол вызвал дыхательную реакцию, сходную с реакцией на действительный укол булавкой. Читать слева направо. Время в целых секундах

благодаря упрочившемуся у всех людей сочетанию, замещает собою либо реальные внешние впечатления, либо определенные душевные состояния».

Останавливаясь на изустном слове, как раздражителе, нужно сказать, что целый ряд созвучий является для организма безразличным лишь до определенного момента. Для н. с. ребенка созвучие «боль - но» приобретает лишь тогда определенный смысл и значение, когда оно будет хотя бы один раз сочетано с действительно боль вызывавшим раздражителем. Только после этого и может быть вызвана соответствующая реакция со стороны н. с. на словесный символ «больно», и притом условная реакция будет копией безусловной

Иллюстрацией этого, а также и того, что условный раздражитель вызывает реакцию тождественную с безусловной, врожденной, т. е. что условный онтогенетический рефлекс является копией безусловного, филогенетического — может служить следующая, полученная нами 16/V 1926 г. кривая дыхания. Объекту Ф-вой, находящемуся в гипнозе, наносится укол булавкой, в ответ на что получается дыхательная реакция. В ответ же на мнимый, лишь «словесный», укол при произношении слова «*больно*» получилась реакция того же типа, хотя и несколько слабее (см. рис. 1).

Более сильную, но того же типа реакцию мы получим при обратной последовательности и при более *энергичном* словесном раздражении — «укол булавкой, очень больно» (см. рис. 2*).

В этом эксперименте мнимый укол предшествовал реальному. И так как была подчеркнута интонацией голоса болезненность укола, то и реакция появилась сильнее. То же мы получили и при реальном уколе, предварительно сказав, что укол «*болезнен*».

*) Приношу благодарность лаборантке психофизиологической лаборатории Пенхоневр. Ин - та В. А. Лавровой за непосредственную помощь при постановке экспериментов с объектом Ф - ой.

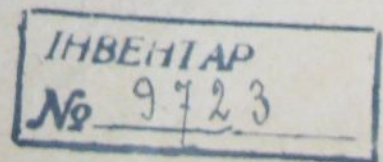


Рис. 3 иллюстрирует то же явление и со стороны пульсовой кривой, когда как при реальном, так и при мнимом уколе пульс участился на одно и то же количество ударов (11).

Здесь мы имеем ту же картину повторения реакции, какую мы обычно наблюдаем и при воспитании двигательного рефлекса на какой-либо сочетательный раздражитель. Если бы данный объект не имел в своем прошлом сочетаний этих двух раздражителей, — основного (булавкой + боль) и соответствующего словесного «больно», то этой условно-рефлекторной реакции мы, конечно, не получили бы. Эти примеры служат иллюстрацией того, что слово является действительным и реальным раздражителем копируя реактивные процессы на действительный материальный раздражитель и замещая собою последний.

Последние примеры с реакцией на словесный раздражитель являются иллюстрацией того, что известно под именем прямого словесного внушения. При сопоставлении

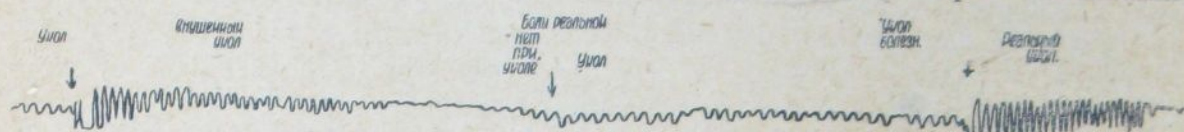


Рис. 2. Мнимый внушенный укол вызвал реакцию дыхания, сходственную с реакцией на действительный укол. Энергичное внушение вызвало более сильную реакцию со стороны дыхания. Читать слева направо

же их с приведенным выше становится неизбежным вывод, сделанный школой Павлова в отношении внушения. Последнее ею рассматривается как «упрощенный типичнейший условный рефлекс». Таким образом, можно сказать, что в процессе внушения лежит непосредственная положительная, гср. отрицательная реакция на определенный, раз-

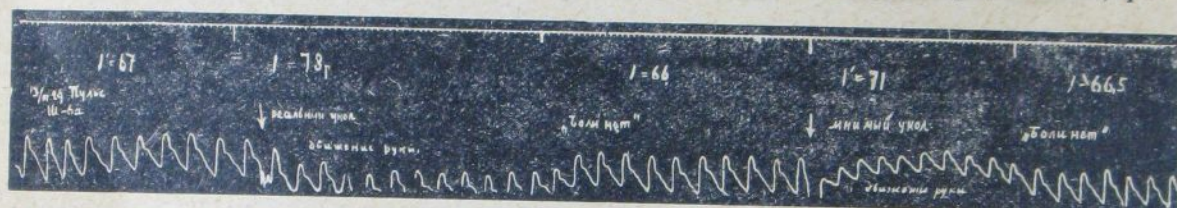


Рис. 3. Внушенный мнимый укол вызвал учащение пульса на то же количество ударов в 1 минуту, как и реальный укол. Читать слева направо. Время в целых секундах

личного содержания и характера, раздражитель, падающий на кору мозга извне. Словесный раздражитель и будет обуславливать процесс словесного внушения.

Ограничимся в отношении последнего пока этим и подчеркнем, что в этом определении внушения является существенно важным то, что этим определяется физиологическая сущность этого «психического» процесса.

Возвратимся теперь к слову.

II

СЛОВО, КАК ПРЕДМЕТ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Учение об условных рефлексах, естественно, должно было остановить внимание исследователей и на слове, как на одном из многочисленных сочетаний раздражителей, падающих на кору мозга животного организма, и поэтому естественно было воспользоваться этим раздражителем и для лабораторных исследований.

И вот впервые в этом направлении нами и был поставлен в 1911 г. эксперимент в рефлексологической лаборатории клиники В. М. Бехтерева. Но в интересах логической последовательности содержания главы и в ущерб последовательности исторического развития вопроса о лабораторном исследовании слова, как раздражителя,

упомянем сначала о работах, посвященных изучению слова, как искусственного условного, сочетательного раздражителя. Первой в этом направлении была произведена работа д-ром Васильевой¹¹⁾, воспитавшей сочетательно-двигательный рефлекс на двойной составной раздражитель, в состав которого входили звук электрического звонка и слово «звонок». При воспитании сочетательно-двигательного рефлекса раздражения давались одновременно с электрическим током в течение 1 секунды. Сочетательный рефлекс появлялся уже в первом опыте на сумму этих сочетательных раздражителей *звонок + слово «звонок»*, а в дальнейшем рефлекс появлялся и на отдельные компоненты, как на один *звонок*, так и на одно *слово «звонок»*. Был, таким образом, воспитан первичный сочетательно-двигательный рефлекс на слово. При этом нужно отметить, что на один словесный раздражитель двигательная реакция была очень стойка, появлялась без подкрепления током в течение пяти сеансов подряд. Иначе говоря, *воспитался очень стойкий сочетательный рефлекс на один словесный раздражитель*. В данном случае словесный символ «звонок» для двигательной сферы являлся до поры до времени индифферентным раздражителем и двигательная сфера не реагировала на него соответствующим образом, пока это созвучие слогов «зво-нок» не вошло в связь в коре мозга с определенными пунктами болевого и слухового анализаторов, где одновременно воспринимались раздражения электрическим током и звучанием звонка и оставались следы их. И лишь с этого момента слово «звонок» приобрело известное значение для нервной системы и оказалось уже тем же раздражителем, каким был фарадический ток.

Оно явилось уже сочетательным раздражителем, оказываясь для нервной системы определенным символом, производящим в последней физико-химическое изменение и оставляющим в ней след произведенного разрушения. Опыт Васильевой и выше приведенный пример со словами «больно», «очень больно» объясняют процесс образования двигательных реакций на словесный символический раздражитель. По этому типу образуются в дальнейшем и более сложные связи и комплексные реакции.

Если при этом учесть, что в этом принимают участие анализаторы всех видов, то этим определяется и разнообразие всех этих связей и реакций по их содержанию. Усложнением этих связей новыми сочетаниями различных речевых символов образуются абстрактные представления и понятия. Благодаря устанавливающимся в коре мозга связям новых словесных символических раздражителей со следами старых и происходит оживление последних при помощи первых. Происходит т. н. репродуктивный процесс, призывающий к действию решительно все отделы анимальной и вегетативной системы. В силу всего этого, слово, сочетаясь очень часто в индивидуальной жизни с теми или иными раздражителями и образуя таким образом первичные, а затем вторичные и, может быть, как это предполагает проф. А. К. Ленц¹²⁾, более высокие рефлексы, приобретает свойство могучего раздражителя. Словесный раздражитель может также способствовать облегчению и ускорению воспитания нового сочетательного рефлекса, если к новому условному раздражителю при воспитании сочетательного рефлекса присоединить известное объекту название данного раздражителя (В. П. Протопопов¹³⁾). Он, как весьма упрочившийся естественный условно-рефлекторный раздражитель, может служить как бы подкреплением нового условного, что подтвердилось работами, производимыми в Институте по изучению мозга в Ленинграде. Кроме того, свойство слова, как замещающего основной раздражитель, позволило пользоваться им как в ленинградских лабораториях В. М. Бехтерева и проф. Иванова-Смоленского, так и в харьковских проф. — В. П. Протопопова и Е. С. Каткова, как замещающим основной раздражитель, на базе которого воспитываются новые условные рефлексы, второго порядка.

Перейдем теперь к изложению опытов, произведенных нами в 1911 году*).

Работая над воспитанием рефлекса на составной раздражитель (свет + звук¹⁴⁾), мы воспользовались словесным раздражителем, как сочетательным. Нас тогда интересовал вопрос, можно ли словом подвести в ту или иную сторону на уже воспитанные сочетательные двигательные рефлексы. Остановившись на методике, мы

*) Доложено о них на заседании врачей клиники акад. В. М. Бехтерева в 1911 г. с демонстрацией оригинальных кривых.

решили воспользоваться методом внушения в гипнозе. Зная уже по опыту, что во внушаемом сне слово действует совершеннее, или, как принято говорить, в этом сне «внушаемость повышается», мы решили использовать для этой цели легкую гипнотизабильность двух из имевшихся тогда у нас 6-ти подопытных объектов, моментально впадавших в гипнотическое состояние с последующей амнезией. Эти свойства объектов как нельзя лучше удовлетворяли требованиям эксперимента. По условиям опыта необходимо было, чтобы объект не знал о содержании словесного внушения, дабы таким образом избежать сознательного, «волевого» влияния на сечетательно-двигательную реакцию конечности и обеспечить т. о. чистоту опыта. Гипнотическое состояние с последующей амнезией является, конечно, наиболее подходящим для удовлетворения этих условий и, можно сказать, совершенным. Быстрота же перехода из одного состояния в другое значительно облегчала процесс эксперимента, позволяя легко модифицировать опыт, не нарушая физических условий последнего. У обоих объектов был воспитан прочный сечетательно-двигательный рефлекс как на сумму раздражителей (свет + звук), так и на каждый из них в отдельности, при чем двигательная реакция на один звук (электр. звонок средней силы) была энергичнее, чем на свет (электр. лампочка в 16 свечей). После ряда проб на прочность рефлексов испытуемая была погружена в гипнотическое состояние и сделано было следующее словесное внушение: «свет и звук, взятые вместе и каждый в отдельности, не являются для вас раздражителями, вызывающими движение ноги». По пробуждении делается ряд световых односекундных раздражений и на них реакции не последовало. Рефлекс отсутствовал, оказался заторможенным. Это обстоятельство, между прочим, весьма удивило объекта, привыкшего к двигательной реакции, которую ему никогда не удавалось задержать произвольно. Пробы же на звонок дали двигательную реакцию. Тот же эффект получился и при пробе на сумму раздражителей (свет + звук). И лишь повторное и более энергичное словесное воздействие в отношении реакции на звук совершенно затормозило двигательный рефлекс на этот раздражитель. Обратное же внушение восстановило полностью прежний характер реакции как на свет, так и на звук. Можно было бы заподозрить симуляцию, но она исключалась следующим. Объект, как упоминалось, никогда не мог произвольно задержать движения ноги. С другой стороны, сочетательно-двигательная реакция была настолько прочна, что появлялась и во внелабораторной обстановке, в домашних условиях, как, например, внезапное освещение темной комнаты искрой проходящего трамвая или неожиданно услышанный сигнальный звонок вызвали «дерганье ноги». Двигательная реакция в форме вздрагивания ноги получалась также и при внезапной даче звонка в лаборатории при отвлеченной беседе вне экспериментальной кабинки и т. п.

Переходя к опытам с другим объектом и считая, что данные его приобретают соответственное значение в связи с содержанием статьи, остановимся на более подробном описании их, и даже более подробном, чем это было сделано в посвященной этому исследованию статье¹⁵⁾.

В первом опыте с данным объектом (5/V 1911 г.) при первой же пробе комбинированного с электрическим током раздражения светом + звуком обнаружилась особенность рефлекторных реакций на это раздражение. Первое же замыкание тока (при расстоянии катушек 12,0 см при элем. Гроне) вызвало двигательную реакцию стопы не в форме просто обычного для всех поднимания и опускания стопы, а в форме *клонических колебаний*, длительность которых равнялась 10" — 15" и после дачи односекундного раздражения трем агентами. Относя такую бурную реакцию на раздражение фарадическим током, мы второе раздражение дали только звуком со светом, т. е. дали только сочетательное раздражение. И тут же обнаружилось, что реакция получилась та же — клоническая. Следующие, третья и четвертая, пробы были сделаны на каждый из компонентов, в отдельности. В этот же опытный день (3/V 1911 г.) пришлось убедиться в исключительной стойкости образовавшегося рефлекса. Мы в одном сеансе сделали в общем 120 проб на составной раздражитель, и рефлекс в течение всего сеанса не проявил наклонности к угасанию. Он держался и в течение последующих сеансов, не будучи ни разу подкрепленным.

Но нужно сказать, что с первого же сеанса обнаружилась своеобразная разница реакций на каждый в отдельности раздражитель. Резко выраженная и длительная реакция получалась только на звуковой раздражитель и, будучи долго генерализированной, получалась на всякого рода звуки — струны, свист, стук и т. д., даже сторонний шорох при абсолютной тишине в лаборатории вызывал двигательную реакцию, хотя и значительно слабее выраженную. Нужно отметить, что интенсивность и длительность клонической реакции были прямо — пропорциональны силе звукового раздражения. Особенно это выражалось при раздражении струною цитры. Параллельно ослаблению звучания ее шло и уменьшение колебательных движений, продолжавшихся в замирании своем и после полного угасания звука струны. К этому надо добавить, что чем ниже по тону был звук струны, тем длительнее была реакция по прекращении звучания ее. Это проявлялось особенно резко при колебании струны нижней октавы. Что же касается реакции на вспышку 16-ти свечевой лампочки, то эта реакция отличалась от рефлекса на звук тем, что прекращение ее наступало одновременно с прекращением раздражения светом. Но наряду с этим, при наличии непрерывности светового раздражителя, а следовательно, и при постоянной одинаковости его, наибольшая интенсивность клонических движений приходилась на первый момент раздражения, быстро уменьшаясь, и с прекращением действия света эти движения исчезали совсем (см. рис. 4).

Вышеописанное явление наблюдалось с постоянством, и тут же нужно подчеркнуть, что объекту никогда не удавалось не только совершенно подавить, но даже и ослабить эту реакцию. «Нога двигается помимо моей воли и удержать ее я не могу» — таков был всегда ее ответ на наше соответствующее словесное предложение. Убедившись в течение ряда сеансов в исключительной прочности сочетательно-двигательного рефлекса и находя это обстоятельство весьма подходящим для интересовавшего нас исследования, мы в опыте 10/V 1911 г. погрузили сидящего со стопой на Молотковском аппарате объекта в гипнотическое состояние одним лишь словесным приказом «спать» и сделали внушение следующего содержания: «Вас не будут теперь раздражать в такой степени ни звук, ни свет; и свет, и звук будут для вашей н. с. являться менее сильными раздражителями». Приведя объект в бодрствующее состояние, мы стали наносить длительные раздражения поочередно,

то звуком, то светом. Двигательный эффект получился совершенно отличный от реакций на предшествующие внушения. Двигательная реакция была кратковременна и ограничивалась поднятием и опусканием стопы, несмотря на продолжительность раздражений (рис. 5). Такой же положительный эффект получался и впоследствии при внушении абсолютной нераздражаемости теми же агентами. Нога, несмотря на наличие тех же раздражителей, оставалась совершенно неподвижной.

Интересно также то обстоятельство, что звуковые раздражители, внезапно данные по окончании опыта во время индифферентной беседы уже вне опытной кабинки, также уже не вызывали ни подергивания ноги, ни общего вздрагивания, чего не наблюдалось до внушения. Следовательно, в данном случае словесное воздействие продолжало оставаться действительным и после опыта. Наблюдение показало, что сила влияния его оставалась еще и на другой день, когда те же раздражители не вызвали реакции.

Для восстановления прежней реакции необходимо было нанести снова соответствующее словесное раздражение, но уже с содержанием противоположного характера, и тогда появилось снова прежнее отношение н. с. к тем же раздражителям.

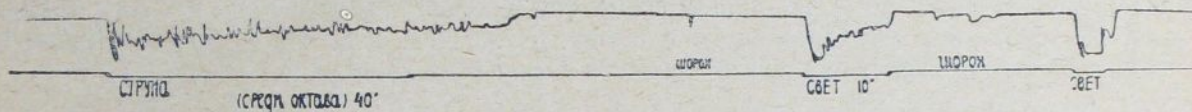


Рис. 4. Воспитан сочет.-двигательный рефлекс на звук струны и свет. На звук — реакция клоническая, бурная, резко выражена и длится по прекращении звучания. Реакция на свет значительно слабее и спокойная. Реакции только на сочетательные раздражители. Читать слева направо. Верхняя линия — движение стопы. Средняя — звуковой сочетат. раздражитель. Нижняя — электр. ток.

Данные исследования, хотя и произведенные только на двух объектах, позволяют убедиться в том, что словесный раздражитель не безразличен для лабораторно воспитанных двигательных сочетательных, гср. условных рефлексов. Он имеет значение

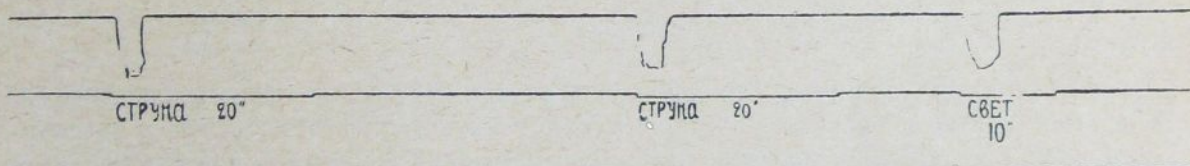


Рис. 5. Влияние словесного внушения на сочет.-дв. рефлекс. Внушено спокойное и равное отношение к обоим раздражителям. При внушении индифферентного отношения к ним двигательная реакция совершенно отсутствовала. Читать слева направо

фактора, изменяющего сочетательно-рефлекторные реакции в том или ином направлении, подавляя их в одних случаях, оживляя в других и модифицируя в третьих. Для нас этот эксперимент имел сугубое значение в связи с всегда интересовавшим нас вопросом о словесном внушении. А priori можно было судить о возможности получения соответствующего эффекта. Если наши высшие, так. наз. психические процессы по учению В. М. Бехтерева¹⁶⁾ в основе своей должны иметь сочетательный процесс и если «вся нервно-психическая деятельность состоит из совокупности т. н. сочетательных рефлексов», если, наконец, как показывают «гипнотические эксперименты», внушением, гср. словесным раздражением, можно было влиять на «психику», на поведение человека, — то, естественно, надо было ожидать известного эффекта при исследовании влияния и на элементарный ингредиент «психической» сферы — на сочетательно-двигательный рефлекс.

Эти же данные дают возможность делать и другой вывод. Если словесным воздействием можно было влиять на элементарный сочет.-двигат. рефлекс, то тем же фактором можно, след., влиять и на более сложные «психические» процессы, являющиеся не чем иным, как суммой условных рефлексов. Эти опыты укрепили наше сознание необходимости обратить должное внимание на влияние внушения и изучить его как клинически, так и лабораторно. Отсутствие же соответствующих экспериментов натолкнуло нас на вышеописанные, поставленные в этом направлении исследования.

Следующие две работы, проведенные в том же направлении и поставленные более углубленно, подтвердили результаты наших небольших экспериментов.

Первая из них была проведена В. М. Бехтеревым совместно с д-ром Н. М. Щеловановым¹⁷⁾ в рефлексологической лаборатории Ленинградского Ин-та по изучению мозга. За ней последовала другая работа В. Н. Мясищева, выполненная в период времени 1924 — 1925 г.г. и опубликованная в 1926 г.¹⁸⁾ В этих работах также с ясностью устанавливается возможность влияния словесного раздражителя в разнообразных направлениях на воспитательные сочетательные рефлексы, и притом как в состоянии бодрствования, так и в гипнотическом состоянии.

Касаясь учения о слове, как известном раздражителе, нельзя не коснуться, как уже упоминалось выше, и тех работ и исследований, которые были произведены в поисках объективных признаков словесно внушаемых состояний преимущественно в гипнозе. И если эти исследования прежних авторов до сих пор не могли приобрести должного значения, то в настоящее время они приобретают уже другой смысл и другую цену. Поэтому упомянем здесь и о них. Нужно сказать, что экспериментальных лабораторных исследований в этой области вообще сделано мало.

Первые исследования в этом направлении были произведены в 80-х годах школой Шарко в лице Paul'a Richet, исследовавшего нервно-мышечную возбудимость в гипнозе, и нансийским физиологом проф. Beaunis. Исследования касались прямого словесного воздействия на частоту пульса — ускорение и замедление его. В исторической последовательности надо указать на работы O. Vogt'a, изучавшего в 90 годах реакции со стороны сосудисто-двигательной системы во время гипнотического состояния. В частности, он изучал изменения плетизмографических кривых в состоянии бодрствования и гипноза. Нужно указать на исследования психофизиологического характера Weber' 19) а, пользовавшегося гипнотическим состоянием для внушения словесным путем различных представлений и эмоциональных состояний, объективными показателями которых служили реакции со стороны дыхания и сосудисто-двигательной системы. Изучению влияния внушенных в гипнозе эмоций на пульс и дыхание посвящена работа д-ра Лазурского²⁰⁾. Дыхание и пульс во время гипноза были исследованы в 1900 г. д-ром Гизе и Лазурским²¹⁾. Объективным признакам внушенных изменений чувствительности в гипнозе было посвящено исследование проф. В. М. Бехтерева и д-ра В. М. Нарбута²²⁾. Изучением объективных реакций со стороны дыхания и пульса при внушении занимался прив.-доц. В. В. Срезневский²³⁾.

В последние годы западно-европейские, преимущественно германские, исследователи, о которых речь будет идти дальше, дали весьма ценные результаты лабораторных работ в области внушения.

Выше было упомянуто, что научно-объективных доказательств реальности словесно-внушенных изменений в организме было слишком недостаточно, чтобы устранить в отношении их скепсис, несмотря на обилие описаний в классических трудах самых разнообразных, внешне проявляющихся реакций на словесное внушение. Да это и не удивительно. Известные всем феномены, вызываемые в состоянии бодрствования и в особенности в гипнозе, касались главным образом актов, подчиненных «воле» и относящихся к категории «сознательных» актов, а потому и вызывающих подозрение в произвольности их. Если же вопрос касался явлений и реакций, не зависящих от нашей «воли», как, напр., вызывание кровотечений, ожога 2-ой степени и т. п., то в лучшем случае усматривалось лишь счастливое совпадение, а в худшем — и симуляция. Конечно, для исключения сомнений при исследованиях всех этих явлений необходимо брать системы, не подчиняющиеся нашему сознанию, и функции которых проявляются «непроизвольно». Таковой может являться система *вегетативная*, и только при помощи лабораторного изучения элементарных и сложных с ее стороны реакций можно получить данные, исключительно объективные, а потому и научные. И вот, в целях пополнения еще существующих пробелов в этой интересной и важной области, мы и сочли необходимым предпринять ряд систематических исследований, базируясь исключительно на методах чистой физиологии, как точной науки.

Переходя к изложению исследований, нужно сказать, что они, конечно, не могут претендовать на исчерпывающую полноту и всесторонность. Трудность подыскания желающих подвергнуться экспериментам, притом частым, разнообразным и отнимающим массу времени, страх пред «гипнозом» и т. п. — все это препятствовало и препятствует накоплению научных материалов в необходимом для окончательных выводов количестве. С другой стороны, данная область настолько широка и богата своим содержанием, что для полного освещения ее потребуются, конечно, много времени, богатства материала и сил. Имеющиеся же в настоящее время в нашем распоряжении материалы, добытые как нами, так и другими исследователями, все же являются, как

нам кажется, уже достаточными как для определенных выводов, так и для привлечения серьезного внимания к области учения о слове, как физиологическом факторе.

Поэтому на излагаемое ниже нужно смотреть, как на начальную стадию выполнения исследовательской работы, предпринимаемой по суггестивному и гипносуггестивному методу, которому мы придаем исключительно важное значение при изучении как реакции на словесный раздражитель, так и механизма психических процессов человека.

Наши исследования распадаются на: а) изучение влияния словесного раздражителя определенного содержания на общее бодрствующее состояние организма, б) влияние слова на отдельные анализаторы, resp. органы чувств, объективными признаками чего служит реакция со стороны той же вегетативной системы, и наконец, с) изучение влияния слова на отдельные, частичные функции вегет. н. с. Кроме этого, мы коснемся также и мимико-соматических, resp. эмоциональных реакций, как ответ на словесные раздражения.

Но, прежде чем перейти к изложению добытых в этой области данных, нужно сказать, что в нижеследующем мы будем пользоваться результатами работ не только наших личных и наших сотрудников, но и других исследователей русских и иностранных. Остановливаясь на наших исследованиях, мы должны сказать, что объектами их были как здоровые (служащие в различных учреждениях), так и больные, являвшиеся амбулаторными пациентами Украинского Психоневрологического Ин-та и нервной пропедевтической клиники Харьковского Медицинского Ин-та.

Для большинства наших личных опытов мы брали т. н. «сомнамбул», т. е. лиц, легко внушаемых с быстро развивающимся гипнотическим состоянием и с легкой реализацией разнообразных внушений как в гипнозе, так, отчасти, и в состоянии бодрствования. Для намеченной нами цели подобного рода объекты являлись подходящими во всех отношениях. Мало того, что у них реакция на словесный раздражитель появлялась очень быстро и постоянно,—но эти реакции можно было получать из большинства отделов не только анимальной, но и вегетативной н. с. Что касается состояния нервной системы наших объектов, то никого из них, кроме одного аффект-эпилептика, нельзя ни в коем случае считатьотягощенным каким-либо патосимптомо-комплексом. Особенно подчеркнем положительное состояние н. с. объекта Ш-вой, 42 лет, с которой поставлено наибольшее количество экспериментов. Этот объект, хорошо известный мне в течение 19 лет, обладает вполне уравновешанной н. с., стойко выдерживает борьбу с тяжелыми условиями жизни и никогда не проявлял и не проявляет каких бы то ни было истерических реакций. Одним словом, ни один из наших объектов не принадлежал к категории тех «глубоких» истеричек и истериков, только у которых, как это принято думать, и могут быть легко вызываемы всякого рода «гипнотические» феномены. Ниже мы приводим данные, полученные лишь у 4-х объектов. Могут быть возражения против такого ограниченного количества. Но нужно сказать, что наша главная цель представить объективные доказательства действительного наличия реакций на словесный раздражитель, и для этого, конечно, допустимо ограничиться теми объектами, у которых это выявляется наиболее ярко и отчетливо. С другой же стороны, нагромождение однородного материала не будет соответствовать заданию и содержанию статьи, имеющей целью дать лишь толчок научно-исследовательской мысли в определенном направлении и к обращению большего внимания на явления жизни, так долго игнорировавшиеся естествоиспытателями и врачами.

III

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Приступая к изложению наших исследований и изучения реакций со стороны н. с. на словесный раздражитель, начнем со слова «спать», как вызывающего в организме изменения общего характера и известные под именем «гипноза», издавна

привлекавшего внимание группы исследователей. Эти данные смогут показать, действительно ли словесный раздражитель может вызвать изменения в организме соответственно своему содержанию. Если это будет действительно так, то этим путем и вопрос о гипнозе м. б. более правильно освещен. Как известно, прочно установившейся, единой точки зрения на гипнотическое состояние и поныне нет. Сторонники школы Charcot, как известно, рассматривают это состояние, как искусственно вызванное патологическое истерическое состояние. Школа Bernheim'a, привлекавшая наибольшее количество сторонников, в особенности в Германии и России, рассматривает состояние гипноза как дериват внушения (гипноз — внушенный сон) и, представляя явления гипноза в свете психологии, считает процесс внушения чисто психологическим процессом. В дальнейшем все научные споры концентрировались у вопроса, есть ли гипноз сон или не сон, а б. м. что-либо другое. Появился ряд теорий, с одной стороны, чисто физиологических, с другой — чисто психологических и, наконец, смешанных.

Не останавливаясь подробно на всех этих теориях, укажем лишь на то, что в 90-ых годах, в эпоху разгара борьбы мнений, противоречия доходили до крайних пределов. Так, по мнению проф. Mendel'я²⁴⁾, гипноз есть состояние сильного раздражения головного мозга, по Ziemssen'у — состояние угнетения коры мозга, по Verwoegh'у²⁵⁾ это наивысшая степень бодрствования. Профессор В. Я. Данилевский²⁶⁾ смотрит на гипноз, как на психорефлекторное торможение, к которому головной мозг человека подошел эволюционным путем. Генез гипноза животных — страх. Рудименты страха лежат в основе и человеческого гипноза. Отсюда В. Я. Данилевский считает правильным рассматривать последний как «эмоциональный гипно-шок». Но эти противоречия происходили, очевидно, от разницы и смешения понятия о гипнозе, с одной стороны, а с другой — от недостаточности в методах физиологического исследования, и, наконец, с третьей — субъективно-психологический подход к исследованиям параллельно с дуалистическим мировоззрением на природу личности человека. И нужно сказать, что Запад все же еще пока находится в менее благоприятных условиях, не освободившись от чисто психологического мышления. Хотя в Германии в настоящее время большинство авторов склонны признать полное тождество сна и гипноза, но все доказательства построены на сопоставлениях и аналогии (Forel²⁷⁾, Löwenfeld²⁸⁾, Grömpner²⁹⁾, Kronfeld³⁰⁾ и мн. др).

Что же касается наших школ, то они, благодаря новым физиологическим методам (условн. рефл.), пользуясь новым чисто физиологическим, построенным на эксперименте, учением о высшей нервной деятельности, находятся в лучших условиях для решения вопросов учения о личности вообще и поведения ее и в затрагиваемой на этих страницах области, в частности. С точки зрения Павловской школы гипноз — есть экспериментальный частичный сон. Первый, как и последний, в основе своей имеет однородный нервный механизм — процесс внутреннего торможения (Бирман³¹⁾) и этим определяется тождество этих состояний. Бехтерев³²⁾ рассматривает гипноз, как «биологическое состояние тормозного характера, сопровождающееся подавлением личных рефлексов», состояние, напоминающее видоизмененный сон и объясняемое «торможением активного сосредоточения под влиянием пассивных... или же торможением, связанным с словесным или символическим обозначением сна: приказательным или убеждающим «спите», — следовательно, В. М. Бехтерев также относит состояние гипноза к явлениям того же порядка, но все же еще с некоторыми оговорками³³⁾.

К точке зрения на гипноз Павловской школы примыкают проф. Н. Перна³⁴⁾, проф. А. К. Ленц³⁵⁾, д-р А. П. Николаев³⁶⁾.

Наша точка зрения, развиваемая на этих страницах, высказана нами в 1924 г. на 2-м ленинградском съезде психоневрологов.

Иной точки зрения придерживается проф. В. П. Протопопов³⁷⁾. Опираясь на теорию однотипного парабютического торможения (Введенский), он рассматривает состояние, известное под именем «гипноза», как особую форму жизнедеятельности, не сходную ни со сном, ни с обычной формой бодрствования. Выставленная профессором Л. Л. Васильевым³⁸⁾ и построенная на физиологических экспериментах рабочая

гипотеза о двойственной природе торможения — парабитического и сонного — заставляет соглашаться с тем, что положения Павловской школы оказываются ближе стоящими к истинному освещению вопроса. По этой теории Л. Л. Васильева т. н. сонное торможение лежит также в основе гипнотического состояния человека.

Само собою разумеется, что все эти разногласия, хотя и в меньших пределах, но все же еще существующие, указывают на необходимость дальнейших исследований и доказательств в этой области. Каким же путем нужно идти к разрешению вопроса о природе этого состояния? Мы не можем в полной мере соглашаться с мнением авторов, не считающих возможным в настоящее время отождествление гипноза со сном, так как «сон и бодрствование являются еще не настолько изученными, чтобы с ними можно было сравнивать то, что также подлежит изучению» (Протопопов).

Также нам кажется не в достаточной степени обоснованным мнение по этому поводу проф. Schulz'a³⁹), указывающего на то, что «в наших современных знаниях слишком еще много пробелов для точного понимания неврофизиологических основ сна и гипноза». Если можно согласиться относительно последнего, то в отношении первого этого сделать нельзя. Ведь теперь признано, что состояние нашего естественного сна есть определенное состояние вегетативной н. с. с симптомами ваготонического, *геср. гипосимпатикотонического* характера. И мы считаем, что для решения вопроса о природе гипнотического состояния путь может быть один — чисто физиологический, определяющий как состояние мозговой коры, этого регулятора нашей жизни в бодрствовании, так и состояние вегетативной н. с. во время гипноза. Определение состояния последней для нас весьма важно. Ведь в конечном итоге нас должен интересовать вопрос о вредности или безвредности гипнотического состояния для организма человека. Нас должен интересовать вопрос, *совершаются ли в этом состоянии процессы катаболизма или анаболизма?* Если становиться на точку зрения проф. Verwohn'a²⁵), рассматривающего гипноз, как высшую степень бодрствования, если принять во внимание взгляды проф. В. Я. Данилевского, видящего в основе развития гипнотического состояния эмоцию страха и обозначающего гипноз как «эмоциональный гипно-шок», и если, наконец, учесть взгляд проф. В. П. Протопопова, по которому «состояние гипноидное наминает по своим проявлениям реакцию сосредоточения», — если, повторяем, принять во внимание все эти точки зрения, то едва ли мы можем свободно и широко пользоваться в различных направлениях этим состоянием повышенных функций нервной системы человека. Но так ли это?

Разрешение этого вопроса является необходимым уже по одному тому, что гипнотическим состоянием мы пользуемся для оказания лечебной помощи больному, и ответ на этот вопрос может быть дан только путем физиологическим, путем исследования состояния именно вегетативной н. с. Пульс, дыхание, кровяное давление, сосудистые реакции, газовый обмен, солевой, реакции на инъекции адреналина, t° , соматические вегетативные рефлексы и другие большие и малые симптомы состояний автономной н. с. должны быть предметом исследования. Сопоставление же этих данных с аналогичными данными, полученными в естественном сне, в этом настоящем, уже заведомо известном состоянии анаболизма, позволит, конечно, установить, с одной стороны, тождество по существу этих состояний, а с другой — может быть, и некоторые различия в количественном или качественном отношениях.

Одним словом — критерием должны служить данные исключительно физиологические, построенные на чистом эксперименте, на основных рефлексах, но не на теориях, условных, надстроечных «суперрефлексах», оторванных от реальной жизни.

Если же подходить к состоянию гипноза уже только лишь со стороны одного учения об условных рефлексах, то это состояние нужно рассматривать как копию сна, как сонный условный рефлекс, воспитавшийся на врожденном защитном рефлексе — сне. Вспомним вышеописанные примеры опытов д-ра Крылова, когда собака засыпала от одного вида шприца, от теплой воды *per rectum* и проч., как от условных раздражителей. Заменяв при этих условиях шприц, теплую воду словом «спать», мы получим ту же реакцию. Если бы д-р Крылов при этих инъекциях произносил слово «спать»,

то собаки его, очевидно, так же засыпали бы от одного этого слова, как и от других условных раздражителей, совпадавших с инъекцией морфия или введением хлорал-гидрата в прямую кишку. А так как *условный рефлекс есть копия врожденного*, то в гипнотическом состоянии, как являющемся реакцией на условный словесный раздражитель «спать», естественно ожидать и физиологических изменений в организме, наблюдаемых в состоянии самостоятельного настоящего сна. Если эти изменения окажутся налицо, то это может служить доказательством того, что рефлексологическое освещение данного вопроса является правильным и что в данном случае условно-рефлекторная реакция есть копия основной, безусловной. И вот все предпринимаемые в этом направлении исследования и должны являться объективными доказательствами того, что под влиянием словесного раздражителя «спать» действительно происходят физиологические изменения в организме, соответствующие содержанию, вложенному в этот словесный сигнал.

В наших личных опытах мы касались реакций только со стороны *кровенного давления, дыхания и пульса*, т. к. эти реакции являются наиболее удобными для записей и измерений.

Особое значение мы придавали уровню *кровенного давления*. Последнее останавливало наше внимание уже по одному тому, что ни в одном из классических трудов и в монографиях о гипнозе до настоящего времени не было и нет указаний на состояние кровяного давления в гипнотическом состоянии. Появившиеся же в последние годы исследования очень скудны, и по Lenk'y⁴⁰⁾ (1920) и Deutsch u. Kauff'y⁴¹⁾ (1923), кровяное давление в гипнозе повышается. Предметом исследования кровяное давление было и у ленинградского проф. А. В. Гервера²³⁾. Но автор исследовал давление лишь до и после гипнотического состояния, но не во время его.

В нашей клинике в 1924 году уже было подмечено, что, при исследовании у некоторых гипнотиков кровяного давления, последнее оказывалось в гипнотическом состоянии пониженным в сравнении с состоянием бодрствования. Д-ру А. М. Цынкину было нами предложено провести систематическое и на большем материале исследование. Последнее производилось при помощи сфигмографического асциллометра Raschou'a. Д-ром Цынкиным было произведено 71 исследование на 26 объектах, впадавших в состояние гипноза различных степеней. Эти исследования показали, что у всех объектов *кровенное давление, как правило, падало*. Степень падения колебалась от 8 до 25 делений манометра аппарата. Интересно, что быстрота падения была всегда прямо-пропорциональной быстроте перехода в гипнотическое состояние. При переходе же из этого состояния в бодрствование уровень давления также изменялся соответственно темпу пробуждения. Не останавливаясь на деталях исследований, скажем, что это понижение давления нам в дальнейшем приходилось констатировать всегда, когда бы впоследствии ни исследовали кровяное давление у любого гипнотика. Считаю необходимым привести тут, как наиболее объективные, и графические данные, полученные нами в лаборатории по изучению труда в Укр. Психоневрологическом Ин-те. Запись произведена при помощи сфигмографа Ускова и с наложением широкой манжетки на правое плечо*). Прилагаемая здесь сфигмограмма ясно демонстрирует изменение давления под влиянием словесных раздражителей «засыпайте», «спать», «проснитесь» (см. рис. 6, стр. 27).

Исследования, произведенные дважды на одном и том же объекте, дали одни и те же результаты, как показывают приводимые здесь кривые.

Интересно отметить влияние формы и тона внушения. Энергичное короткое и громкое «спать», «проснуться» давало быстрое повышение? Спокойное, медленное «за-сы-пай-те» вызывало и соответствующую реакцию со стороны давления (см. рис. 7). Уровень кривой, соответствуя состоянию давления, понижается после раздражителя «спать» и повышается после «проснитесь».

*) Приношу благодарность лаборанту д-ру М. М. Денисенко за постоянную помощь при постановке экспериментов как этого опыта, так и большинства последующих.

Если мы учтем результаты многочисленных исследований д-ра Цынкина и данные сфигмограммы, совпадающие с результатами, полученными при помощи манометра Roschon'a, то симптом падения кровяного давления в гипнозе может считаться закономерным. И если это действительно подтвердится при дальнейших проверочных исследованиях, то уровень кровяного давления может служить надежным объективным признаком действительно имеющегося налицо гипнотического состояния и, быть может, также и показателем глубины его.

Переходя к вопросу о состоянии *пульса* и *дыхания* во время гипноза, нужно сказать, что и здесь нет единства мнений, и результаты, полученные различными авторами, различны и противоречивы. По одним (Vogt, Moll, Kirschenberg⁴²), пульс и дыхание в гипнотическом состоянии замедляются, по другим (Bernheim, Löwenfeld, Kronfeld) каких-либо изменений не наблюдалось. Третьи, как, напр., Гие и Лазурский, нашли как ускорение, так и замедление (наблюдения над 11 объектами), в зависимости от глубины гипноза. Наконец, по мнению четвертых, пульс и дыхание в гипнотическом состоянии ускоряются (Braid, Lenk,⁴⁰) Deutsch), проф. А. В. Гервер⁴³).

Нужно сказать, что эти противоречия в выводах могут быть связаны с различными приводящими факторами. Эмоциональное состояние объектов, методика усыпления, весьма малое количество испытуемых, и иногда лишь единичные случаи у авторов, наконец, методика исследования, — все это может играть ту или иную роль, что заставляет с осторожностью подходить к выводам по этому вопросу. В таких случаях количество материала и однообразие методики, сосредоточенные в руках одного и того же исследователя, могут благоприятствовать более точным и верным выводам. Наши личные наблюдения показывают, что в большинстве случаев при «спокойной» методике усыпления, с внушением «спать», «засыпайте» и проч., без фиксации взгляда на блестящем предмете, обычно наблюдается замедление пульса и дыхания. Очевидно, если объект засыпает и при фиксации зрения на блестящем предмете, то это засыпание происходит не от этого сосредоточения, а под влиянием соответствующих слов усыпления. У заснувших, т. е., под влиянием словесного внушения, пульс замедляется на 8—12 ударов в 1'. У одной базедовички, находившейся в нашей клинике, пульс в гипнозе в течение первых сеансов замедлялся со 117 до 105 в 1', а в последующих — и до 100 (д-ра Цынкин и Грундфест).

Что касается *дыхания*, то у наших объектов мы наблюдали не только замедление, но и изменение глубины, и у большинства в сторону поверхностности его.

Д-р М. Цынкин, исследуя пульс и дыхание в гипнозе у 24-х объектов (67 исследований), пришел к выводам, что пульс у всех замедлялся на 6—12 ударов в 1' у глубоко спавших и на 3—7 ударов в 1' у находящихся в гипнозе слабой и средней степени. При чем замедление идет за счет *удлинения диастолы*. Дыхание у всех объектов также замедлялось на 3—6 в 1', очевидно, в зависимости от степени гипнотического состояния. Замедление происходит за счет удлинения паузы между вдохом и выдохом. Дыхание становилось более равномерным и в большей или меньшей степени поверхностным. Глубина его, как показали измерения кривых, в среднем уменьшалась вдвое. Некоторое исключение составляли лишь 2 объекта, у которых наблюдалось учащение дыхания, а также и пульса в момент усыпления с тем, чтобы потом замедлиться, а иногда лишь возвратиться к частоте догипнотического состояния при пониженном кровяном давлении. И если у этих объектов в состоянии бодрствования дыхание было не всегда ровным как по ритму, так и по глубине, то в гипнотическом состоянии эти неровности исчезали.

Представляя для иллюстрации сказанного кривые дыхания наших личных объектов, остановимся сначала на пульсе объекта Ш-вой, очень с этой стороны демонстративного. Подсчет пульсовых ударов был произведен на электрокардиограмме. У этого же объекта при электрокардиографическом исследовании П/IV²⁸ г., произведенном в терапевтической факультетской клинике Харьк. Мед. Инст-та*), обнаружено следующее: пульс в состоянии бодрствования в лежачем положении — 62 в 1' при полной тишине в лаборатории. В момент словесного раздражения «засыпайте», «спите» пульс несколько учащается. Если продолжительность одной эволюции до этого момента была в 0,97", то во время него = 0,9". В периоде засыпания пульс тотчас же возвращался к одному сокращению в 0,97". Через 30' пульс = 60 в 1', а через 40' он равнялся 57 — в 1'. Кровяное давление у данного объекта в состоянии бодрствования 135, во время гипноза 125. Пробуждение с полной амнезией. Этот эксперимент может с ясностью подчеркнуть, что если и встречается

*) Приношу благодарность проф. П. И. Файншмиду за разрешение постановки эксперимента в заведываемой им клинике и д-ру Гольдштейну — за помощь при производстве самого исследования.

учащение пульса, то последнее приходится на момент процесса усыпления. Это учащение нужно рассматривать, повидимому, как реакцию на слуховой словесный раздражитель, содержание которого («засыпайте») вызывает в дальнейшем другую, соответствующую ему реакцию — реакцию замедления, начинающую появляться с началом развития сонного торможения с тем, чтобы в дальнейшем выразиться еще резче.

Переходя к иллюстрации кривыми дыхания в гипнозе, остановимся на кривой об-та К-на 28 л., бывшего алкоголика. Засыпает быстро под влиянием одного лишь сигнала «спать!» На кривой очень демонстративны быстрое и резкое изменение дыхания, уплощение волн и быстрый подъем их при противоположном сигнале «проснитесь» (см. рис. 8). У этого объекта на 20-й минуте внушенного сна дыхание оказалось, согласно сделанному подсчету, замедленным на 4 в 1'!

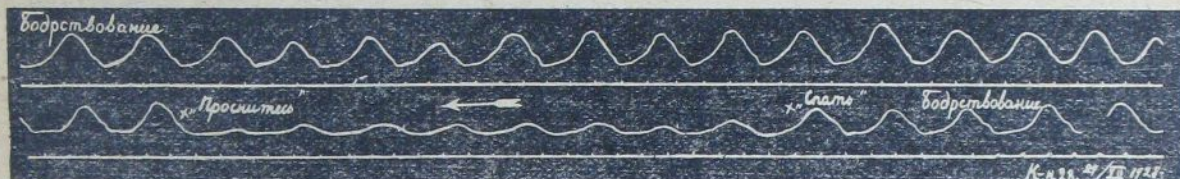


Рис. 8. Дыхание в бодрствующем состоянии (верхняя кривая) и в гипнозе. После инструкции «спать» дыхание сразу меняется, так же, как и после «проснитесь»

У следующего объекта Ф-вой 27 л. в 8 опыте 14/V 26 г. при исследовании в сидячем положении имеется ясная картина обычного в гипнозе выравнивания дыхательных волн и наряду с этим ослабление дыхания в сравнении с дыханием в бодрствующем состоянии. Рис. 9 иллюстрирует дыхание перед усыплением и в начале сна, рис. 10 — в конце непрерывного сна. Пробуждение на 28-й минуте.

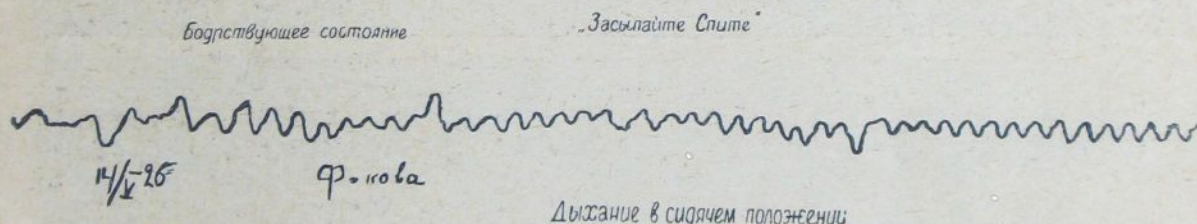


Рис. 9. После инструкции «засыпайте», «спите» у объекта Ф-ой дыхание выравнивается



Рис. 10. Дыхание по пробуждении

В данном случае особенно ясна, как и в первом, быстрая смена реакций со стороны дыхания при переходе из одного состояния в другое.

Это выравнивание дыхания, спокойствие и ритмичность его особенно отчетливо вырисовывается на пневмограмме об-та Ш-вой 42 л. Дыхание записано на протяжении почти $1\frac{1}{2}$ -часового гипнотического состояния (см. рис. 11) в лежащем положении объекта. На протяжении всего сна дыхание остается поверхностным на уровне выдоха и в достаточной степени ритмичным. На этой кривой видны и нарушения как глубины, так и ритма приводящими факторами — вдохи, перемена положения, общие движения, движения головой, слуховые раздражения (случайное падение стула). Особенно ясная равномерность и ритмичность дыхания у Ш-вой выразилась в эксперименте 9/VI 28 г. (см. рис. 18 на стр. 35). Постоянство этого явления можно наблюдать в дальнейших кривых этого объекта. В конце пневмограммы 11-го рисунка представлена кривая бодрствующего состояния.

Тут же видны изменения реакций при переходе из одного состояния в другое. Наряду с изменением глубины дыхания имеется и замедление его на 4—5 в минуту.

Как образец крайнего и притом редко встречающегося замедления дыхания во время гипноза приводим нижеследующую кривую одного аффект-эпилептика Н-кого,

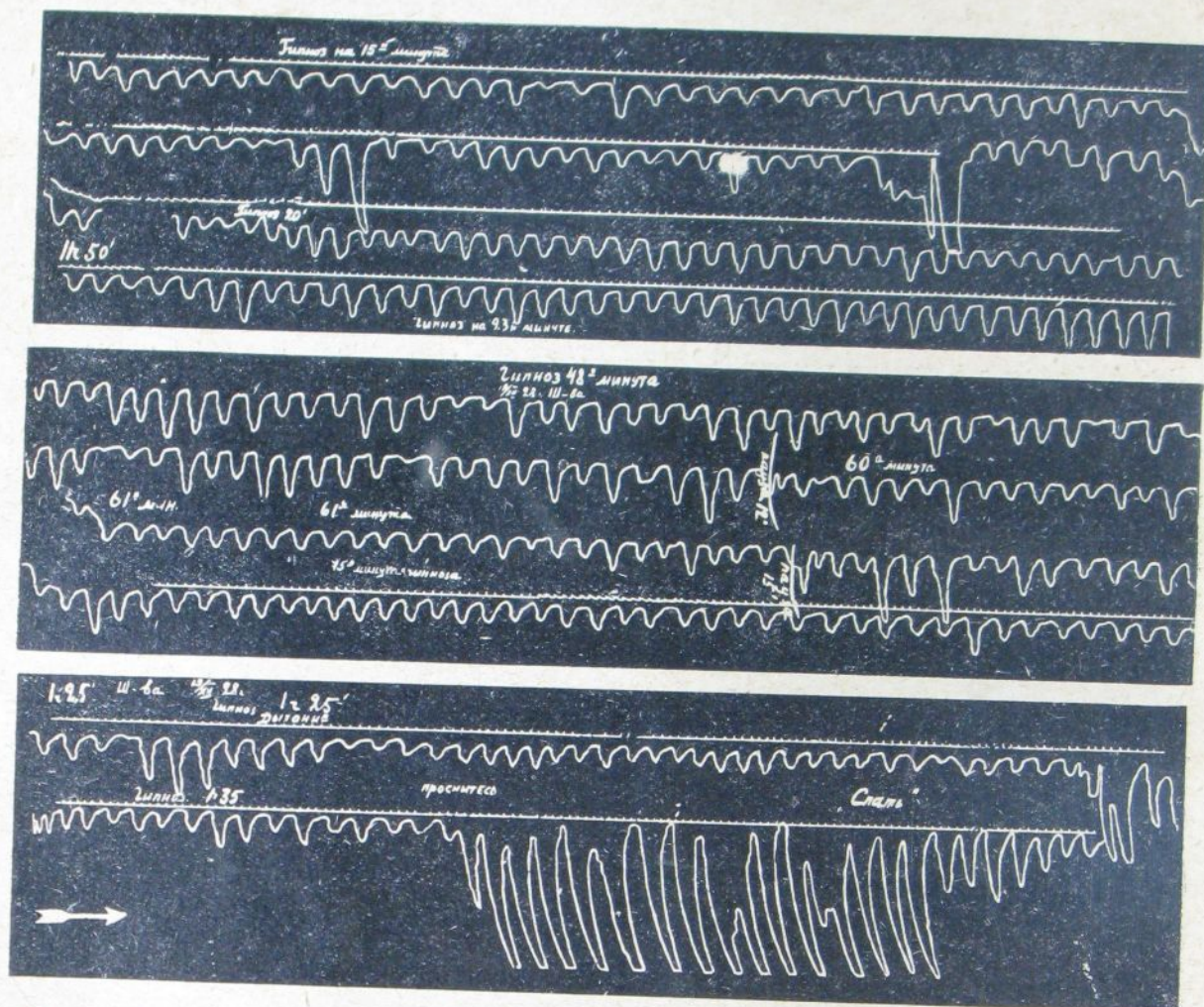


Рис. 11. Дыхание в гипнозе. Непрерывная запись в течение 1 ч. 35 минут. В конце кривой дыхание по пробуждении, вновь изменившееся под влиянием слова «спать»

у которого кривая дыхания в бодрствовании являлась своеобразной; беспокойной. Дыхание в гипнозе замедляется у него до 9 в минуту и в значительной мере выравнивается (см. рис. 12).

Наблюдения наши показали, что быстрота изменения дыхания пропорциональна к скорости засыпания. Особенно это заметно у таких объектов, как Ш-ва, у объектов же, засыпающих не сразу, при постепенном как самостоятельном, так и при искусственном развитии глубины гипноза, и изменения дыхательной кривой развиваются также постепенно.

Иллюстрацией этого могут служить как дальнейшие кривые объекта Ш-вой так и, в особенности, объекта М-ва (мужчина 45-х лет; см. рис. 13).

До усыпления, как видно из кривой, дыхание довольно глубокое, но по мере внушения более крепкого и более глубокого сна, глубина дыхания постепенно меняется в сторону уменьшения ее.

Эти наблюдения над изменением глубины дыхания могут указывать на то, что глубина гипнотического состояния не остается без влияния на глубину дыхания у данного объекта. Если мы обратим внимание на рис. 21 и 23, где отражены эксперименты на углубление гипноза, то мы убедимся, что параллельно с другими объективными признаками углубления сна имеется и уплощение дыхательной кривой. Обратное видно из эксперимента 15/ХІІ 28 г. (Ш-ва), когда, как по заявлению самого объекта, так и по показаниям кровяного давления, упавшего меньше обычного (на 5, а не на 10 делений), сон был не глубокий, глубина дыхания в среднем уменьшилась лишь вдвое (см. рис. 15). Данный объект Ш-ва, всегда засыпавший мгновенно, в этот день спала не глубоко. По ее заявлению, она глубоко дремала, смутно иногда улавливала шумы в лаборатории.

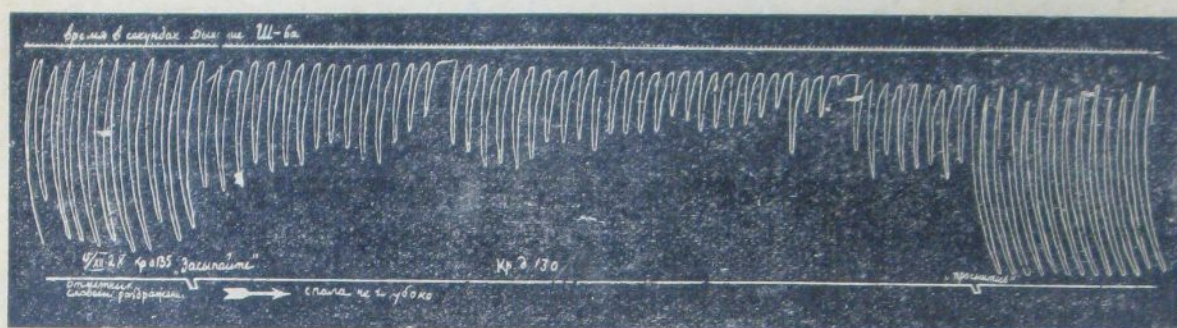


Рис. 15. Дыхание в гипнозе. Объект Ш-ва во время данного эксперимента спала не глубоко. Дыхание менее поверхностно, чем всегда и кровяное давление уменьшилось на меньшее количество делений

Из дальнейших кривых с ясностью можно усмотреть также параллелизм явлений, если взять в качестве критерия глубины сна степень падения кровяного давления. Чем ниже при процессе развития сна кровяное давление, тем поверхностнее дыхание, независимо от способа усыпления. Для данного объекта можно с определенностью установить, что крайнее падение давления до 125 соответствует наибольшей поверхностности дыхания. В пользу связи явлений со стороны глубины сна и глубины дыхания у данного объекта может также говорить и постепенность уменьшения амплитуды колебания кривой в период засыпания. Это взаимоотношение установлено, как упоминалось уже, и при исследовании кровяного давления. Повидимому, кривая дыхания может также служить показателем быстроты засыпания. Более детальные исследования д-ра Цынкина действительно показывают, что глубина гипноза может быть связана с соответствующей глубиной дыхания. Постоянно ли это явление или нет, должны, конечно, показать дальнейшие, более многочисленные, более детальные исследования.

Но уже накопившийся у нас материал позволяет с большой уверенностью говорить, что в гипнозе пульс и дыхание, в зависимости от степени гипнотического состояния, обычно замедляются, при чем дыхание у большинства становится более или менее поверхностным. Но нельзя не указать, что могут быть и индивидуальные отступления от общего положения, что наблюдается, как известно, и в естественном сне, когда может встречаться даже и Чейн-Стоковский тип дыхания.

Итак, на основании наших с д-ром Цынкиным данных, полученных на довольно большом материале, можно считать за правило, что в гипнозе пульс и дыхание замедляются и последнее в большинстве случаев ослаблено и становится более ритмичным, выравнивается, кровяное же давление падает.

Наряду с этим нужно отметить и наступающие во время гипноза изменения со стороны тонуса периферических сосудов. Плетизмографические кривые, полученные д-ром Цынкиным при исследовании пульса воздушным плетизмографом В. Я. Данилевского, говорят за понижение этого тонуса в гипнозе.

В заключение надо сказать, что все эти реакции со стороны пульса, дыхания, давления, тонуса сосудов могут служить действительными объективными признаками наступившего «гипнотического» состояния. Особенно ценным в этом отношении должно быть кровяное давление.

Как же понимать указания авторов на учащение пульса, дыхания и повышение давления, наблюдавшиеся ими в гипнозе? Вне всякого сомнения, эти изменения нужно рассматривать, как результат приводящих причин эндо- и экзогенного характера. В этом убеждают нас исследования как других авторов, так и наши, произведенные в этом направлении. О них будет сказано дальше.

Очень важными являются произведенные Heilig'ом и Hoff'ом⁴⁴⁾ исследования реакций со стороны кровяного давления на инъекции адреналина в гипнотическом состоянии, а также и работы Glaser'a⁴⁵⁾ и Demol'я⁴⁶⁾ с колебанием ионов Са в крови. Исследуя состояние вегетативной н. с. у глубоко спящих в естественном сне, первые обнаружили, что инъекции адреналина, вызывавшие значительное повышение давления



Рис. 16. Дыхание и храп во время гипноза

в состоянии бодрствования, в гипнозе, как и в естественном сне, давали или значительное повышение его, или вовсе не давали этого повышения. Аналогичные результаты были получены и в нашем психотерапевтическом отделении д-ром Шлифер, произведенными у 6-ти гипнотиков. У всех их при инъекции 1 см Sol adrenal 1% Perke - Davis получилась ваготоническая реакция в гипнозе, в противоположность симпатикотонической в бодрствующем состоянии.

Исследования в отношении содержания ионов Са в сыворотке крови во время гипноза показали, что количество их в последнем падает, при чем, по исследованиям Glaser'a уменьшение Са идет пропорционально глубине гипноза.

На уменьшение количества Са в крови во время сна естественного и гипнотического сна, а также вызванного наркотиками, указывает и Demole. В противоречии с этими данными стоят исследования Heilig'a и Hoff'a, определяющих, наоборот, повышение Са в крови во время гипноза. Дальнейшие исследования должны устранить эти противоречия.

Исследования Kirschenberg'a указывают на понижение вязкости крови в гипнозе (на 11,8%). Johnston и Washeim⁴⁷⁾ показали, что гипноз приводит к временному торможению механизма желудочной секреции и что кривые общей и свободной кислотности при пустом желудке во время сна почти тождественны с такими же во время гипноза. К этим экспериментальным исследованиям нужно прибавить еще одно, сделанное в ноябре 27 г., по нашему предложению, д-ром П. Я. Гальпериным и рентгенологом д-ром Осетинским при рентгеноскопическом исследовании тонуса желудочно-кишечного тракта у двух объектов. Во время гипнотического состояния можно было заметить изменения ваготонического характера. К сожалению, по чисто внешним причинам, было произведено лишь три исследования. Но полученные результаты заставляют ожидать и с этой стороны изменений, связанных с гипнотическим состоянием. Этим пока исчерпываются лабораторно-экспериментальные данные, служащие показателем того, что состояние гипноза покоится на вегетативном сдвиге.



Рис. 17. Самостоятельное засыпание объекта в обстановке постоянного гипнотизирования. Дыхание, читать слева направо

Совместно с проф. А. В. Репревым нами сделана проба и на психогальванический феномен в бодрствующем и гипнотическом состояниях. Первые шаги показали, что и с этой стороны могут быть получены объективные доказательства в пользу происходящих в организме изменений. Но, кроме всего этого, во время гипноза наблюдаются еще и другие симптомы этого сдвига — сужение зрачков, гипотония поперечно-полос. мускулатуры, гипотония мягкого неба (некоторые в гипнозе храпят), у иных появляется потливость и т. под. Кривая № 16 отражает храп одного из гипнотиков. Эти и другие мелкие симптомы ожидают систематических исследований. Не говорят ли все эти симптомы больше в пользу сдвига в сторону гипосимпатикотонии и не являются ли они подтверждением правильности условно-рефлекторного освещения вопроса о природе человеческого гипноза?! Приведем еще наблюдаемые у гипнотиков явления, также говорящие за условно-рефлекторную природу их сна, за копию естественного сна. Известно, что животные в лаборатории Павлова, засыпавшие под влиянием монотонных длительных раздражителей, впадали также в сонное состояние и под влиянием раздражителей, совпадавших по времени со снотворными факторами (вхождение в привычную камеру, установка в станок, где они обычно засыпали, и т. п.). То же явление приходилось нам наблюдать и у людей. Так, один объект, гипнотизировавшийся ударами метронома наряду со словесным усыплением, впоследствии засыпал в приемной, лишь услышав звуки метронома, доносившиеся из соседней комнаты. Здесь звук метронома, бывший раньше для объекта индифферентным, явился уже условным сонным раздражителем, будучи в прошлом связанным со словесным. Другой объект указывал на развивавшуюся сонливость, как только он входил в помещение, где неоднократно усыплялся. Наш объект III-ва, кривые которой здесь приводятся, являясь регулярно в лабораторию для наших опытов, после ряда таких посещений во время приготовления аппаратуры для записей дыхания начинала дремать задолго до усыпления. Это мы часто улавливали на кривой дыхания при начале установки записывающего аппарата. С этим нежелательным явлением приходилось бороться соответствующим словесным приказом «вам не хочется спать» и т. п. Дыхание при этом становилось из поверхностного глубоким при одновременном появлении других признаков бодрствования (см. рис. 17).

Тут же необходимо отметить, что однажды мы предоставили объекту возможность засыпать и дальше. И в этом, самостоятельно развивавшемся под влиянием окружающей обстановки, сохранялась способность к реакциям на словесное раздражение и все внушения, им выполнялись, как всегда. То же самое наблюдал у части своих объектов и д-р Цынкин. Т. о. во всех этих случаях, благодаря сочетанию снотворных раздражителей с индифферентными, последние приобретают все свойства первых, даже если они по физиологическому своему воздействию обычно вызывают реакции противоположного характера. Это подтверждается экспериментами проф. Иванова-Смоленского⁴⁸), когда он, сочетая гипнозогенные раздражители (длительные ритмические, световые, слуховые и тепловые) с резким звонком, получал развитие сна у человека и от последнего. Им был воспитан т. о. сонный рефлекс на резкий звук. Но приходилось наблюдать и обратное явление: лица, уже привыкшие быстро засыпать под влиянием внушения в одной обстановке, в новой — лабораторной — первое время засыпали медленнее и менее глубоко, а иных не удавалось усыпить вовсе. Следует

сказать еще и то, что при частых усыплениях развивается быстрота и глубина гипнотического состояния. Одним словом, развитие последнего у человека происходит по всем законам развития и жизни лабораторных искусственных сочетательных рефлексов.

Коснемся еще ряда других явлений, позволяющих рассматривать гипноз с рефлексологической точки зрения, т. е. как копию сна, и отождествлять его с последним. Известно из наблюдений, что спящий обычным своим реагирует на те или иные внешние раздражители, и обычно принято определять глубину сна степенью раздражения индифферентными для спящего раздражителями. Известно также, что спящий не теряет связи с внешним миром и так или иначе реагирует на известной силы внутренние и внешние раздражения, и не нужно говорить, что если бы не была сохранена эта связь, то сон терял бы свое биологическое значение. Без этого нельзя было бы и разбудить спящего в любой момент. В связи с этим нас заинтересовал вопрос о наличии таких же реакций и у лиц, находящихся в гипнозе. Для пока ориентировочных исследований в этом направлении мы пользовались различного рода раздражителями. Усыпляя объект лишь приказом «засыпайте», «спите» и без добавления каких бы то ни было других внушений, могущих влиять на глубину сна или характер реакций, мы производили шумы различной интенсивности: шум текущей из крана воды, обычные разговоры, слабые стуки дверью, окном, движенья стульями и т. п. Все это не вызывало изменений кривой дыхания загипнотизированного. Но более сильное раздражение в виде хлопанья в ладоши над самым ухом, шумного движенья стулом и т. п. уже вызывало реакцию со стороны дыхания, не пробуждая объекта (см. рис. 18).

Такая же реакция получалась и со стороны кровяного давления. Присутствуя во время одного из исследований д-ром Цынкиным кровяного давления в гипнозе, мы наблюдали с ним незначительное повышение давления на сильные звуковые раздражения, на слабые же — реакции не наблюдалось. Надо сказать, что по пробуждении объекты не имели представления об этих раздражителях. Поставленные д-ром Цынкиным специально в этом направлении опыты с объектом Д-й дали тот же эффект. Эти реакции у наших объектов указывают на известную лишь степень глубины гипнотического состояния, требующего более сильных раздражителей для вызывания дыхательных реакций. Необходимые в этом направлении дальнейшие исследования в различных модификациях и с точным измерением силы звуковых раздражителей должны будут, конечно, представить ряд интересных данных, важных как в теоретическом, так и в практическом отношениях. Прделанные же нами исследования носят лишь предварительный, ориентировочный характер в смысле разрешения вопроса о степени глубины сна у гипнотиков и в особенности у т. н. «сомнамбул». Что же касается в частности нашего объекта III-вой, то мы можем определенно

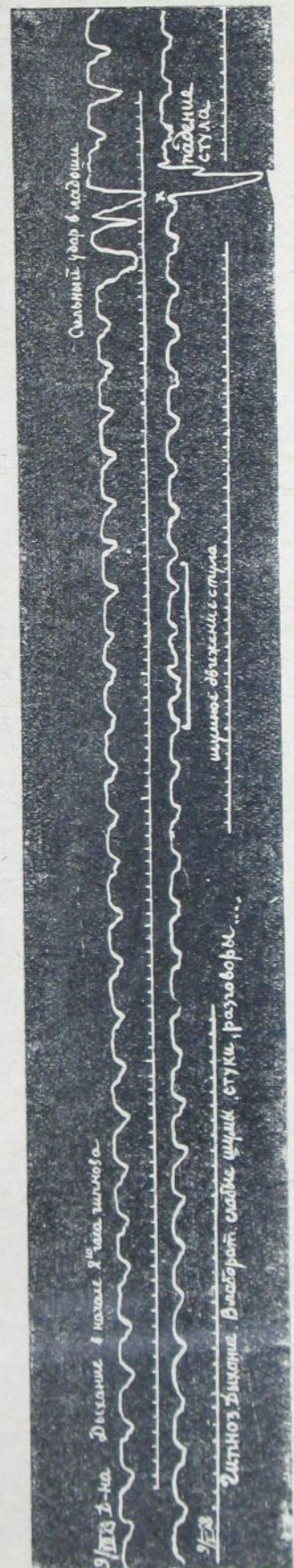


Рис. 18. Спокойное ровное дыхание загипнотизированного нарушается лишь сильными звуковыми раздражителями

сказать, что при падении давления на 10 делений, при изменившемся дыхании и пульсе, при постгипнотической амнезии, т. е. при всех объективных признаках сна, сохранилась реакция дыхания и давления на определенной силы звуковой раздражитель. Полного и глубокого торможения в гипнозе нашего объекта не было. Аналогичные явления наблюдались нами и у других объектов. И с этой стороны мы наблюдаем то же, что и в естественном сне.

Многими авторами упоминается, что лица, находящиеся в гипнозе, иногда видят *сновидения*. Это приходилось нередко наблюдать как нам лично, так и нашим сотрудникам, и эти сновидения не нарушали установившегося раппорта, т. е. реагирования на слова экспериментатора. Из нашего приведенного здесь материала мы можем указать на объекта М-ва (см. рис. 14). На основании наблюдений мы уже знаем, что нарушения ритма и характера дыхания в гипнозе обычно обуславливаются какими-либо внутренними или внешними раздражителями, часто сновидениями. У данного объекта повторное по пробуждении легкое усыпление и произведенный в нем «гипноанализ» указал на имевшее место сновидение. Объект видел летящих вальдшнепов, беседа о которых была за 3 часа до эксперимента. Особенно ясное нарушение равномерности кривой дыхания под влиянием сновидения мы имеем на кривой III-вой, дыхание которой всегда отличалось своим спокойствием и ритмичностью (см. рис. 25). Точно также надо сказать, что у гипнотиков можно вызывать сновидения искусственным путем, нанося различного рода раздражения на периферии (Молл²⁴), Шильдер⁴⁹), Szulczewski⁵⁰). Нам лично удавалось у многих гипнотиков вызывать сновидения путем, например, слуховых раздражений, сдавливания конечностей, давления в области надплечий, путем кругового проведения острым предметом по кожной поверхности конечности. У каждого из объектов при этом вызывалось сновидение индивидуального содержания, о котором можно было иногда судить как по внешним реакциям во время гипноза, так и по рассказам самих объектов по пробуждении. При этом последние иногда делятся сновидениями по собственной инициативе, без соответствующих наводящих вопросов. Считаю необходимым привести случай, мне сообщенный д-ром Неймером. Работая на Горловском руднике и леча гипносуггестией больную, страдавшую тяжелым психоневрозом, он, однажды усыпил ее в амбулатории рудника незадолго до сигнального гудка, находившегося в одном дворе с амбулаторией. Во время «гипнотического» сна 6-й раздаются два, один за другим, гудка. Во время 2-го 6-я, не открывая глаз и с возгласом «ой, боже!», вся вздрогнула и привстала. Соответствующим внушением успокаивается и расспросом в гипнозе было выяснено, что 1-й гудок вызвал сновидение, будто она на станции ж. д. выходит из вагона на платформу, а во время второго гудка ей снится, что она попадает под приближающийся по соседнему пути паровоз. Генетическая связь между сновидениями и внешними раздражителями всех органов чувств доказана, как известно, наблюдениями и экспериментами многих авторов (Mory, Sante-de-Sanctis, Gregore и друг.). Установление этого факта объясняет доказанную возможность воздействовать также словесным раздражением на кору мозга и во время естественного сна, определяя т. обр. содержание сновидений (Sante-de-Sanctis). Есть указания, говорящие за то, что в естественном сне оказывается возможным производить словесные внушения, реализуемые по пробуждении (Дж. Джэксона⁵¹), Шильдер⁴⁸), Шульц³⁹).

Нужно сказать, что и в естественном сне «гипнотиков» можно получать все те же реакции на слова экспериментатора, как и в гипнозе. Об этом сохранении «раппорта» в естественном сне говорили старые гипнологи. Это подтверждают и наши исследования (Платонов, Шлифер, Крючкович). В связи со всем этим не покажется неправдоподобным то, что в настоящее время проф. Schultz производит терапевтические внушения также и в естественном сне, что делал еще в 90-х годах д-р Wetterstrand.

Считаю не лишним привести здесь сообщенное мне среди других жалоб одним из моих пациентов. Б-й К-к 63 л. остановил мое внимание на следующем, очень часто случавшемся с ним явлении. Он нередко бывает в кругу своей семьи, когда жена читает детям вслух. Мало интересуясь чтением, он всегда засыпает в начале же чтения и спит обычно с храпом $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{3}{4}$ ч. Во время его сна чтение продолжалось и все прочитанное оказывалось им усвоенным.

В учении о раппорте подобного рода явления не должны игнорироваться. Очевидно, не без основания психотерапевт-аналитик Дж. Джонсон в своей книге «Как бороться с нашими нервами» предостерегает взрослых от громких бесед в комнате спящих детей, так как последние, по ее словам, не лишены способности восприятий во сне. Ей также удавалось внушать в естественном сне пациентам вспомнить и рассказать по пробуждении историю их болезни.

Все эти данные и наблюдения устраняют единственное для многих авторов отличие «гипнотического» сна от естественного, а именно — существование связи, «раппорта», между гипнотиком и экспериментатором.

За тождественность гипнотического и сонного состояний может говорить возможность *«оживлять в памяти»* ночные забытые сновидения, что иногда позволяет, как известно, уловить причину невропатологических симптомов.

Надо сказать, что во время гипнотического состояния, в особенности длительного, проявляются *двигательные реакции*, наблюдаемые и в обычном сне, — вздохи, перемена положения, почесывания, различного рода голосовые реакции и проч., обусловливаемые, очевидно, раздражителями эндо- или экзогенного характера. Яркой иллюстрацией этого может служить следующее, случайно сделанное нами наблюдение, интересное и в других отношениях. Однажды, 3/VI 28 г., объект III-ва находилась в длительном гипнотическом состоянии, продолжавшемся 3-й час. В течение последнего получаса экспериментов на производилось и она продолжала спокойно спать, изредка производя небольшие движения головой, конечностями, меняя их позы. Но затем, на исходе последнего получаса, она стала проявлять реакции, указывавшие на ее беспокойство, тревогу — частые повороты головы со стороны на сторону, вздохи, гортанные звуки и т. п. Думая, что объект может видеть неприятное сновидение, я задаю вопрос: «что тревожит вас?» «Боюсь опоздать на поезд», был ответ. Из дальнейших вопросов выяснилось, что объект должен был возвратиться в поселок, куда поезд отходил в 1 ч. 20 м., т. е. через час. Тревога началась в 12 ч. 20 м. дня.

В данном примере мы видим, с одной стороны, мотивировку реакций в гипнозе, а с другой — существование в гипнозе, как и в естественном сне, бодрствующего пункта, гесп. готовности реагировать в определенном направлении. Вспомним аккуратное пробуждение лиц в назначенный себе с вечера более ранний чем обычно утренний час.

Упомянем еще об одном явлении, с которым нам приходится часто встречаться. Это — *привычные реакции при пробуждении* от спонтанного ночного или дневного сна, имеющие место также при пробуждении и от «гипнотического» сна, как, напр., потягивание, протиранье глаз, потирание лица руками, кашель, легкое головокружение и т. п. (см. рис. 14). Все эти явления, по заявлению самих объектов и их близких, обычны и постоянны при утреннем пробуждении. В одном случае мне всегда было трудно выводить из гипнотического состояния, продолжавшегося обычно 10 — 15 м. Оказалось, что этого объекта домашние будят по утрам также с большим трудом.

Как пример из ряда аналогичных явлений, но уже при процессе засыпания может быть приведен следующий случай. Больной К - в, 32 лет (neurasth.), погружаясь в естественный сон, засыпает обычно с «толчками». Развивающаяся сонливость в течение первых минут прерывается 3 — 5 раз неприятными ощущениями со стороны сердца, и только после этих «толчков» он уже обыкновенно глубоко засыпает и спит всю ночь. По его словам, это наблюдается у него всегда, за редкими исключениями. При лечении его гипносуггестивной терапией то же явление имело место и при развитии внушенного сна. Каждый раз наступавшая дремота прерывалась теми же ощущениями в области сердца, «толчкообразно» нарушавшими развивавшуюся дремоту.

Нужно иметь в виду и то, что для облегчения и ускорения развития гипнотического состояния дают предварительно какое-нибудь *снотворное* и обычно действующее преимущественно на кору мозга, как, напр., paraldehyd, bromural, adalin, alcohol и т. п. Не потому ли алкоголики легко гипнотизируемы?

Наконец, нужно упомянуть еще и о том, что для более легкого «гипнотизирования» мы с успехом *прибегаем к усилению в конце дня*, когда н. с. более

утомлена и поэтому иррадиация торможения в коре мозга происходит значительно легче. Наряду с этим и *привычная поза* субъекта при засыпании спонтанным сном также облегчает процесс «гипнотизирования». При этом, следовательно, мы пользуемся привычной позой, как вспомогательным условным сонным раздражителем.

Итак при учетывании всех этих феноменов, встречающихся в состояниях сна и гипнозе, естественно напрашивается вопрос: что же остается в пользу различия этих состояний? Отвечая на него и высказывая

прежнюю нашу точку зрения на гипноз, как на условно-рефлекторный сон, мы можем сказать, что хотя окончательный ответ может быть дан при дальнейшем углублении и расширении экспериментально-лабораторных физиологических и химических исследованиях, но все же все вышеприведенное может служить подтверждением истины в учении о развитии «гипноза» по механизму сочетательных рефлексов, а потому *гипнотическое состояние у человека нельзя иначе рассматривать, как подлинную копию обычного сна, как условный сонный рефлекс, развивающийся на врожденном защитном рефлексе — сне.* В основе того и другого лежит «сонное торможение, регулирующее химический обмен всего организма» (Павлов). В связи с этим гипноз

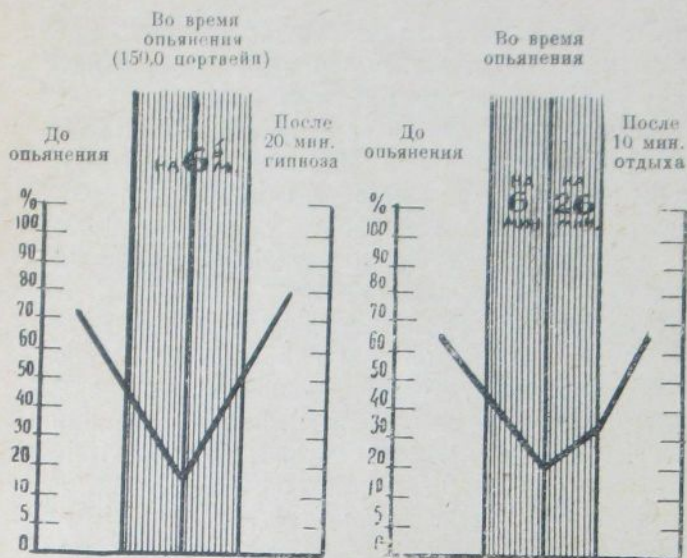


Рис. 19. Влияние гипнотического состояния на высоту психических процессов алкоголизированной Н. С.

должно рассматривать как состояние отдыха, состояние другой полезной для организма деятельности, восстанавливающей утраченные вещества, гср. состояние анаболизма.

В поисках за подтверждением этого мы решили проследить влияние гипнотического состояния на высшие функции н. с. Для этой цели мы предложили д-ру А. Н. Мацкевич произвести экспериментальные психологические исследования. Работа эта, носящая пока предварительный характер, показала, что после 20-минутного гипноза улучшаются процессы сосредоточения, ретенции, репродукции на 20 — 60%, а ассоциативные процессы облегчаются и ускоряются почти на 30%. Но особенно действие гипноза - отдыха по автору оказывается более постоянным в отношении ассоциативных функций. Время, затрачиваемое индивидуумами на эксперимент, после гипноза - отдыха сокращается, повышается продуктивность работы. Хотя работа д-ра М., проведенная на 11 объектах, носит пока ориентировочный характер, но закономерность полученных явлений позволяет сделать вывод в том направлении, что гипноз-отдых есть действительно отдых, состояние анаболизма, восстанавливающее усталые высшие функции. Интересно, что в этих опытах выяснилось и положительное значение внушения «отдыха» в гипнозе. *Словесная инструкция „вы отдыхаете“ еще больше улучшала функции высшей н. с. по пробуждении.* Тут же скажем, что наши с д-ром Мацкевич предварительные экспериментально-психологические исследования показали, что «отрезвление» после опьянения алкоголем также происходит значительно быстрее в 20-ти и 10-ти минутном гипнозе, чем в бодрствующем состоянии.

Эти исследования, сделанные пока лишь на одном объекте Ш-вой, представлены здесь в виде двух диаграмм, четко иллюстрирующих положительное влияние гипнотического состояния на высшие функции алкоголизированной Н. С. (см. рис. 19).

После эксп. - психол. исследования давалось 150,0 портвейна, на 6-й минуте было заметно влияние его. Произведенные исследования тех же функций дали резкое понижение напряженности их. Произведенное после

20 - минутного гипнотического состояния исследование показало восстановление их нормальной напряженности. Рис. 19 отражает контрольный опыт, указывающий, что и на 26 - й минуте опьянения нет еще отрезвления, наступившего лишь после 10 - ти мин. гипноза.

Этим экспериментом исчерпываются те данные, которые наряду с другими позволяют приходить к вышевысказанным соображениям относительно природы гипнотического состояния. Если же это не так, если гипноз не есть состояние анаболизма, то чем объяснить констатируемые всеми присутствующими после гипноза состояние общей бодрости и освеженности? Чем объяснить отрезвление алкоголика после 10 - ти минутного гипнотического состояния? Чем объяснить результаты этого эксперимента? Чем объяснить прекрасное, бодрое самочувствие у хирургических больных непосредственно после тяжелой, длительной, сложной операции, произведенной в гипнотическом состоянии без единой капли химического наркоза? Чем объяснить физическую бодрость роженицы непосредственно после родового акта, перенесшей этот истощающий силы процесс или в перманентном гипнотическом состоянии или с «гипнотическими» отдыхами между схватками и потугами? Наконец, чем объяснить высокую продуктивность длительного гипноза (часами, днями и больше) в качестве отдыха при состоянии истощения различного рода и параллельно этому повышению веса у больных, особенно истощенных острыми или хроническими заболеваниями, как, напр., тбс и т. п.?

Не говорят ли все вышеприведенные данные, что это состояние является отнюдь не патологическим, как это до сих пор еще утверждают сторонники устаревшего взгляда Парижской школы на гипноз?

Не говорят ли эти и многие аналогичные и известные всем гипнологам наблюдения за положительное значение «гипнотического» состояния для организма человека? Дальнейшие физиологические исследования и клинические наблюдения, как проверочные, так и новые, смогут, как нам кажется, только подтвердить это.

IV

О ВЛИЯНИИ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА СТЕПЕНЬ СОННОГО ТОРМОЖЕНИЯ

В процессе работы над изучением природы гипнотического состояния мы заинтересовались рядом других вопросов, разрешить которые можно было также экспериментальным путем. Первый из них касается возможности изменения словесным раздражителем различной степени сонно - тормозного состояния коры мозга, resp. изменение степени глубины гипноза. Для этой цели раздражителями служили нам словесные внушения соответствующего содержания — «спите глубоко», «не глубоко» и т. д. Раздражающие же слух агенты, как измерители глубины сна, были самого разнообразного характера и притом одни и те же при различных состояниях «гипноза». Одни и те же раздражители вызывают различные реакции, в зависимости от содержания словесного внушения, направленного на изменение глубины сна (см. рис. 20 и 21).



Рис. 20. Дыхание в гипнозе. Кашель экспериментатора вызвал дыхательную реакцию. Тот же раздражитель после внушения «спать глубже» этой реакции не вызвал

Эти кривые показывают, что путем словесного воздействия можно углублять и ослаблять тормозное сонное состояние коры мозга. В какой мере оно может быть углублено путем словесного воздействия, может указывать следующий наш эксперимент. В качестве раздражителя мы брали сильный удар наотмашь металлическим

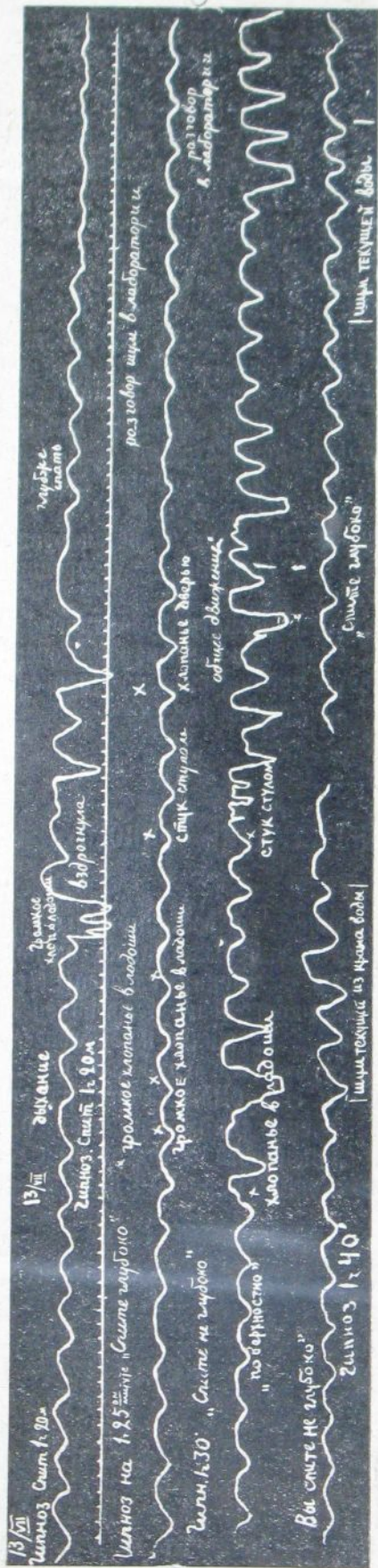


Рис. 21. Исследование влияния словесного внушения на глубину гипноза

В этом рисунке необходимо отметить ритмичность дыхания в гипнозе. Внезапное сильное клонение в ладони над ухом вызвало реакцию со стороны дыхания и общую дыхательную реакцию. После же приказа «глубже спать» тот же раздражитель, как и целый ряд других, реакции не вызвал. Но реакции эти снова появились после заявления, что спит она «не глубоко».

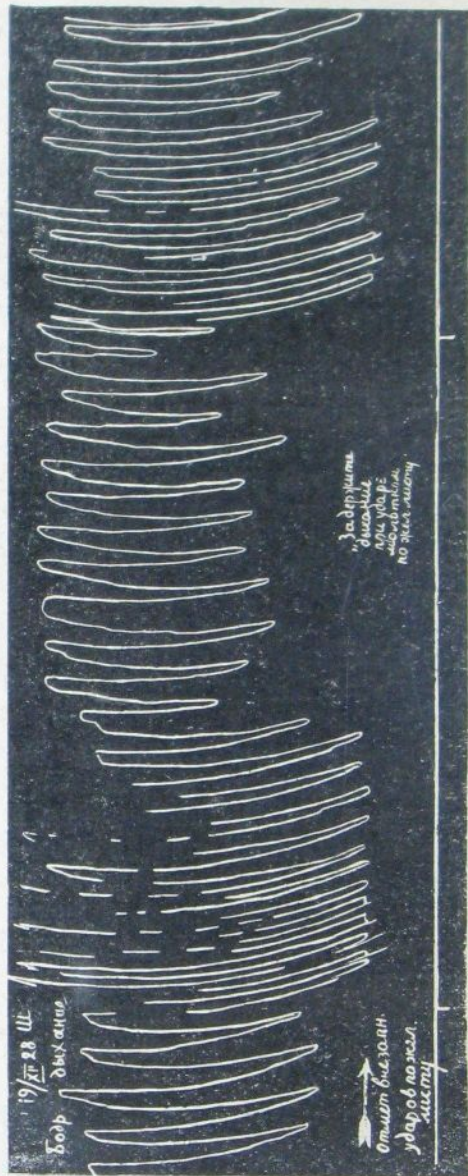


Рис. 22. Контрольный опыт на произвольную задержку дыхания при словесном раздражении

молотком по большому цельному листу кровельного железа площадью в $1,3 \times 1,5$ метра. На это раздражение, как и на грохот листа, объект в состоянии бодрствования всегда давал бурную дыхательную реакцию с повышением давления на 15—20 делений. На рисунке 22 видна эта реакция, которая не могла быть, при соответствующем предложении, задержана произвольно, как это показывает правая часть кривой рисунка.

Избрав это раздражение в форме удара молотком, как мерило степени углубления «сна», мы последний углубляли опять таки только словами — «спать глубже», «вы спите очень глубоко»; других внушений, которые способствовали бы усилению торможения, resp. укреплению слухового анализатора, мы не делали, мы не говорили, наприм., «вы оглохли», «не обращайтесь внимания», «не слышите» и т. п.

Усыпив обычным простым словесным раздражением — «засыпайте», «спать» и убедившись по кривой в наступлении сна, мы сильно ударили по железному листу. Объект не проснулся, но реакция со стороны дыхания получилась хотя и довольно сильная (см. рис. 23), но слабее, чем в состоянии бодрствования; последующие же повторные внушения на углубление сна давали все более и более слабую реакцию, и в конце концов тот же раздражитель остался без ответа со стороны дыхания. Эти эксперименты — 9/VI, 13/VI и 18/VI 1928 г. — указывают на то, что если мы внушаем усыпленному нами глубокое засыпание и градуируем степень сна, то на это внушение действительно получается и соответствующая реакция со стороны ц. н. с.

Для исключения привыкания к ударам мы поставили следующий эксперимент. В один из последующих дней во время гипнотического состояния мы нанесли без каких бы то ни было внушений несколько последовательных ударов молотком по тому же листу. И каждый раз, как показывает кривая, реакция была одинакова на все моменты раздражения (см. рис. 24).

В связи с этими исследованиями мы поставили затем следующий вопрос: «действительно ли наступает у гипноти-

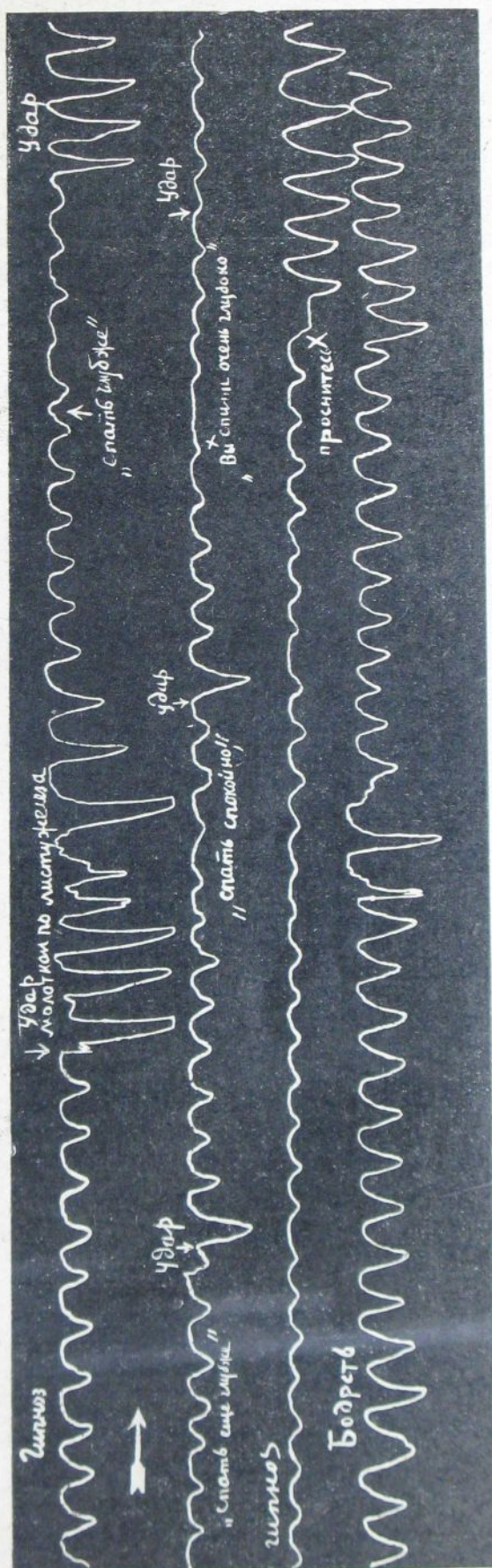


Рис. 23. Исследование влияния внушения на углубление гипноза. Показатель — реакция дыхания на удары молотком по железному листу

зируемых нами лиц глубокий и спокойный ночной сон, если мы его внушаем на будущее время, например, при лечении расстройства сна. Чтобы ответить на этот вопрос, мы поставили следующий опыт: 6/XII 28 г. в лаборатории пропедевтической терапевтической клиники мы внушили об'екту III-вой следующее: «Когда 8-декабря, после завтра, придете в лабораторию Психоневрологического Института и когда ляжете на кушетку, вы сейчас же заснете, будете спать крепким и глубоким сном и ничто не будет вас будить». Внушение реализовалось вполне. Об'ект, как только лег на кушетку, сразу заснул, об'ективными признаками чего были падение кровяного давления и соответственные изменения дыхания. На протяжении ее 45-тиминутного сна такие раздражения, как сильный кашель экспериментатора, громыание большого железного листа, удар по нем железным молотком не вызывали тех реакций, которые получались в гипнозе без соответствующих внушений, не говоря уже о состоянии бодрствования (см. рис. 25)*). Об'ект продолжал спокойно спать, без каких бы то ни было реакций. Внушение же *неглубокого* сна обусловило уже другое отношение н. с. к тем же раздражителям. Повторный эксперимент 15/III дал ту же картину, но уже при обычном равномерном дыхании в гипнозе (см. рис. 26).

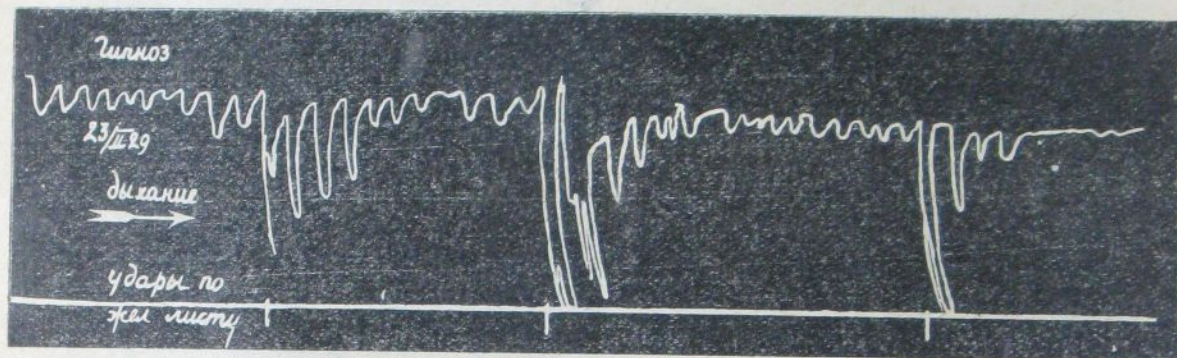


Рис. 24. Контрольный опыт на привыкание к раздражителю

Резюмируя данные экспериментов, отраженных на кривых 20, 22 и 23, нужно сказать, что, вызывая сонное торможение словесным раздражителем, мы можем при соответствующем содержании последнего ослаблять или усиливать в той или иной степени заторможенное состояние коры мозга, об'ективным показателем чего может служить реакция со стороны тех или иных элементов вегетативной н. с.

В заключение считаю небезынтересным остановиться на одном явлении, касающемся изменения дыхания в гипнотическом состоянии.

В опыте 8-го декабря (см. рис. 25) нам бросилось необычное для об'екта III-вой «гипнотическое» дыхание. Оно не было, как всегда, ровным и спокойным. Из беседы с об'ектом по пробуждении его мы узнали, что он в этот день чувствовал себя не вполне благополучно со стороны желудочно-кишечного тракта и, кроме того, было сновидение, — снились мыши; последнюю ночь изрядно беспокоившие об'екта. Мы склонны были объяснить изменение дыхания этими двумя факторами. Правильность нашего предположения была впоследствии случайно подтверждена следующим случайным экспериментом. В опыте 9-го марта мы заметили грубые изменения в кривой дыхания во время гипноза. Кривая с самого начала была настолько необычна и неправильна, что мы заподозрили недочеты со стороны аппаратуры. Остановка кимографа и проверка аппаратуры не внесла изменений: дыхание оставалось неправильным и несвойственным гипнотическому состоянию. Учитывая опыт 8-го декабря, мы заподозрили в данном случае наличие каких-либо внутренних раздражителей. Вновь остановив кимограф, мы, не пробуждая об'екта, задали вопрос: «что тревожит». На это мы получили ответ: «мне нужно». Тут только мы вспомнили, что полчаса тому назад было внушено об'екту, что он «выпил» три стакана воды. Наполнившийся в связи с этим мочевой пузырь, очевидно, начал давать раздражения. Для проверки связи между изменением дыхания и раздражением шейки пузыря мы сделали следующее негативное внушение: «мочиться не хочется». На пущенном кимографе сейчас же появилась кривая идеально ровного, спокойного и равномерного дыхания (см. рис. 27). Последнее, следовательно, действительно изменялось под влиянием внутреннего раздражения, что, очевидно, имелось и в первом случае, в опыте 8/XII.

*) Необычное для данного об'екта не вполне равномерное дыхание в этот день в гипнозе мы склонны объяснять приходящими моментами, о которых уже упоминалось и будет сказано ниже.

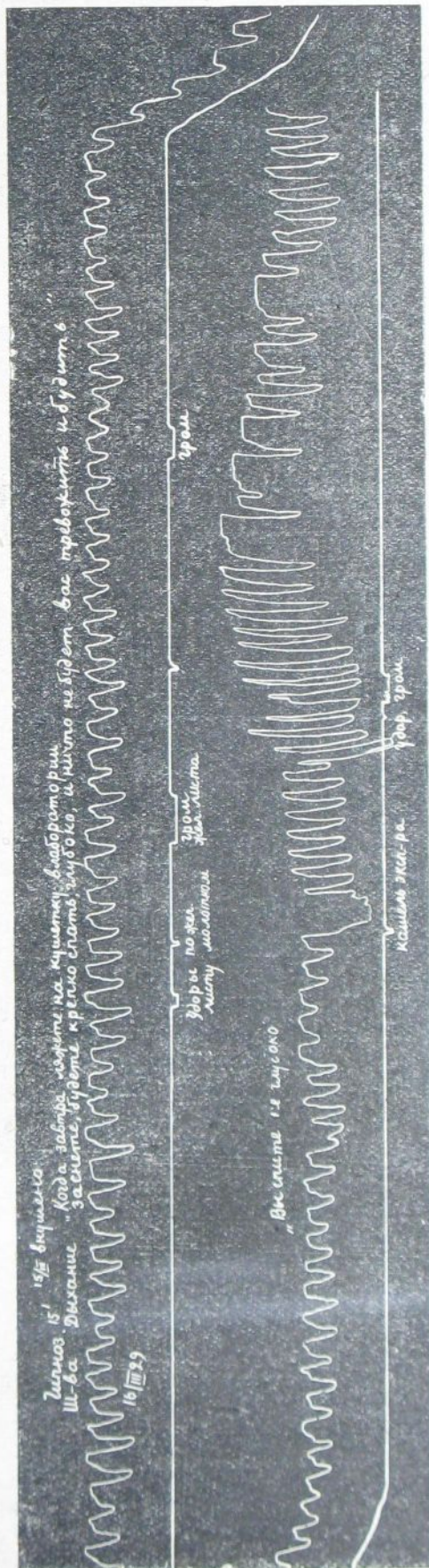
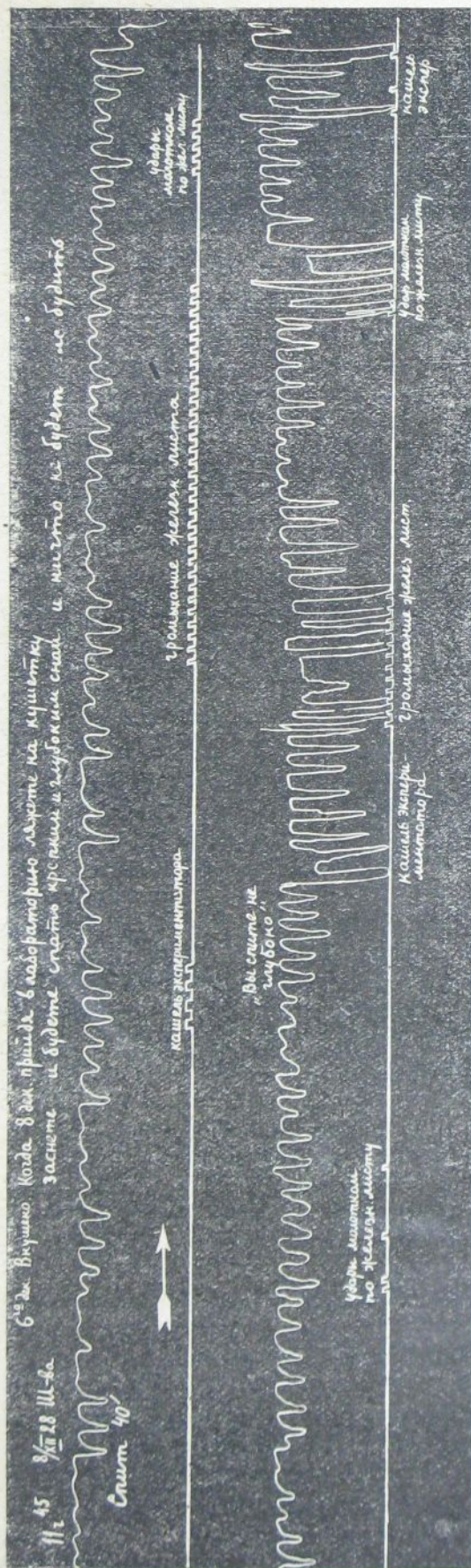




Рис. 27. Нарушение ритма дыхания в гипнозе в связи с раздражением шейки *ves. trig.*

Насколько дыхание является чутким реактивом, показывают нам наблюдения над кривой записи дыхания спокойно лежащего, но не спящего, когда ощущение местного легкого зуда уже вызывало небольшие изменения в кривой дыхания.

Заканчивая главу об условно-рефлекторном сне, скажем, что это состояние, вызванное словесным раздражителем «спать», и будет то, что называется «гипнозом», и слово «спать» является главным источником развития этого гипноидного состояния. Все же остальные приемы фиксации блестящего предмета, ритмические раздражители, часы, метроном, поглаживание, пассы и проч.) имеют значение лишь вспомогательных факторов. Павловская школа рассматривает состояние гипноза, как частичный сон со «сторожевым» пунктом в мозгу, обуславливающим то, что известно под именем «изолированного раппорта» и то, что по Ухтомскому⁵²⁾, нужно относить к процессу доминанты, т. е. господствующего в центрах мозга возбуждения. Этот пункт в учении о гипнозе для одних является единственным признаком, отличающим гипнотическое состояние от сна, а для других он является источником иной точки зрения на природу гипноза, высказанной проф. В. П. Протопоповым³⁷⁾.

Исходя из учения Ухтомского о доминанте, как доминирующем очаге возбуждения, обуславливающим вторичное разлитое торможение, проф. П. рассматривает механизм развития гипнотического состояния, как результат наивысшего возбуждения, произведенного раздражителем в лице гипнотизера, являющегося доминантой в мозгу гипнотика. Чрезмерное сосредоточение на гипнотизере является доминирующим возбуждением, которое и обуславливает торможение в коре мозга загипнотизированного. Раппортом по этому взгляду и является это доминирующее возбуждение. Опираясь, с одной стороны, на Шерингтоновские интерференции раздражения, обуславливающие задержку реакций и дающие, следовательно, внешнюю картину торможения, а с другой — на однотипное парабипотическое торможение Введенского, рассматривающего и состояние наркоза, как следствие максимального напряжения в нервных центрах, — автор этой точки зрения склонен видеть этот процесс и в состоянии гипнотическом. Отсюда и вывод, что «гипноз есть частичное бодрствование или, вернее, особая специфическая форма бодрствования, при которой наблюдаемые задержки обусловлены раздражительным процессом, а не тормозным, ему противоположным» (курсив наш — К. П.).

Следовательно, по Протопопову, состояние гипноза есть состояние раздражения, а не покоя, и поэтому его нельзя отождествлять с состоянием сна. Нам кажется, что эта точка зрения была бы близка к истине, если бы можно было опираться, с одной стороны, только на однотипность торможения — парабипотического (Введенский), а с другой — на доминанту, как действительно наивысший, максимальный очаг возбуждения. Но дело в том, что понятие о доминанте, как об очаге чрезмерно сильного возбуждения, не соответствует взглядам самого проф. А. А. Ухтомского, который считает неосторожностью приписывание доминанте вышеуказанных свойств, как это было сделано одним его сотрудником⁵²⁾. Уже одним этим определяется осторожность отношения к выводам при учете принципа доминанты в учении о гипнозе. Что же касается учения об однотипности торможения, то эта однотипность также поколеблена

выставленной проф. Л. Л. Васильевым³⁸), построенной на эксперименте рабочей гипотезой, подтвержденной и его сотрудниками Петровым и Лапицким⁵³), о двойственной природе торможения,— парабриотического и сонного, относя к последнему и гипнотическое состояние. Связывая явление задержки реакций в гипнозе с парабриотическим торможением, В. П. Протопопов считает, что «было бы достаточно оснований к тому, чтобы явления гипноза отождествлять с состоянием сна, если бы задержка реакций обуславливалась специальным особым тормозным процессом, всегда одним и тем же и противоположным по своему существу процессу раздражения». Но наличие сонного торможения, по Павлову, с одной стороны, и гипотеза о двойственной теории торможения проф. Л. Л. Васильева, с другой, и указывают нам на существование именно того специального процесса торможения, о котором условно говорит проф. В. П. Протопопов. Что этот вид экономического торможения существует, показывает также тот физиологический анализ гипнотического состояния, который производится и на предыдущих страницах.

Нужно обратить внимание еще на следующее. Как известно, у гипнотика можно вызвать реакцию с большей части поверхности заторможенной коры мозга, создавая в различных местах яркие очаги возбуждения и обуславливая этим разнообразные реакции. Мы, таким образом, создаем новые очаги возбуждения, доминанту, на фоне заторможенной коры мозга. Но если по автору уже имеется одна доминанта — «сосредоточение на гипнотизере», — то как же может так легко и быстро образоваться еще и другая при производстве экспериментов в гипнозе? Как могут так легко образовываться новые очаги возбуждения и реакции на них при наличии другого, сильного? Ведь для оптимального процесса одновременно двух доминант быть не может и нельзя создать их и у гипнотика, несмотря на такую легкость образования новых процессов возбуждения.

Кроме всего этого, нужно иметь в виду еще и то обстоятельство, что по разбираемому мнению считается, что очаг возбуждения является первичным, торможение же — вторичным, и поэтому вне процесса раздражения нет и гипноза. Источником же раздражения является гипнотизер. Отсюда — все остальное, что входит в содержание данной гипотезы.

«Гипнотизер, — говорит проф. В. П. Протопопов, — с объективной точки зрения, представляет тот комплекс раздражений, который вызывает возбуждение в рецепторной части объекта, и реакция объекта на гипнотизера есть то первичное звено или база, без чего не разовьются и остальные признаки и проявления гипнотической реакции». В этом пункте, и только в этом, можно согласиться с точкой зрения автора, но не дальше. Но это лишь те условия, при которых произносимое гипнотизером слово «спать», «засыпайте», как условный раздражитель, вызовет реакцию сна, вызовет не парабриотическое торможение, но сонное. Гипнотизер является источником образования в коре мозга не наивысшего очага возбуждения с последующим торможением, а источником лишь «готовности», «тенденции» реагировать на всякие раздражения, исходящие от «гипнотизера», и реагировать соответственно содержанию различных символических раздражителей. Это ведь та «готовность», в которой кора мозга находится и в бодрствовании, будучи различно заторможенной во всех отделах, но всегда готовая более или менее легко прореагировать на те или иные раздражения подошедших к ней со стороны различных анализаторов. Эта «готовность» и должна быть понимаема как доминанта, гесп. субдоминанта.

Здесь мы подходим к ответу на поставленный выше вопрос относительно доминанты в свете разбираемого взгляда автора. Этот ответ связан и с ответом на вопрос последнего о первичности или вторичности процессов возбуждения или торможения при развитии гипнотического состояния. С нашей точки зрения, первичным будет торможение. Через раздражение словом «спать» развивается условно-рефлекторное сонное торможение. Здесь слово действительно играет роль раздражителя, но условного, вызвавшего реакцию именно сонного торможения, торможения экономической природы.

Тормозный же процесс, разливаясь по всей коре мозга, оставляет нетронутым тот «сторожевой пункт», в котором узко-локализованно сохранилась способность и *готовность* реагировать на слова «гипнотизера». Это и обуславливает частичность сна. До этого «пункта» не докатились, если можно так выразиться, волны тормозного процесса, составив его в виде острова готовности среди моря торможения. Этот «пункт» нужно, с нашей точки зрения, рассматривать, как сохранившуюся узко-локализованную готовность реагировать на строго определенный раздражитель. Это и есть раппорт. Это есть самовоспитавшаяся дифференцированная реакция только на строго определенный раздражитель на слова гипнотизера. В связи с этим нельзя усматривать никакой разницы между: загипнотизированным, реагирующим на слова гипнотизера; матерью, заснувшей у постели ребенка и реагирующей только на движения и голос его; мельником, спящим под грохот колес и реагирующим пробуждением на прекращение их шума; и, наконец, человеком, заснувшим на ночь с мыслью проснуться на 2 часа раньше обычного и реагирующим на это время, как на условный раздражитель. Между всеми ими никакой физиологической разницы нет. У них всех имеется готовность реагировать во сне только на определенный раздражитель. Доминанта же, как очаг наивысшего возбуждения, обуславливает то тормозное состояние, которое имеется при обычном акте сосредоточения внимания в бодрствовании, в более сильной степени выражено у человека, находящегося в экстазе, очаровании, в состоянии наивысшего сосредоточения и, наконец, в наивысшей его степени — в галлюцинаторном ступоре, патологическом аффекте и т. п. И если сама по себе «готовность» есть минимальное напряжение доминанты, то в связи с одним из свойств последней — накапливать возбуждение — в последних примерах доминанта уже будет выражена в своей высшей степени, как результат накопления возбуждения в бодрствовании. Все это, вместе взятое, заставляет нас с осторожностью относиться к «доминантной» точке зрения развития гипноидного состояния. Не соглашается со взглядом проф. П-ва и проф. А. В. Гервер⁴³⁾.

Кроме всего этого, нужно иметь в виду и то обстоятельство, что возможно загипнотизировать с сохранением раппорта находящегося в истерическом трансе, истерическом сумеречном состоянии и, наконец, в состоянии сильного опьянения алкоголем. Нам удалось усыпить больную с истерической слепотой, глухотой и немотой и путем внушения устранить эти патосимптомы^{*)}. Как объяснить это явление с точки зрения В. П. Протопопова? Ведь невропсихическое состояние всех этих объектов исключает какое бы то ни было сосредоточение на гипнотизере и т. о. исключается возможность и создания сильного очага возбуждения, обуславливающего развитие торможения, т. е. гипнотического состояния!

В целях окончательного устранения противоречивых взглядов на гипноз считаем уместным остановиться на точке зрения геттингенского проф. физиологии Verworn'a, являющейся отражением той путаницы, которая существует во взглядах на гипноз. Геттингенский физиолог под именем гипноза разумеет выдающееся состояние бодрствования человеческого головного мозга. Смотри с этой точки зрения на гипноз, он считает, что и название «гипноз» выбрано неудачно, так как, по его мнению, факты из области гипноза ничего общего не имеют со сном. Но дело в том, что в понятие о гипнозе он вкладывает не гипнотическое состояние, а все явления, в этом состоянии вызываемые. В этом отношении проф. Verworn прав, так как вызываемые в гипнозе реакции представляют собой действительно состояние бодрствования, но частичного и действительно «выдающегося». Но ведь это будет уже не «гипноз». Под последним нужно понимать то состояние общей заторможенности коры мозга, на базе которого и создаются очаги возбуждения, процессы местного, частичного бодрствования. Это состояние общей заторможенности еще в середине XIX столетия совершенно правильно названо Бредом «гипноз» (ὕπνος = сон).

^{*)} См. описание этого случая в «Соврем. психоневр.», 1926 г., № 3.

Совершенно иной точки зрения на гипноз держится физиолог акад. В. Я. Данилевский. Как уже раньше упоминалось, последний рассматривает состояние гипноза у человека, как «эмоциональный гипно-шок», в основе которого лежит страх, полностью ускользающий в подсознательную сферу. Если этот страх у животных, с точки зрения акад. В. Я. Данилевского, является прямым источником гипнотического состояния, то у человека он оказывается в качестве психического рудимента. Казалось бы, что эта точка зрения, наряду с условно-рефлекторной, должна быть мало приемлемой, так как последняя рассматривает гипноз, как состояние сна, покоя, как состояние сонной заторможенности, но не эмоциональное состояние хотя бы и отдаленного страха. С первого взгляда как будто бы получается противоречие. На самом же деле Павловское учение может только подтвердить точку зрения В. Я. Данилевского. По Павлову, «в определенной связи с гипнотическим состоянием стоит пассивно-оборонительный рефлекс, который и лежит в основе гипноза животных». «То, что психологически называется страхом, трусостью, боязливостью, — говорит И. П. Павлов, — имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий, представляет различные степени пассивно-оборонительного процесса». Важно подчеркнуть здесь именно пассивное состояние, которое и может являться тождественным с рудиментарным страхом у человека. И состояния благоговения, покорности, готовности также могут быть отнесены к той же категории явлений и быть, как рудимент, «как отзвук или пережиток» действительного, грубого страха. Это состояние выродившегося страха, пассивно-оборонительное состояние, благоговение, преклонение перед авторитетом, готовность реагировать на него — вот это — то пассивное состояние и является благоприятным моментом для развития условно-рефлекторной реакции в форме сонного торможения на слово-раздражитель «спать».

Но как же в связи с этим могут быть объяснены состояния гипноза, вызываемого, как известно, коротким и притом сильным раздражителем как у животных, так и у человека? Будет ли и тут гипосимпатикотоническое состояние, состояние анаболизма или будет торможение парабитического типа? Интересно, что лабораторные наблюдения позволяют И. П. Павлову видеть и при этих условиях развитие частичного и полного сонного торможения. «Как частичный, так и полный сон, — говорит в своих лекциях И. П. Павлов, — производится как слабыми, долго продолжающимися общими раздражителями, так и короткими, но сильными, как тормозными условными раздражителями, так и положительными». Следовательно, и сильные внешние раздражители могут вызывать защитную сонно-тормозную, пассивно-оборонительную реакцию со стороны организма, с явлениями, следовательно, гипосимпатикотоний, но не наоборот. Это можно перенести и на человека, для которого все раздражители условны и относительно по своему значению. У некоторых лиц, как известно, можно вызвать «гипнотическое» состояние путем громкого окрика и, следовательно, для таких объектов чем внезапнее и громче будет произнесено «спать», тем быстрее и глубже разольется сонное торможение, как защитная, полезная для организма реакция. Из лабораторных исследований видно, что сильным болевым раздражителем у животного можно вызвать сон, о чем мы будем говорить в главе об извращенных реакциях. Всем этим мы хотим подчеркнуть, что если В. Я. Данилевский говорит о гипнозе, как об «эмоциональном гипно-шоке», то это, как нам кажется, не нужно понимать в прямом смысле. В данном случае эмоция, шок, является только толчком к развитию гипнотического состояния у животных. И нам рисуется, что именно только толчком, не не больше. Вызванное же эмоцией состояние не есть уже эмоциональное состояние. В это состояние животное как бы спасается от вредной эмоции, нервная система его как бы уходит по разрушительной гиперсимпатикотонии в созидательную гипосимпатикотонию. То же и у человека. Все здесь приведенное лишь раз указывает на ошибочность Сальпетриеровского взгляда на гипноз, как на патологическое состояние раздражения с катаlepsией и нервно-мышечной возбужденностью, каковой не наблюдает д-р Moll, просмотревший, как он говорит, в этом направлении сотни гипнотиков. Ни разу и мы не встречались с этим феноменом.

В конечном итоге, все сводится к тому, что и гипноз животных и гипноз человека есть полезное защитное состояние организма, развивающееся под влиянием разнообразных внешних раздражителей, как внезапных, сильных, так и противоположных, сочетанных в индивидуальной жизни с основными, вызывающими непосредственно неизбежную защитную «сонную» реакцию.

* * *

Итак, резюмируя все сказанное в этой главе, нужно признать, что словесный раздражитель «спать», «засыпайте» действительно производит изменения в форме общего сдвига вегетативной н. с. и притом в сторону гипосимпатикотонии, и под этим словесным воздействием человек переходит в состояние отдыха, анаболизма. Нельзя не согласиться с Эббеке⁴⁷⁾, что отданный детям авторитетным лицом энергичный приказ «теперь спать» имеет всегда быстрый и верный успех. Мы бы добавили, что это справедливо и по отношению ко взрослым. И можно допустить, что развившийся таким путем ночной сон также будет обладать свойствами т. н. гипнотического, т. е. у спящего будет связь с давшим приказ «спать». Вспомним тут же о засыпавшем во время чтения и усваивавшем во сне содержание прочитанного!

Важным является еще и то, что словом мы, очевидно, можем также регулировать и глубину сна. Эти свойства слова «спать» будет, очевидно, целесообразным использовать в различных направлениях практического характера. Если, например, мы даем снотворное, то эту дачу желательно сопровождать и словами соответствующего содержания, усиливая этим значение и действие снотворного; хлороформатор должен к химическому наркозу присоединять слова усыпления с целью уменьшения дозы химического наркоза, ибо словесный раздражитель «заменяет» основной, химический или усиливает его. Присоединяя слова усыпления к основному химическому фактору, воспитываем «сонную» реакцию на слово, как сочетательный раздражитель, в дальнейшем заменяющий химический агент и поддерживающий действие его. Убаюкивая детей или успокаивая больных, мы можем соответственными словами, как это было видно из вышеописанных наших экспериментов, не только усыплять, но и углублять сонное состояние. Считая успокоение в бодрствовании за первую слабую стадию сонного торможения, мы находим, что слова успокоения производят действительные, полезные для организма изменения в клетках головного мозга; слово «спокойно» изменяет в соответствующую положительную сторону и деятельность сердца (см. рис. 45) и т. п. Признание в гипнозе сдвига в сторону анаболизма поможет окончательно изменить решительно ни на чем не основанные суждения о вредности и опасности для здоровья «гипнотического» состояния. Этим же определяются и показания терапевтического применения этого состояния, как такового, resp. «гипноза отдыха». Естественно, что его можно применять при истощающих страданиях, при тяжелых инфекциях, при общей усталости, при эмоциональной возбудимости, после тяжелых хирургических операций, после тяжелого родового акта, при повышенной нервной возбудимости, при базедовизме и т. д. Одним словом, там, где необходимо уравновесить вегетативную нервную систему, где нужно усилить или повысить процессы ассимиляции, поднять процесс анаболизма, где нужно создать гипосимпатикотоническое состояние. Хирурги могут широко использовать это словесное снотворное, словесно внушенный сон в предоперационный период, совершенно свободно поручая это делать сестрам. Создание штата «сестер-утешительниц» в хирургических больницах Америки имеет свое оправдание. Нужно признать, что в этих случаях словесный наркоз, словесное снотворное — физиологически самое безвредное.

Признанием безвредности гипнотического состояния выявляется полная возможность безбоязненно пользоваться им для диагностических, психоаналитических и научно-исследовательских целей в различном направлении при изучении многих биологических процессов, происходящих в организме живого человека, что мы уже имели случай подчеркнуть¹²⁰⁾.

Вне всякого сомнения, изучение явлений в гипнотическом состоянии, поскольку последнее является копией сна, окажет нам также существенную помощь при изучении если не всех, то многих явлений, происходящих в естественном сне, изучение которых в последнем, как известно, представляет большие технические трудности.

V

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Перейдем теперь к исследованиям другого порядка, являющимся объективными доказательствами возможности влияния словом на частичные процессы н. с., вызываемые со стороны последней, как отрицательные, так и положительные реакции. В нижеследующем изложении мы остановимся на объективных признаках изменений различных отдельных функций как в области отдельных органов чувств, гесп. анализаторов. (по Павлову), так затем и изменений в сфере отправления вегетативной н. с.

1. *Влияние словесного воздействия на болевой анализатор.* Исследование в сфере этого анализатора является наиболее важным в связи с практическим применением слова, как болеутоляющего агента, что, как известно, может иметь место в хирургии, акушерстве и вообще при нарушениях в сфере субъективных ощущений, вплоть до резко болевых. Но это требует доказательств, т. к. действительное наличие внушенной аналгезии у многих еще до сих пор вызывает сомнение. Эти доказательства необходимы еще и потому, что, с точки зрения психологов-субъективистов, все нарушения в чувствительной сфере, вызываемые путем внушения, носят «воображаемый» характер (Löwenfeld²⁸), Kronfeld⁵⁴). Конечно, это положение недоказательно, доказательным может быть физиологический эксперимент, дающий веские указания при определении симуляции.

Интересным должен быть прежде всего вопрос о состоянии всех органов чувств в гипнозе без каких бы то ни было внушений. Наши исследования, изложенные на предыдущих страницах, показывают, что слуховой, напр., анализатор находится в различных степенях заторможенности, в зависимости от степени «гипнотического» состояния. Еще исследования Braid'a, Liébault'a и лейпцигского психиатра Döllken'a показывают, что во время гипнотического состояния все органы чувств так или иначе притупляются, и чем глубже у одного и того же лица был гипноз, тем больше ослабевала перцепционная способность (цит. по Moll'ю). С современной физиологической точки зрения так и должно быть, раз гипноз есть тормозное состояние коры мозга, подкорковой области и ниже (по Павлову).

Но нас в данное время интересует возможность влияния словесного раздражителя на состояние болевого анализатора. Клинические наблюдения показывают возможность этого влияния, но, к сожалению, экспериментальных работ по этому вопросу имеется очень мало. В нашей русской литературе они ограничиваются лишь уже цитированной работой В. М. Бехтерева и В. М. Нарбута, где объективным признаком внушенной аналгезии, анестезии и гиперестезии служили реакции со стороны пульса и дыхания. Исследования были произведены на 10-ти объектах, преимущественно истеро-эпилептиках. Раздражителями служили уколы булавкой и фарадический ток, сила которого, к сожалению, не указана. Из наблюдений авторов видно, что при внушенной анестезии, как в состоянии бодрствования, так и в гипнозе, реакции со стороны пульса и дыхания в большинстве случаев совершенно не получались, в меньшинстве — реакция была очень слабая. Это имело место как при глубоких уколах, так и при сильном фарадическом токе. Исследования же, произведенные иностранными авторами, ограничивались учетом лишь мимико-рефлекторных внешних реакций.

Обратимся теперь к нашим исследованиям, которые могут служить дополнением к имеющемуся, скудному пока, материалу. Приведем данные, полученные у двух из наших здоровых объектов, Ф-вой и Ш-вой. Раздражителями служили булавки и фарадический ток аппарата D. R. с аккумулятором напряжения в 1 V. Сила фарадического

тока измерялась расстоянием катушек. Реактивным показателем служило дыхание. Нижеследующие кривые отчетливо иллюстрируют отсутствие реакции на укол булавкой при внушенной аналгезии (рис. 28), на прокол складки кожи (рис. 29) и на фарадический ток максимальной силы, совершенно не выносимый при нормальной чувствительности в состоянии бодрствования (рис. 30).

Представляемые кривые настолько красноречивы, что позволяют не останавливаться на детальном описании экспериментов. Скажем лишь, что прокол складки кожи производился туповатой, толстой шляпной булавкой и раздражение фарадическим током наносилось на периост *tibiae* или на мышцы голени, при чем ток действовал перманентно после соответствующего внушения и во время постепенного сближения катушек до нуля. При исследовании влияния слова в состоянии бодрствования мы руководствовались и заявлением самого объекта, у которого мимико-соматическая реакция совершенно отсутствовала, наряду с отсутствием дыхательной реакции при внушенной аналгезии (см. рис. 31 и 32).

Нам кажется, что эти данные настолько демонстративны, что едва ли нужно останавливаться на их более подробном рассмотрении.

Остановимся теперь на одном эксперименте, который явился результатом наблюдений, известных, с одной стороны, из повседневной жизни, а с другой — наблюдений, сделанных нами и нашими сотрудниками. Всем известно, что у большинства больных наступает общее успокоение или даже прекращаются боли при появлении врача, иногда же — уже при одном приближении к его приемной. Подготовленные к безболезненным родам роженицы обычно не испытывают никаких болей как в присутствии, так иногда и в отсутствии врача, подготовлявшего их. Но наблюдались случаи, когда удаление врача в соседнюю комнату сейчас же вызывало болезненные ощущения, о чем можно было судить по резко изменившемуся поведению роженицы (д-р Шлифер). Для проверки этого влияния и объективного доказательства его наличия мы нашли нужным поставить соответствующий эксперимент. Мы исходили из того, что в данном случае со стороны н. с. роженицы воспитывается условная отрицательная реакция со стороны болевого анализатора не только на соответствующие слова врача, но и на всю его личность в целом. В нашем эксперименте мы пошли тем же путем и словесным воздействием в гипнозе воспитали аналогичную отрицательную болевую реакцию на присутствие врача. Эксперимент производился в лаборатории по изучению физиологии труда (Укр. Психоневролог. Инст-т), в присутствии лаборанта д-ра М. М. Денисенко и д-ра А. М. Цынкина (рис. 33), и вполне оправдал наши предположения. Согласно соответствующим словесным инструкциям в гипнозе объект в присутствии д-ра Ц. не ощущал перманентно действовавшего эл. тока, в отсутствии же д-ра Ц. ток ощущался, о чем можно судить по реакциям дыхания. Те же результаты получились при аналогичном эксперименте с д-ром Д. на внушенную глухоту (см. рис. 33, нижняя кривая).

Эти эксперименты могут служить объективным доказательством действительных изменений в области болевого анализатора при определенных условиях и, в частности, при вышеприведенных. Клиники хирургическая, акушерская, терапевтическая и нервная являются местом полезного применения слова, как болеутоляющего средства. Соответствующая литературная казуистика, иллюстрирующая это и накапливающаяся, начиная с начала XIX стол. и кончая нашими днями, уже достаточно богата *).

2. *Влияние словесного воздействия на слуховой анализатор.* Переходя к изложению наших небольших пока экспериментов над слуховым анализатором, скажем, что последний, как и другие, еще меньше являлся предметом исследования, чем предыдущий. Нужно сказать, что упомянутые выше исследования в отношении гипнотического состояния показывают, что и этот орган восприятия затормаживается в гипнозе в известной степени (о чем говорит упомянутый выше д-р Döllken и др.),

*) Нами готовится специальная монография «Значение слова в хирургии», где вопрос о словесной анестезии будет освещен более подробно.

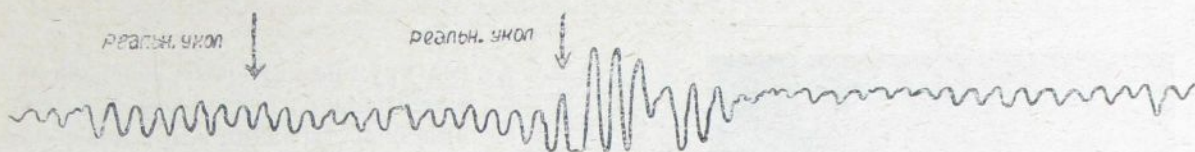


Рис. 28. Ф - ва. -20/V 26 г. Дыхание. Укол при внушенной аналгезии не вызвал дыхательной реакции. При восстановленной же чувствительности тот же укол дал реакцию. Эксперимент в гипнозе. Читать слева направо

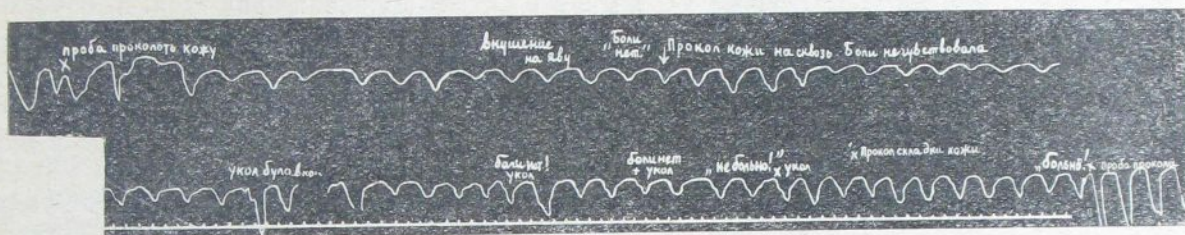


Рис. 29. Ш - ва. Экспер. 13/VII 28 г. Состояние бодрствования. Попытка (х) проколоть складку кожи вызвала дыхательную реакцию; после внушения наяву «боли нет!» прокол реакции не вызвал. Читать слева направо

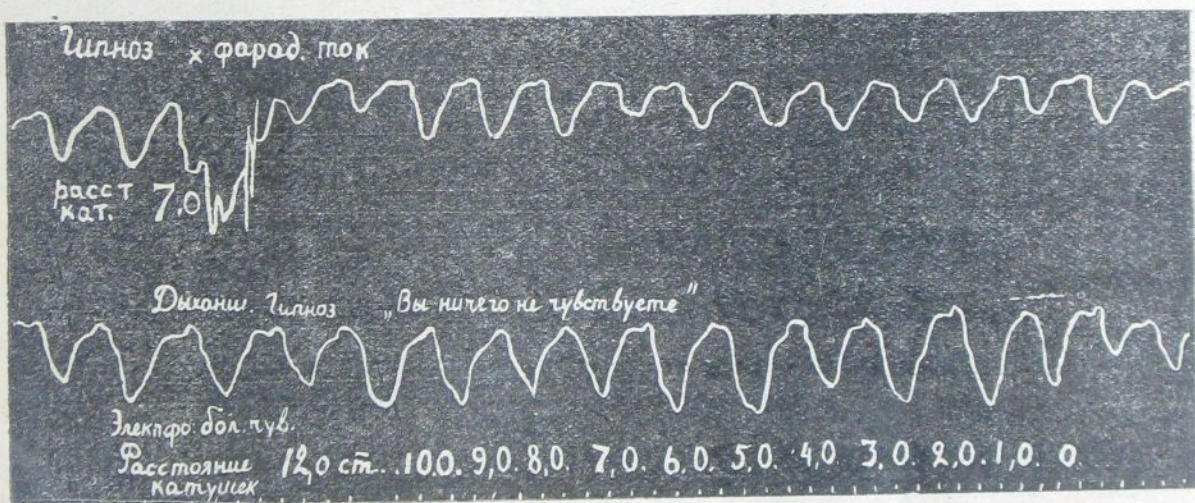


Рис. 30. Ш - ва. Эксперимент 15/VII 28 г. Без внушения сила тока при расстоянии катушек 7 см вызвала дыхательную реакцию. После внушения «вы ничего не чувствуете» реакции нет; сдвигание катушек до 1,0 и будто некоторая реакция при 0. Читать слева направо

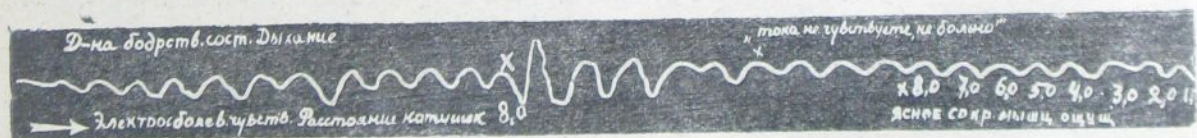


Рис. 31. Тот же эксперимент при внушении в состоянии бодрствования. Без внушения реакции при расстоянии катушек 8,0 с элем. Грене^{*)}; после внушения — «тока не чувствуете, не больно» реакции нет при тетаническом сокращении мышц



Рис. 32. Указывает на реализацию внушения обратного содержания, когда прививается ощущение «ничего» тока без действительного. Боль действительно ощущалась. Читать слева направо

^{*)} Нужно подчеркнуть, что в бодрствующем состоянии силу тока при расстоянии катушек = 6 — 5 см объект переносил настолько тяжело, что этот эксперимент служил причиной протеста против него и намерения отказаться от посещений лаборатории.

исследовавшим кровяное давление и пульс аппаратом Рашона. Из серии опытов возьмем один, произведенный нами 25/VII 28 г.

Объект Д - на. Давление в состоянии бодрствования 123 — 125, пульс — 68 в 1'. В гипнозе: давление 116 — 115, пульс — 60 в 1'. Музыкальный рояльный шум — беспорядочное битье по всем клавишам рояля подняли давление до 126, а пульс — до 70. После внушения вы «оглохли» на тот же музыкальный шум, ни

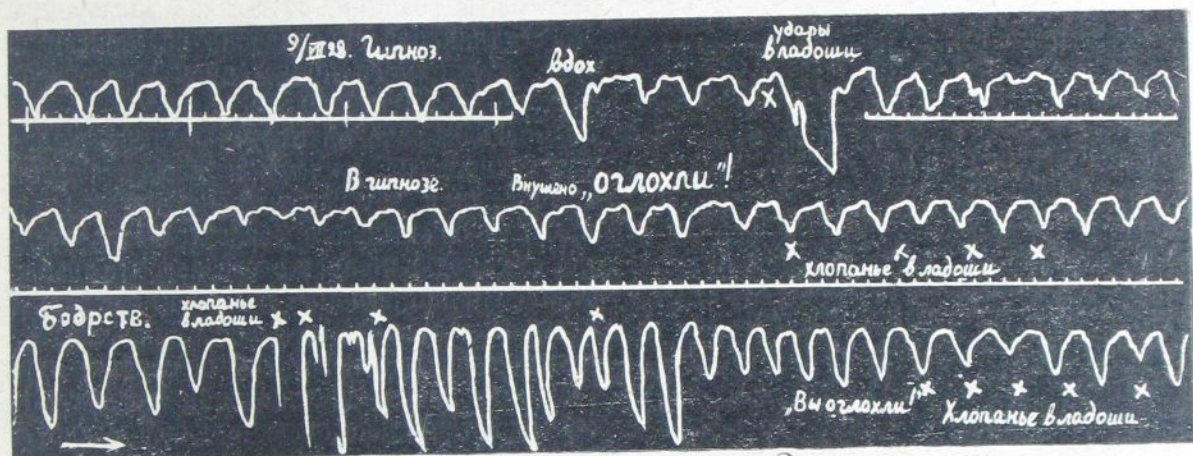


Рис. 34. Эксперимент на внушенную глухоту в гипнозе. Читать слева направо

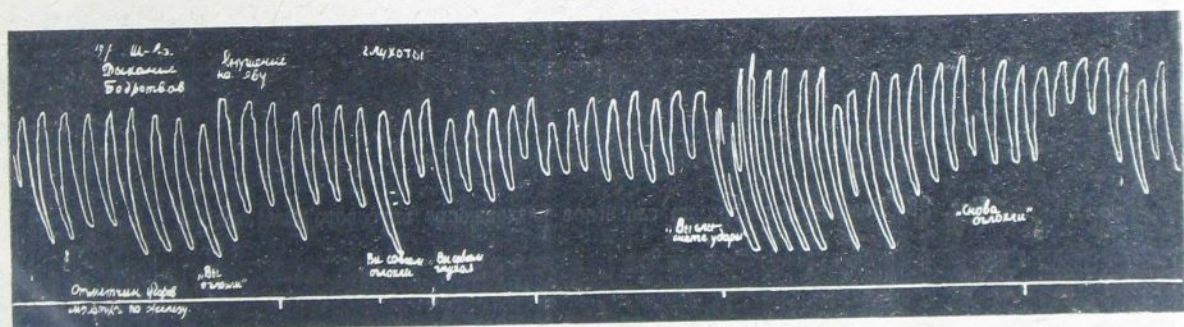


Рис. 35. Эксперименты на внушенную наяву глухоту. Раздражитель — удар молотком по жел. листу. Читать слева направо

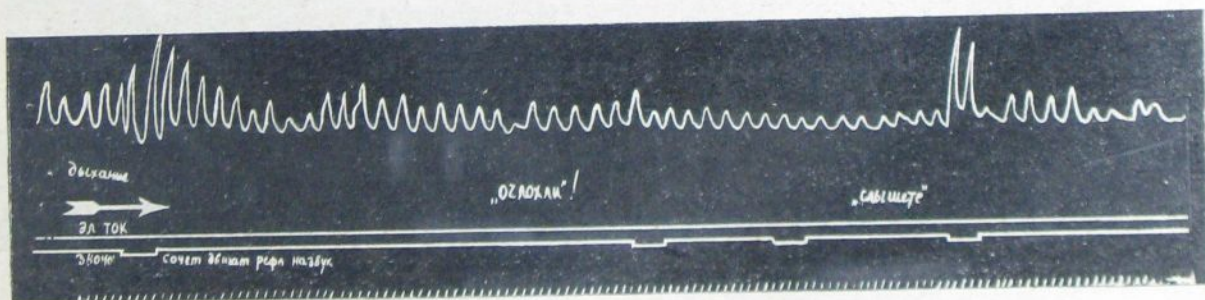


Рис. 36. Эксперимент по методу сочет - двигательных рефлексов на внушенную глухоту. После однократного сочетания эл. тока и звука звонка образовался прочный сочетательный дыхательный рефлекс на звук. Звучание звонка вызвало реакцию со стороны дыхания. После словесной инструкции «оглохли» эта реакция на звонок не получалась, но она появилась после слова «слышите»

усиленное хлопанье дверьми не вызвало реакции ни со стороны пульса, ни со стороны давления. Последний же раздражитель при восстановлении слуха вызвал реакцию со стороны давления поднятием с 116 до 127, со стороны пульса учащением его с 60 - ти до 80 - ти ударов в 1' (см. рис. 37). При внушении в состоянии бодрствования получались аналогичные результаты.

Едва ли можно считать внушенную глухоту во всех этих случаях «мнимой» глухотой, как это делает Löwenfeld и др. Ясно, что при воздействии словом происходит

реальное подавление функций соответствующих отделов мозга, ибо подкорковые центры Sympatici не получают раздражений, и мы не получаем реакций ни со стороны пульса, ни со стороны кровяного давления.

Что касается других трансформаторов, resp. органов чувств и других видов чувствительности, то укажем только, что и в их области достигаются аналогичным словес-

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ и ПУЛЬС при ВЫШЕНННОЙ ГЛУХОТЕ

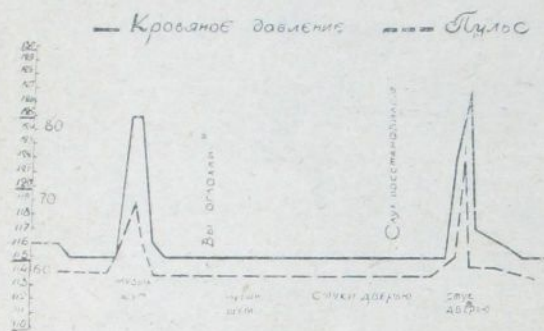


Рис. 37

У объекта III-вой был воспитан дыхательный условный рефлекс на свет. Этот рефлекс, так же, как и слуховой, оказался быстро и прочно воспитавшимся. Уже после одного сочетания света лампочки с электрическим током дала дыхательную реакцию, первая

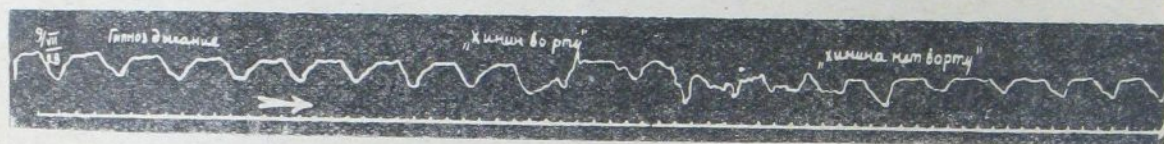


Рис. 38. Реакция дыхания на словесное раздражение вкусового анализатора

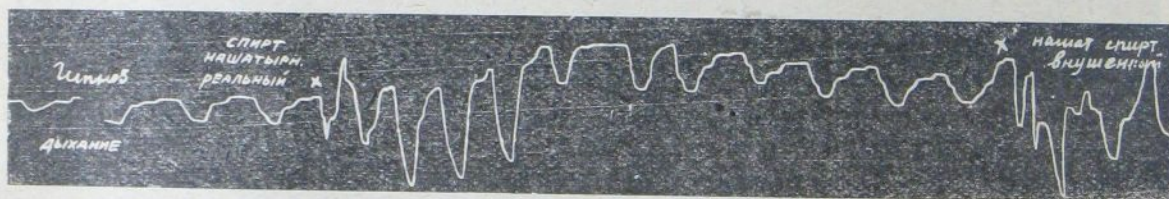


Рис. 39. Реакция дыхания на мнимое раздражение слизистой носа нашатырным спиртом

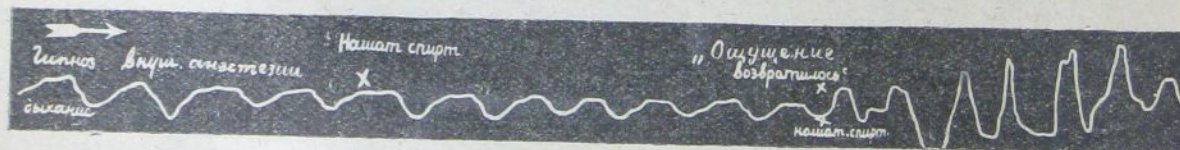


Рис. 40. Отсутствие реакции при вышешней анестезии слизистой носа

же проба на одну вспышку лампочки. После словесной инструкции — «вы — слепая, вы ослепли» — этой реакции на световое раздражение уже не получалось (см. рис. 41).

Таким образом, в данном случае, как и в вышеописанном, со слуховыми раздражителями, метод условных рефлексов дает объективное доказательство происшедших в зрительном отделе динамических изменений.

Представленные исследования органов чувств, и в особенности слуха и зрения, указывают на реальное существование функциональной, динамической, resp. реактивной глухоты и чаще всего слепоты, нередко принимаемых за органические. Приходится наблюдать годами длившиеся реактивные амаврозы, трактованные офтальмо-

логами как ретробульбарный неврит и оставшиеся на целые годы без терапевтического эффекта. Вскрытие же вызвавшей амавротическую реакцию психотравмы и применение того или иного метода психотерапии возвращает зрение полностью в весьма короткий срок, часто в один-два сеанса.

Упомянем о харьковском случае, мною уже описанном, с б-й Б., страдавшей левосторонним амаврозом в течение 4-х лет, трактовавшимся как симптом ретробульбарного неврита. Установление же психотравмы и один лишь 5-минутный сеанс гипносуггестии устранил этот 4-х летний давности амавроз, не возобновлявшийся в течение последующих 4-х лет.

Укажем также на другой случай глубокого и стойкого расстройства зрения, носительница которого с диагнозом neuritis retrobulbaris была направлена Харьк. Офт. Кл-й к нам в Укр. Психоневр. П-т для «успокоения нервов». Во время же психоанамнеза одному из наших молодых сотрудников, д-ру Р. Я. Шлифер, удалось выявить психотравму, явившуюся причиной 8-милетнего неподдававшегося обычному лечению расстройства зрения с $V = 0,1$. Примененная же психотерапия (внушение в дремоте) ежедневно улучшала силу зрения на $0,1 - 0,2$ проверявшуюся в глазной клинике асс. д-ром Замковским. Через неделю после начала лечения б-я уехала домой в провинцию с силой зрения $= 0,9$, сохраняя его на этом уровне вот уже больше 3-х лет.

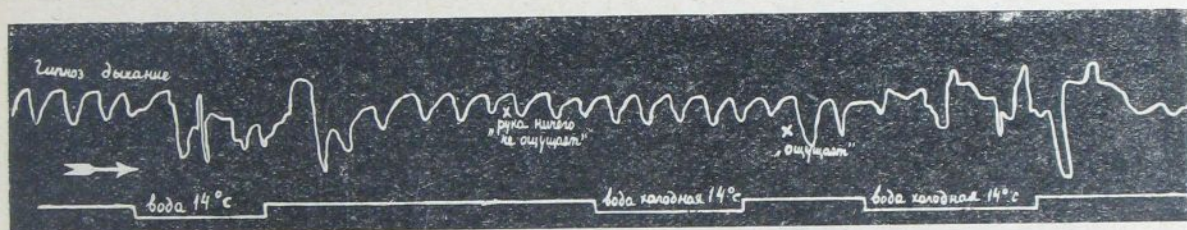


Рис. 40а. Внушение невосприимчивости холода

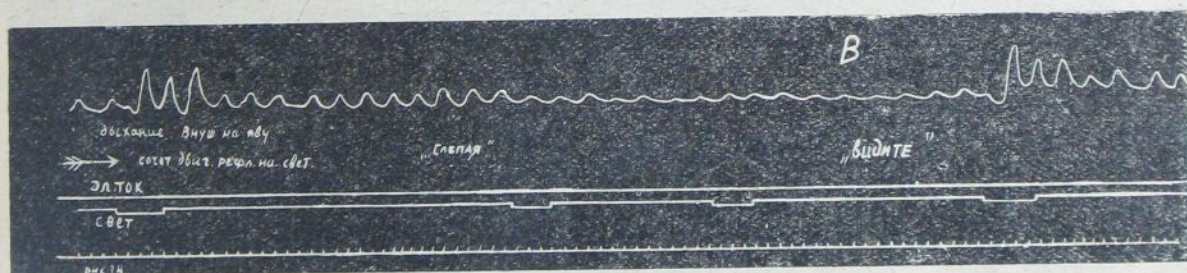


Рис. 41

Ограничимся этими случаями, приведенными лишь с целью указать офтальмологам, что нужно учитывать психотравматизм и иметь в виду патодинамику, терапевтический подход к которой должен быть совершенно иной. То же нужно сказать и в отношении расстройств слуха, реактивное выпадение которого хорошо известно психоневрологам и, б. м., не в такой степени учитывается отоларингами.

Заканчивая главу исследований периферических аппаратов, укажем, что и аппарат внутреннего уха может быть предметом исследований по гипносуггестивному методу. Начатые нами в Укр. Психоневр. П-те эксперименты с прив.-доц. Я. А. Гальпериным говорят за то, что в этой области могут быть получены весьма интересные и важные в теоретическом и практическом отношении данные.

Ирригация 500,0 воды 14° в левое ухо объекта Ш-вой в бодрствующем ее состоянии вызывала с трудом сдерживаемые защитные общие движения и ясно выраженную вегетативную реакцию — побледнение, общая слабость, тошнота, позывы на рвоту, учащение пульса, а также и расстройство статики. После манипуляции объект чувствовал себя настолько плохо, что пришлось уложить его. Но тут же внушением в одноминутном гипнозе, что «все прошло, вы себя чувствуете вновь хорошо», удалось устранить весь симптомокомплекс и объект по пробуждении вновь чувствовал себя как и до эксперимента. Через несколько минут вновь усыпление и в гипнотическом состоянии внушается анестезия наружного, среднего и внутреннего уха. «Все онемело снаружи и в глубине, ничего не ощущаете!» При ирригации той же порции воды в гипнозе объект оставался совершенно неподвижным, продолжая спокойно сидеть без каких бы то ни было мимико-соматических реакций. Тот же эффект получился при эксперименте в бодрствующем состоянии, после соответствующего внушения в гипнозе. Нужно при этом подчеркнуть, что объект просыпался оглохшим на левое ухо без специальной в отношении слуха словесной инструкции.

Этими исследованиями может быть также физиологически обосновано и оправдываемо то применение гипносуггестии в борьбе с морской болезнью, которую удается устроить у иных лишь этим методом психотерапии и приспособить их т. о. к морскому плаванию.

VI

ОБ ИЗВРАЩЕННЫХ РЕАКЦИЯХ Н. С.

После описания реакций на изменение под влиянием слова со стороны органов чувств, а также и описания общего сдвига со стороны вегет. н. с., должно следовать дальше изложение влияния словесного воздействия на частичные функции последней.

Но остановимся еще на одном виде произведенных нами исследований, указывающих на слово, как на фактор, изменяющий значение раздражителей для н. с. Мы имеем в виду «извращенные» реакции со стороны последней *).

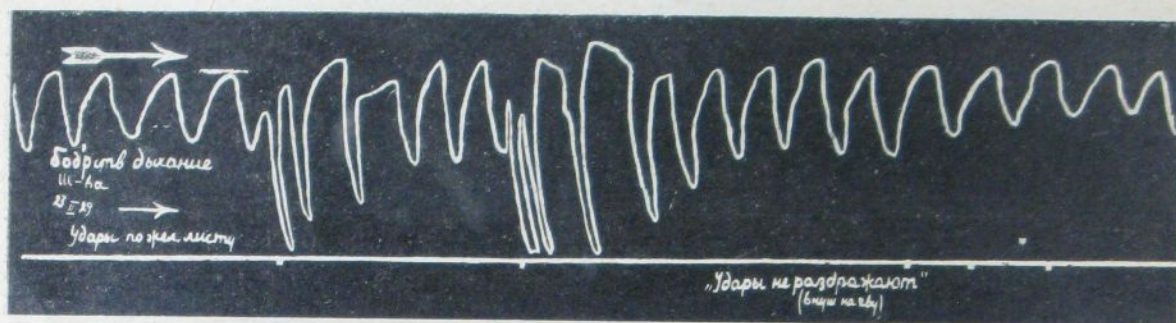


Рис. 42. Изменение отношения с. н. к реальному раздражителю

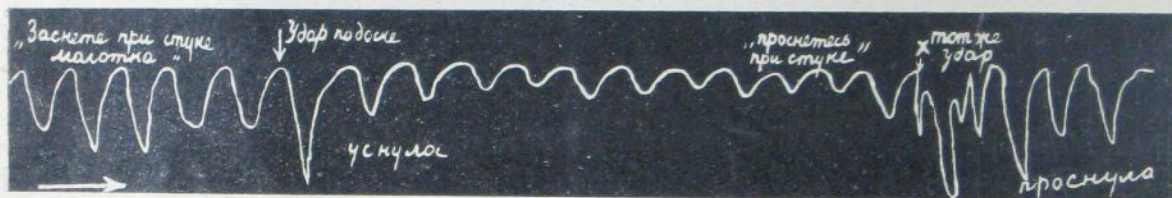


Рис. 43. Словесные инструкции «при стуке молотка заснете» и при нем же «проснетесь» вызвали разные реакции

Все описанные в III и IV главе эксперименты касались лишь исследования реакций на непосредственное словесное раздражение. В этих экспериментах словом «спать» мы вызывали сонное торможение, разлитое во всей коре мозга, со «сторожевым» пунктом в последнем. Вызывая этим же путем явления выпадения функций (аналгезия, глухота и т. д.), мы этим обуславливали частичный локализованный «сон» определенной группы клеток в соответствующих отделах мозга. Наконец, вызывая повышение тех или иных функций, мы вызывали процесс местного расторможения, раздражения. Во всех этих случаях получалась непосредственная простая реакция на слово с элементарным содержанием «спать», «больно», «не больно» и т. п. В главе же IV мы указали на возможность модифицировать степень заторможенности коры и этим самым изменять ее отношение к внешним реальным слуховым

*) Хотя ниже следующие эксперименты по существу мало отличаются от представленных на этих страницах, но полученные при помощи их реакции настолько демонстративно иллюстрируют и подчеркивают изменение отношения нервной системы к элементарным реальным раздражителям, под влиянием сложных, комплексных по своему содержанию условных, что мы нашли более удобным выделить эти эксперименты особо и условно назвать эти реакции «извращенными». Эксперименты эти могут иметь немало важное значение для понимания многих явлений жизни, наблюдения над которыми и продиктовали постановку описываемых в этой главе опытов.

раздражителям, служившим нам лишь показателем степени этой заторможенности.

Но нижеследующая модификация поставленных нами опытов подчеркивает в еще большей степени ту роль, которую может играть слово, влияя на отношение коры к одному и тому же раздражителю, но меняющему свой характер и значение для нервной системы под влиянием того же слова.

Если мы в тех опытах влияли непосредственно на изменение воспринимающих отделов, то в нижеследующих мы воздействовали на изменение раздражающих агентов. Если мы тогда пользовались словом с несложным элементарным содержанием, то теперь мы им пользовались, как сложным, комплексным раздражителем.

Начнем с менее сложного эксперимента, который, с одной стороны, служит дополнением на отношение лабораторного сочетательно-двигательного рефлекса к звуковым и световым раздражениям, а с другой, является иллюстрацией возможности оказания такого же влияния и на дыхательную безусловную, основную реакцию.

В опыте 23/II 29 г. субъекту Ш-вой, находящемуся в состоянии бодрствования, мы императивно заявляем: «удары молотком по железному листу, раздражавшие вас раньше, теперь уже не раздражают». Рис. 42 указывает на положительную реализацию инструкции.

До внушения получалась ясная дыхательная реакция на удар, которая, как уже упоминалось, не могла быть произвольно задерживаема объектом (см. рис. 22). После же внушения реакции этой уже нет. Сильный разрушительный раздражитель сделался индифферентным для н. с. Отношение коры мозга изменилось, так как под влиянием слова удар молотка получил для нее другое — отрицательное — значение.

Еще более демонстративным является следующий эксперимент.

В опыте 24/XI 28 г. мы делаем внушение наяву: «Засните при стуке молотка». И этого было достаточно, чтобы получилась соответствующая реакция, о которой можно было судить по кривой дыхания. У объекта непосредственно, почти одновременно со стуком, опустились веки, при чем перо на барабане показывало спокойный вдох и последующее более уплотненное поверхностное дыхание. Внушение же «проснитесь при стуке» дало соответствующую обратную реакцию. Объект открыл глаза, но уже с дыхательной реакцией другого характера — характера возбуждения (см. рис. 43).

Итак, если мы в этом опыте в первом случае путем слова превращали безусловный звуковой раздражитель в условный тормозный, успокаивающий, то во втором — тот же фактор тем же словом, но с другим содержанием

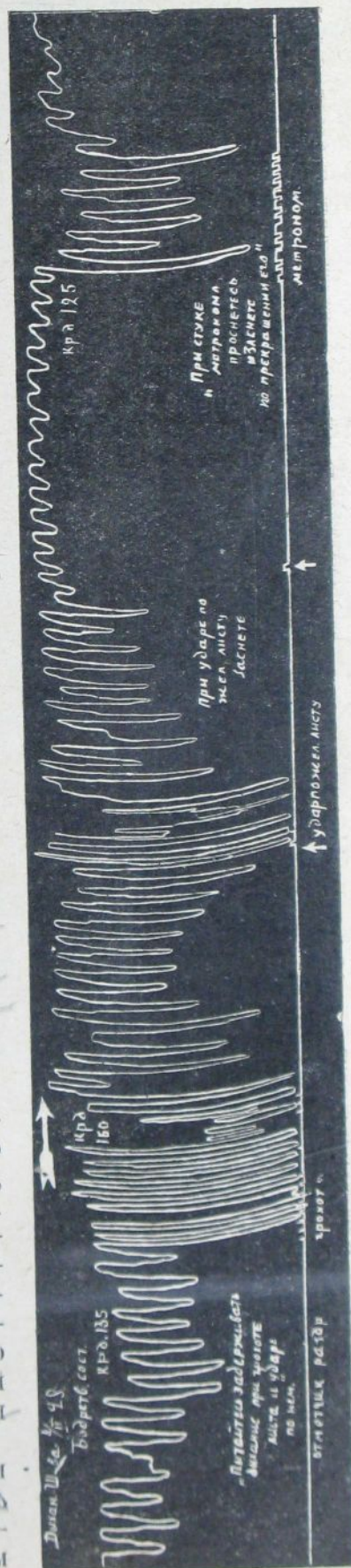


Рис. 44

его, превращен в другой по значению своему для н. с. раздражитель — растормаживающий, возбуждающий.

Еще более показательными являются опыты 8/XII (см. рис. 44) и 19/XII (рис. 45). В опыте 8/XII мы пользовались в качестве раздражителя весьма сильным громытием большого листа кровельного железа. На это раздражение, а также и на сильный удар молотком по тому же листу, объект реагировал дыхательной «бурей» с повышением при этом кровяного давления на 15 делений. Внушением же наяву — «при ударе по железному листу заснете» — достигалась совершенно иная реакция — реакция сонного торможения, доказательством чего служило не только изменение дыхания, но и кровяного давления в сторону падения. В течение опыта мы ввели другое условное раздражение путем следующей инструкции — «при стуке метронома проснетесь и заснете по прекращении его». Кривая показывает реализацию ее. При первом ударе метронома — пробуждение, борствование при звуках его и засыпание по прекращении их (см. рис. 44). Падение кровяного давления свидетельствует о действительно происшедшем сдвиге вегетативной н. с. Это экспериментальное явление есть копия естественного. Известно, что мельник спит во время грохота колес мель-

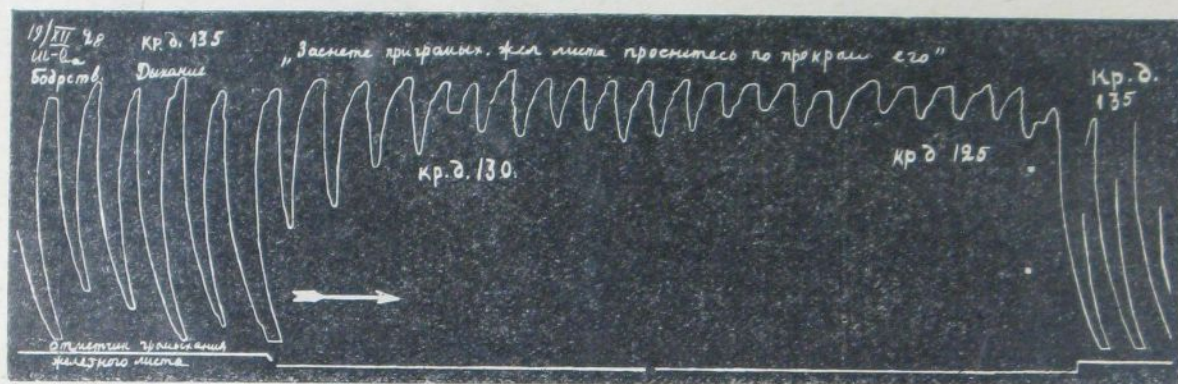


Рис. 45. Сон, согласно словесной инструкции, наступал при начале громытия железного листа и продолжался до момента прекращения его. Изменение кривой дыхания и кров. давления. Судя по кривой и уровням давления можно заключить о постепенном углублении сна

ницы и просыпается при прекращении его. Не засыпали ли истеричные Шарко от сильных раздражителей, как условных?

Остановимся еще на двух экспериментах, где словесный раздражитель оказывается более сильным, чем реальный.

Объекту III-вой, находящейся в гипнозе, на руки внезапно кладется наполненный снегом резиновый пузырь, температура которого $= 0^{\circ}$. В ответ на это получается бурная дыхательная реакция. Через несколько секунд вновь накладывается пузырь, но при слове «теплое», произнесенном утвердительно, громко, и реакция со стороны дыхания оказалась уже иной — значительно более спокойной, с меньшими и более редкими волнами. Такой же следующий маневр, но с более энергичным и многократным «теплое, теплое, теплое», дал еще более спокойную реакцию. Реальный холод без внушения дал снова бурную реакцию (см. рис. 46).

Эксперимент с вдыханием нашатырного спирта также дал те же результаты. Вдыхание последнего в гипнозе вызывало резкую мимико-соматическую реакцию с появлением слез на глазах. При утвердительном же заявлении, что это не спирт, а фиалки, реакция резко меняется. Объект начинает вдыхать полной грудью при исчезнувшем брюшном дыхании, и на лице выражение удовольствия. При отмене же внушения — прежняя бурная реакция на реальный спирт (см. рис. 47). У двух объектов приемы 200,0 портвейна не давали обычного опьянения при внушении, что пьется не вино, а лимонад *).

С подобного рода извращенными реакциями знаком каждый гипнолог-экспериментатор. Известно, что если, подавая гипнотику кусок мела, внушить, что он по

*) Описание этих экспериментов готовится к печати.

пробуждении будет есть яблоко, то он с удовольствием съест это «яблоко». К этой категории явлений относятся и неизвестные из гипнологической литературы эксперименты с нарывными пластырями. Эксперименты Menier в Нанси показали возможность воспрепятствовать действию нарывного пластыря путем соответствующего внушения (Moll).

При доказанной уже возможности вызывания у некоторых лиц мнимого ожога 2 степени опыты Menier не покажутся неправдоподобными, и в особенности теперь при новых физиологических подходах.

Упомянем о проделанных в последнее время на Западе опытах, относящихся к той же категории, как и предыдущие.

В Стокгольмской нервной клинике д-ру Sahlgren'у у prof. Marcus'у⁵⁵) удалось, с одной стороны, значительно ослабить влияние адреналина, атропина и пилокарпина, а с другой — влияние инсулина на количество сахара в крови одного диабетика путем внушения, что выпрыскивается вода при инъекции одного из этих веществ. Интересными и в то же время поражающими являются опыты Gessler'a и Hansen'a⁵⁶). В целях исследования основного обмена веществ под влиянием внушенных состояний, загнипнотизированным объектам, лежащим голыми в снегу, внушалось ощущение, теплоты и при этом обмен не изменялся. В другой раз опыт удался при обратных условиях. При пребывании загнипнотизированных в комнатной температуре делалось внушение ощущения холода, что вызывало и соответствующие реальному влиянию холода изменения со стороны обмена, повышавшегося на 20 — 30%. Эти эксперименты, требующие, конечно, подтверждения, не могут казаться нам неправдоподобными, так как в них может быть вложен условно-рефлекторный механизм.

Во всех только что описанных экспериментах бросается в глаза парадоксальность явлений: сильный реальный разрушительный раздражитель вызывает необычную, извращенную для него, прямую на слова реакцию.

Возможность таких реакций доказана д-ром Ерофеевой в лаборатории академика И. П. Павлова на собаках, когда путем длинного ряда экспериментов ей удалось получить то, что сильный фарадический ток, вызывавший сначала бурную двигательную оборонительную реакцию, обуславливал затем лишь слюнную при полном покое животного. В опытах же д-ра Петровой сильный фарадический ток, сперва вызывавший сильное возбуждение, в конце концов развивал сонное торможение. Проф. А. Г. Иванову - Смоленскому удалось, как упоминалось выше, приучить и человека засыпать при звуковом раздражителе значительной резкости. Механизм процесса извращения реакции как у животных, так и у человека один и тот же. Разница лишь

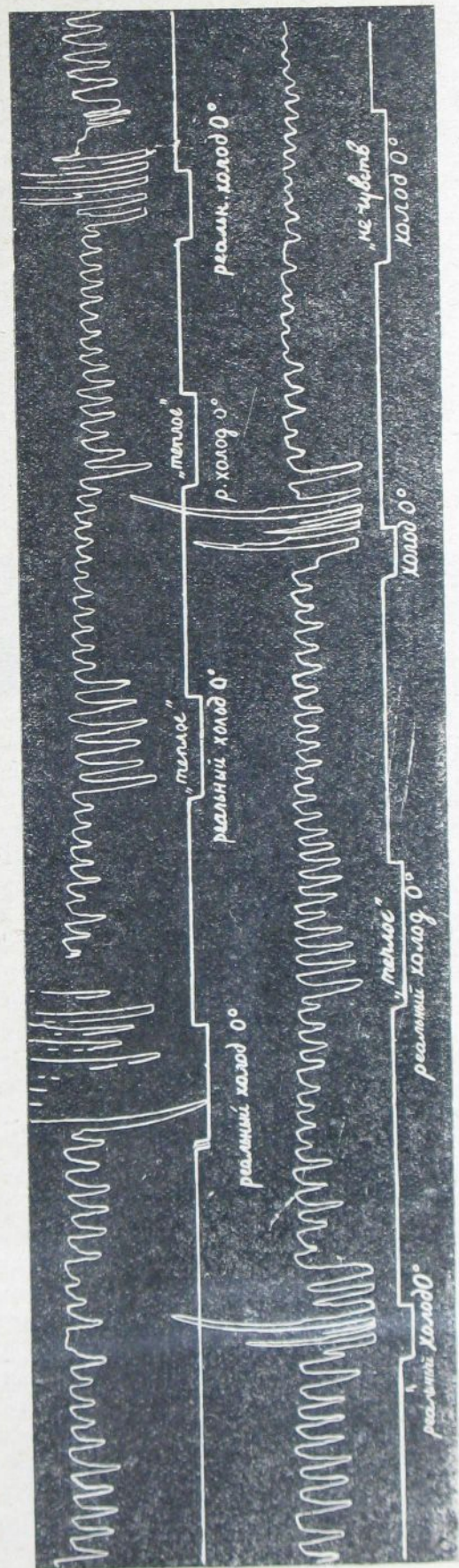


Рис. 46. Извращенная реакция на реальный раздражитель (снег) под влиянием условного раздражителя (слово «теплое»). Условный раздражитель сильнее реального

во времени. Если у лабораторных животных этот процесс развивается, воспитывается днями и неделями, то у некоторых людей он может образоваться в течение секунд. Не исключена возможность такой быстроты и у известного типа собак. Наши эксперименты могут служить лишней иллюстрацией к словам акад. И. П. Павлова: — «Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, противоположную действительным раздражениям». — «Без натяжки, — говорит он дальше, — можно было бы понять, как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы, когда слабые раздражители дают больший эффект, чем сильные... Можно представить себе, что она же (парадоксальная фаза — *авт.*) дает себя знать и в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактов окружающей действительности»⁵⁷). И действительно, как часто нужно огромное количество новых фактов, чтобы сломить укрепившиеся взгляды и убеждения, воспитанные и воспринятые со слов изустных или письменных. Отсюда наше слепое подчинение авторитетам, теориям, господствующим взглядам, быстрая перемена последних под влиянием новых «модных» теорий и т. д. Отсюда и наши жизненные положительные и отрицательные иллюзии.

Вспомним «Ревизора Гоголя», «Отелло» Шекспира, «Горе от ума» Грибоедова, русскую пословицу «по хорошему мил, а по милу хорош», и слова Мольера о влюбленных, сказанные им в его «Мизантропе»: «Влюблен он в бледную — она бледней жасмина, красавица как смертный грех черна — смуглянку страстно зовет ее картинно» и т. д.

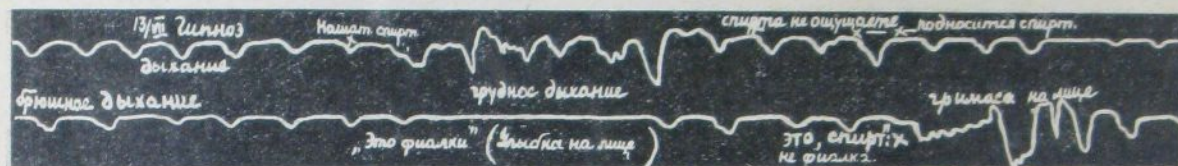


Рис. 47

Часто мы, ослепленные ошибочными теориями, не замечаем истинных фактов или видим их в искаженной форме. Отрицательная сторона этого сказывается особенно в движении вперед научных завоеваний. Оттого научные исследования так трудны и медленно продвигаются вперед, ибо научная истина базируется не на словах и теориях, а на фактах. Последние же борются с первыми. Борьба, как известно, длительна и упорна. Часто старые «слова» задерживают познание новых фактов. В жизни человека условные раздражители в огромном большинстве случаев играют неизмеримо большую роль, чем основные, и первые оказываются сильнее вторых. Без этого не была бы возможной высшая соотносительная деятельность человека в огромном окружающем его мире с массой условных раздражителей, непрерывно атакующих человека и заставляющих кору мозга удерживать в равновесии нервную систему человека в окружающей его среде. Но в этом и источник наших заблуждений и логических ошибок и затруднений в познании абсолютного...

Касаясь в предыдущем изложении изменений организма под влиянием слова «спать», мы этим самым указали, что при этих условиях происходит самый широкий сдвиг в области вегетативной н. с. Вся симпатическая н. с. уступает место парасимпатической, обуславливая начало другой, противоположной жизни организма.

Обратимся теперь к более местным, более узко локализованным изменениям функций висцеральной нервной системы под влиянием словесных раздражителей. Мы переходим к тем феноменам, к тем реакциям, которые до настоящего времени встречаются с наибольшим скептицизмом, недоверием и удивлением. Мы имеем в виду функции внутренних органов, сосудистой системы и трофических функций под влиянием словесного раздражителя. И если эти реакции и были наблюдаемы прежними исследователями и описывались ими, то они оставались убедительными лишь для одних, но совершенно не убедительными для огромного большинства других, поскольку эти исследования не носили лабораторного характера и не были строго научно обставлены. Да и не все отделы вегетативной н. с. были предметом наблюдения. Так, например,

влияние словесного внушения на обмен веществ и, в частности, на водообмен, углеводный обмен и др. совершенно не были предметом внимания исследователей. Изменения же этих процессов, конечно, могут считаться наиболее объективными.

Нами лично были произведены исследования влияния словесного воздействия на водообмен и углеводный обмен, к описанию которых и переходим.

VII

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ВОДООБМЕН *)

С целью выяснения влияния словесного воздействия на водообмен мы поставили три эксперимента на одном и том же объекте, III - вой. Опыты были поставлены с мнимым, внушенным в экспериментальном сне, «питьем» определенного количества «воды».

Первый опыт 4/IX 28 г. в Укр. Психоневролог. Институте, в присутствии д-ров: Мацкевич, Цыпкина, Трутень, Цейкинский, у объекта III - вой в состоянии бодрствования было определено количество 2-часового выделения мочи. Для этой цели в 11 час. 15 мин. утра был опорожнен мочевой пузырь, в 1 ч. 15 мин. дня выделилась моча в количестве 150,0 при уд. весе 1019. В 1 ч. 18 мин. гипноз и делается внушение: «вы пьете воду. Вы выпили один стакан воды. Пьете второй стакан (при этом объект протягивает руку, как бы берет стакан, подносит ко рту и пьет). Теперь пьете 3-й стакан, четвертый. Вы выпили 4 стакана». Объект сейчас же разбужен. Самочувствие хорошее. В 1 ч. 30 мин. объект почувствовал сильный позыв на мочеиспускание, и моча выделилась в количестве 230,0 при уд. весе 1011. В дальнейшем позывы были частые, и моча, как показывают нижеследующие цифры, выделялась небольшими порциями.

П о з ы в ы	Количество мочи	Примечания
В 1 ч. 40 мин. . . .	10,0	В 2 ч. 30 мин. заявила,
1 ч. 50 м.	25,0	что хочет есть и пить. Спра-
2 ч. 20 м.	20,0	шивает, что сделали, что
2 ч. 30 м.	10,0	такие частые позывы? — В
2 ч. 55 м.	40,0	3 ч. 30 мин. те же жалобы
3 ч. 10 м.	30,0	и вопросы.
3 ч. 30 мин.	20,0	
Всего с прежде	230,0	
выделенными . . .	385,0	

Таким образом, если до внушения в течение 2-х часов мочи было 150,0, то после мнимого питья 4-х стаканов воды мочи оказалось 385,0, т. е. на 165% больше при пониженном уд. весе на 8 (см. рис. 48).

Опыт 2-й, поставленный 23/XI 28 г. в лаборатории Укр. Психоневрологического Инст-та с тем же объектом в присутствии врачей: М. М. Денисенко и Холфона. На основании предыдущего опыта мы нашли возможным ограничиться только часовым выделением мочи, т. к. уже в течение первого часа определялась реакция и получался эффект. До внушения от 11 ч. 35 мин. до 12 ч. 35 мин. дня количество мочи = 50,0 при уд. весе в 1018. Усыплена в 12 ч. 38 мин. Внушается: «Вы пьете один стакан воды (у объекта соответствующие движения руки, глотки), еще один стакан... Вам еще хочется пить. Вы пьете 3-й стакан. Итак, вы выпили 3 стакана воды». Пробуждена в 12 ч. 45 мин. К 1 ч. 5 мин., т. е. через 20 минут по пробуждении, позыв на мочеиспускание. Мочи выделилось 225,0. В 1 ч. 38 м., т. е. через 33 мин., снова позыв и объект выделяет 250,0. Всего за 1 час выделено 475,0 при уд. весе в 1011.

*) Доложено в Харьковском Эндокринологическом о-ве 7/V 29 г.

Итак, в этот раз количество мочи в ту же единицу времени увеличилось почти в 10 раз (на 950%) при падении уд. веса на 7 (см. рис. 49).

3-й опыт был поставлен 19/XII 28 г. в лаборатории Пропедевтич. Терап. Клин. Харьк. Мед. Инст-та^{*}). В этом опыте мы углубили исследование, интересуясь состоянием крови до и после соответствующих внушений «питья воды». Мы предполагали, что при такой потере H_2O тканями и кровь должна претерпеть соответствующие изменения, и решили произвести исследования в направлении ее возможного сгущения, resp. количественного определения Hb и красных телец. До внушения в течение одного часа моча выделилась в количестве 70,0 при уд. весе в 1015, колич. Hb — 67%, красных телец — 3.983.000. После обычного внушения питья 3-х стаканов H_2O , количество мочи в течение часа 200,0 уд. вес — 1013, Hb — 71%, красных телец — 4.090.000.

Таким образом в данном случае, помимо обычного повышенного диуреза с понижением уд. веса, мы получили также и соответствующий ему процесс сгущения крови. Итак, мнимое питье H_2O , как и мнимое кормление собак у Павлова вызывало соответствующую содержанию раздражителя реакцию. Нужно ли говорить, что мы здесь имеем полную аналогию с упомянутыми нами опытами д-ра Быкова, давшими нам толчок к этим исследованиям? Если роль условного мочегонного для животного играл процесс приготовления к повторной ирригации H_2O в его прямую кишку, то в нашем случае роль этого «мочегонного» играло слово. Нельзя не остановиться на некоторых явлениях, наблюдавшихся в этих экспериментах. Во всех опытах быстрое повышение диуреза. В первые 20 —

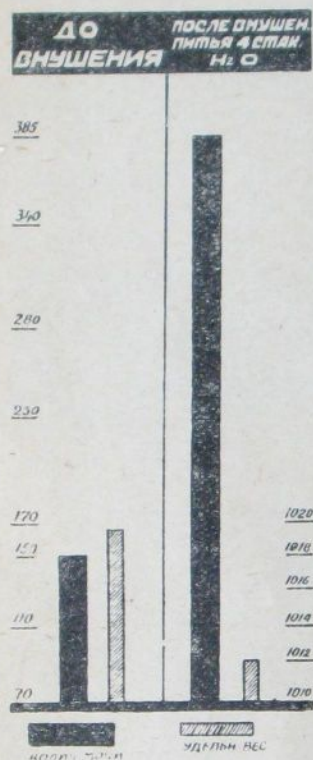


Рис. 48



Рис. 49

30 мин. уже имеется большая порция мочи. Особенно это заметно в первом опыте 4/IX. Кроме того, необходимо отметить несоответствие между количеством «выпитой» воды и выделенной мочи, при чем это несоответствие непостоянно. Так, в первом опыте при «выпитых» 4-х стаканах выделилось мочи на 265% больше, во втором, несмотря на меньшее количество «стаканов», мочи выделилось больше на 950% и в третьем опыте — на 130% при 3-х стаканах «выпитой воды». Особенно бросается в глаза разница между опытами 2-м и 3-м, как проведенными в равных условиях со стороны времени. В чем могут быть причины? Нам кажется, что здесь нужно иметь в виду, с одной стороны, что «стакан» — мерка условная и объект мог «представлять» стакан различного размера (процесс самовнушения), с другой — могли иметь значение формулировка и тон внушения, и, наконец, с третьей — нужно учесть то обстоятельство, что в период после внушения во время опыта в лаборатории терапевтической клиники объект чувствовал себя очень смущенным в присутствии многих новых лиц с проф. Зороховичем во главе. Этому обстоятельству необходимо, повидимому, придавать немаловажное значение, так как ведь из повседневных наблюдений известно

^{*}) Приношу благодарность как проф. Г. М. Зороховичу за любезное разрешение провести этот опыт в лаборатории его клиники, так и произведшей исследование крови д-ру Дубинской.

влияние эмоций на диурез. Более детализированные исследования смогут пролить на это свет.

Итак эти эксперименты, сделанные нами под влиянием доклада д-ра Быкова на II-м съезде физиологов в Ленинграде, указывают на полную возможность влияния словом на этот вид обмена.

В этом направлении были проделаны опыты в Венской психоневрологической клинике д-рами Hoff'ом и Wegner'ом⁵⁸⁾. Они также путем внушения поднимали диурез. Но они, помимо внушения питья воды, внушали повышенное выделение мочи. При этом у трех здоровых лиц диурез увеличивался почти в три раза, у одного же неврастеника — почти в 4 раза. Об изменениях удельного веса и крови не упоминается. Опыты этих авторов представляют интерес еще и с другой стороны, а именно — со стороны влияния степени заторможенности коры и подкорковой области на реализацию внушения. Если этим гипнотикам они давали за час до усыпления paraldehyd, как действующий преимущественно на кору мозга, то количество мочи увеличивалось в ту же единицу времени. При даче же medinal'a, действующего главным образом на подкорковую область, следовательно, на высшие вегетативные центры, внушение ни в одном случае не реализовалось. Точно также они не могли получить эффекта у одного хорошо гипнотизированного послеэнцефалитического паркинсоника. Эти эксперименты лишь раз подчеркивают значимые степени экспериментального сонного торможения для успешности воспитания нового условного рефлекса. Для большей наглядности результаты исследований авторов мы изобразили в кривых (см. рис. 50).

Авторы упоминают об аналогичных положительных результатах при внушении питья, полученных д-ром Marx'ом⁵⁹⁾.

Если эти эксперименты позволяют делать «сдвиги» в одну сторону, то ниже следующие клинические наблюдения указывают на возможность «сдвига» тем же путем и в противоположную сторону. Ниже мы приводим два случая несахарного мочеизнурения, где благотворное влияние оказало словесное воздействие, примененное студентом V к.

Кисловым. Последний, прослушав серию моих лекций по психотерапии, решил применить суггестивную терапию у двух больных с весьма тяжелой и упорной формой diab. insip. психогенного происхождения. Случаи эти помещены им в его дипломной работе, представленной им мне для просмотра в сентябре 1928 г. и защищенной им в январе 1929 года. С разрешения автора привожу их без существенных изменений и сокращений.

Первый случай касается больного, находившегося в течение нескольких месяцев в Харьк. госпитальной терапевтической клинике с диагнозом diabetes insipidus⁶⁰⁾). Применяемое медикаментозное лечение не давало никакого эффекта. Гипофизин, за отсутствием его в клинике, не был применен. Больной оставался в клинике лишь в качестве демонстративного материала для студентов. Больной 29-ти лет, армянин, беженец из Константинополя. Болен 12 лет. Во время армяно-турецкой резни в 1914 г. на его глазах были зарублены отец, мать и 2 брата, сам он бежал в Грецию, долго скитался, перенес много лишений. С этого времени он стал чувствовать большую потребность в холодной воде, которая по временам переходила в болезненную жажду. В сутки выпивал от 1½ до 2-х ведер воды. Голод переносил гораздо легче, чем жажду. Братский status praesens. Питание резко понижено. Вес 2 пуда 30 фунт. при росте в 156 см. Со стороны внутренних органов N, мочевой пузырь переполнен. Со стороны нервной системы — настроение подавленное, сон тревожный, сухожильные рефлексы ослаблены. Анализ мочи. Удельный вес — 1000. В остальном N. Микроскопическое исследование: Белые тельца 1 — 3 в поле зрения. Изредка эпителий мочевого пузыря и красные тельца. Анализ

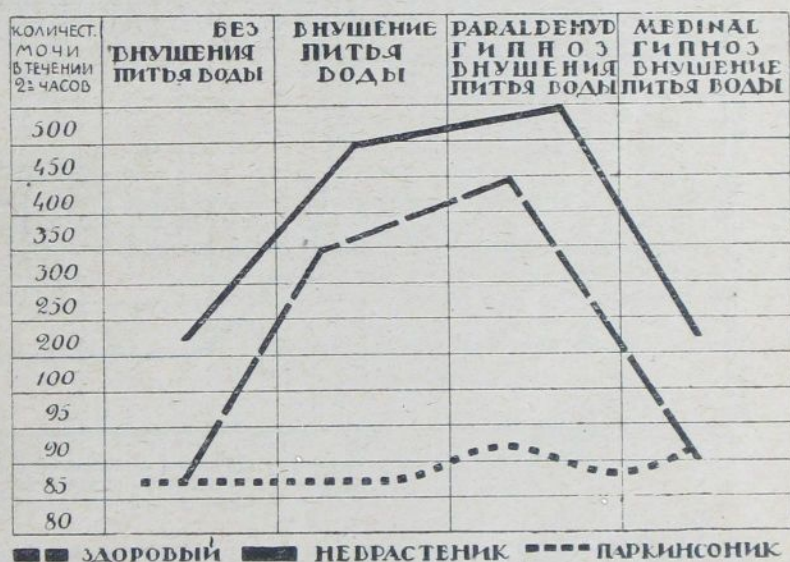


Рис. 50

⁵⁸⁾ К сожалению, авторами не указано, где помещена статья Marx'a.

⁵⁹⁾ Случай этот приводится с ведома и разрешения дир. клин. проф. С. Г. Якушевича.

желудочного сока показал: понижение общей кислотности и следы свободной соляной кислоты. Рентгеноскопия гипофиза — патологических изменений не обнаружено. Осмотр окулиста показал норму со стороны остроты зрения и состояния глазного дна. R. W. — несколько раз отрицательная. В сутки выпивает воды 14,200 — 14,500 см³, в сутки выделяет мочи 15,200 — 16,400 см³.

Так как в анамнезе имелась психическая травма, после которой развился вышеописанный симптомокомплекс, то можно было предположить, что здесь имелось нарушение водного обмена «психогенного» характера, следовательно, и лечение должно быть «психическое». С разрешения проф. С. Г. Якушевича была выписана больному индифферентная микстура Inf. fol. Foeniculi 200,0, по столовой ложке три раза, и назначена психотерапия в состоянии бодрствования, в форме, убеждения гешт. косвенного внушения.

Так как больной плохо понимал русский язык, то влиять на больного приходилось через переводчика — студента V курса. Больному говорилось, что если он хочет выздороветь, то должен пить прописанное ему лекарство, которого ему раньше не давали, что подтверждено во время обхода и самим профессором. С первого же раза было авторитетно заявлено больному, что с каждой выпитой ложкой лекарства жажда его будет уменьшаться и воды он будет выпивать столько, сколько ему было указано согласно внушению. Последнее делалось ежедневно на обходе.

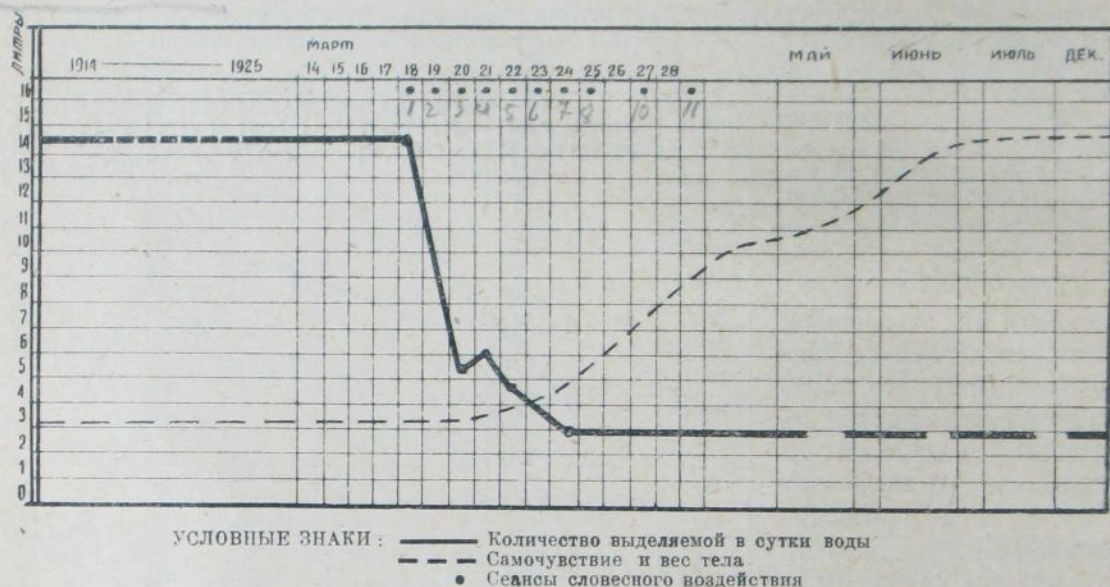


Рис. 51. Словесная терапия реактивного психотравматического несахарного мочеизнурения 12-тилетней давности. Резкое уменьшение жажды и полиурии наряду с подъемом самочувствия после первого же косвенного внушения

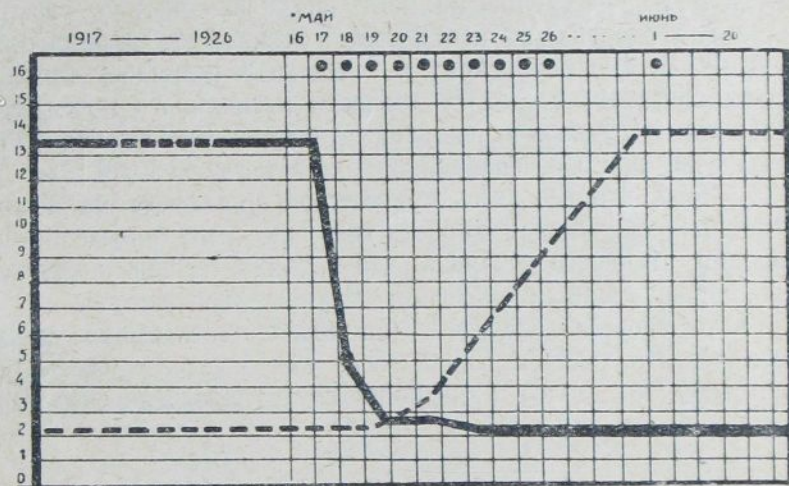
Из приводимой записи видно, что внушение оказывало свое действие. Если с 17-го по 18-е февраля 1926 г. выпито, как и в предыдущие дни, 14,200 и выделено мочи 16,800 уд. веса — 1000, то за сутки 18 — 19, после внушения утром 18-го

	выпито 9	литров	выделено мочи	10,800 уд. в. 1,000
с 19 — 20	5,700	»	»	» 1,000
» 20 — 21	6,000	» (нервничал)	»	» 1,000
» 21 — 22	4,800	»	»	» 1,001
» 22 — 23	4,800	»	»	» 1,002
» 23 — 24	3,000	»	»	» 3,600
» 24 — 25	3,000	»	»	» 3,600
» 25 — 26	3,100	»	»	» 4,000

С резким падением жажды появился аппетит и бодрость. Больше не было стремления уменьшать количество выпиваемой жидкости, включая сюда молоко, обед, чай. С каждым днем самочувствие улучшалось. Больному разрешили ухаживать за больными и помогать в уборке палат. Внушение делалось в течение 10-ти дней. Через три недели после начала психотерапии больного выписали. Он за все время не превышал указанной ему нормы 3.200. Пробудилось также и libido, раньше совершенно ослабевшее. Вне клиники больной находился под наблюдением в течение 4-х месяцев. Стал понемногу втягиваться в работу, поправляться, пополнил. К декабрю прибавил в весе 24 фунта. Стал на работу в сапожной мастерской, начал изготавливать изящную дамскую лаковую обувь, тогда как раньше с трудом выполнял грубую починку. За 8 месяцев после выхода из клиники жажда не увеличивалась (см. рис. 51).

Здесь мы имели случай так наз. косвенного словесного внушения, через посредство индифферентного до сочетания со словом раздражителя (Inf. fol. Foeniculi).

Нижеследующий второй, аналогичный первому, случай касается уже прямого внушения. Больной П., 14½ лет от роду, ученик семилетки, находился на излечении в Харьковской терапевтической факультетской клинике и демонстрировался прив.-доц. Коганом - Ясным на одной из его лекций по эндокринологии. Диагноз: diab. insipid. Со стороны гипофиза рентген не давал никаких отклонений от нормы. В течение месяца инъекции гипофизина, под влиянием чего уменьшилось потребление воды и выделение мочи. Но стоило прекращать введение гипофизина, как появлялась мучительная жажда и потребление воды возрастало до 60 — 70 стаканов (14 литров), больной был выписан без улучшения. R. W. всегда была отрицательна. Анамнез. Девять лет тому назад психическая травма: за ним погнался извозчик с кнутом. Вбежав в дом, он впал в обморочное состояние, не приходя долго в сознание. Очнувшись, попросил воды и выпил несколько кружек залпом. С этого момента стал пить огромное количество воды, особенно ночью. Мучительно было ему в школе на уроках, с трудом ожидал перемены. Во время частых экскурсий и прогулок со школой за город запас взятой им воды быстро изсякал. Иногда утолял жажду выделяемой им мочей. Если не было близко воды, убегал домой с экскурсий. В школе отставал от занятий, туго соображал, был вял, слаб. Занятия давались ему с трудом, так как мысль о воде не оставляла его ни на минуту. За ночь выпивал столько же воды, сколько и за день. До 10-ти раз вставал ночью мочиться. Имея в первом случае положительный результат от применения психотерапии при diab. insip., ст. Кислов применил этот метод и во втором случае, как имевшем также психотравму в анамнезе. Больной П. отличался легкой внушаемостью. С первого же сеанса примененной гипноустгестивной терапии наступило дремотное состояние с полной гипотонией мышц. Делалось соответствующее подбадривающее внушение, что это заболевание временное, что при этом лечении больной перестанет поглощать такое количество воды, и если будет ощущать жажду, то достаточно будет только полоскать рот и вместо кружки в 2 — 3 стакана он будет выливать всего несколько глотков, появится аппетит, бодрость, появится интерес к занятиям и он догонит своих товарищей по школе. Ежедневными подобными внушениями уменьшалось количество вводимой жидкости. Наблюдение велось в семье больного, где тщательно записывалось количество вводимой и выводимой жидкости. Обычно выделялось мочи до 12-ти литров в сутки. На следующие после внушения сутки количество выпитой воды уменьшилось до 3-х литров. Ночью вставал 6 раз.



УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ: — Количество выпиваемой в сутки воды
- - - Самочувствие
• Словесное воздействие

Рис. 52. Словесная терапия реактивного психотравматического несахарного мочеизнурения 9-тилетней давности. Влияние прямого внушения в гипноидном состоянии

С 18 — 19 мая выпито 5 литров вставал ночью 4 раза
» 19 — 20 » » 3 литра » » 3 »
» 20 — 21 » » 3 литра » » 2 » уд. вес 1002
» 21 — 22 » » 3 » » » 2 »
» 22 — 23 » » 2.600 » » 2 »
» 23 — 24 » » 2.400 » » 2 »
» 24 — 25 » » 2.600 » » 2 »

25 — 30 мая выпивал в сутки по 2600, вставая ночью 2 — 3 раза.

Сеансы производились ежедневно с 24-го мая, уменьшить количество вводимой воды не удавалось. Несмотря на это, было заметное улучшение, и нужно сказать, что с первых же дней лечения стал улучшаться аппетит, постепенно нарастала бодрость, стал развиваться интерес к школе, к занятиям и в школе больной вышивал урок спокойно до конца. Вообще он стал выравниваться, посвежел, из апатичного превратился в бодрого, подвижного мальчика, интересующегося занятиями, играми и физкультурой. В течение следующего месяца он был под ежедневным контролем (см. рис. 52). Потребности в большом количестве жидкости не было. В июле уехал в деревню, где пробыл больше месяца, загорел (раньше он не загорал), скреп, поздоровел, пополнел. Несмотря на знойные дни и работу в поле, жажда его не беспокоила. С отъездом его из Харькова доктор К. больше не имел о нем сведений, несмотря на запросы, не получал ответа. Можно показать, что не удалось более продолжительное время проследить больного и сделать соответствующий вывод. Но и полученные результаты говорят за лучший эффект словесного воздействия в сравнении с гипофизинном.

*) Этот 2-й случай приводится также с ведома и разрешения прив. доц. В. М. Когана - Ясного.

Нам кажется, что нет необходимости говорить о теоретическом и практическом значении данных случаев. Они заставляют вспомнить, что на функциональную полидипсию и полиурию психогенного происхождения указывает проф. Дежерин⁶⁹⁾, приводя случаи потребления жидкости до 7-ми литров в сутки и выведения соответствующего количества мочи на протяжении 5-ти лет. Проф. Zondek⁶⁹⁾ указывает на то, что существует ряд больных, у которых заболевание (diab. insip.) приходится рассматривать, как следствие «психических» процессов. С другой стороны, он указывает и на случай полидипсии, когда причиной развития этого страдания у некоторых лиц может служить также и подражание. Ему пришлось наблюдать 13-тилетнего мальчика, страдавшего в течение одного года полидипсией и полиурией, доходившими до 8-ми литров в сутки. Пациент научился пить у своего школьного товарища. Под влиянием энергичного психического лечения эта дурная привычка исчезла совершенно. Доц. П. П. Под'япольскому в 1909 году пришлось также наблюдать случай психотравматического 4-летней давности несахарного мочеизнурения (до 3¹/₂ ведер приема жидкости в сутки), исчезнувшего исключительно под влиянием 2-х сеансов гипно-суггестии, при чем больной здоров вот уже 18 лет! *).

Ясно, что все здесь приведенное указывает на необходимость иметь в виду психогенный несахарный диабет, так как этим определяется как прогноз, так и метод терапии. И нечего говорить, что в таких случаях психотерапия является единственным продуктивным методом. Случаи же Кислова и Под'япольского указывают, что метод словесного воздействия может иметь прямое показание при этой форме заболевания. Приходится удивляться, как быстро может произойти сдвиг вегетативных функций, так долго находившихся в патологическом состоянии — в первом случае 12 лет, во втором — 9!

VIII

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН

Не подлежит уже сомнению, что эндокринные железы и внутренние органы тесно связаны с высшими центрами вегетативной н. с., а следовательно, и с корой мозга. Нарушение же в частности углеводного обмена может зависеть не только от страдания заинтересованных в этом процессе внутренних органов, но и от изменений в нервной системе. Гликозурия, проявляющаяся в результате эмоциональных потрясений, давно отмечена различными авторами⁶¹⁾ ⁶²⁾ и известен так наз. «сахар биржевиков». Все это указывает и на участие коры мозга в развитии нарушения углеводного равновесия. Если это так, то и словесное раздражение с соответствующим содержанием, геср. внушение, может вызывать определенную реакцию.

Первая попытка в этом направлении была сделана проф. Marcus'ом и д-ром Sahlgreen'ом **) в Стокгольмской нервной клинике. Внушая объекту в гипнозе, что он «с'ел сахар», они изучали кривую сахара в крови. В данном случае результат получился отрицательный и предполагаемой гипергликемии от «мнимого» кормления не получилось (исследования по методу Hagendorn-Jensen'y). У van der Velden'a ***) же получились положительные результаты при «мнимом» кормлении сахаром в гипнозе. По имеющимся у меня сведениям от д-ра В. Н. Финне, последнему удалось у хорошо гипнотизабельного объекта получить внушенную гипергликемию в опыте, проделанном в Ессентуках летом 1928 г. Исследование сахара было произведено по Hagendorn-Jensen'y. Реальная нагрузка дала через час повышение количества сахара в крови от 0,100 до 0,140, «мнимая» — с 0,104 до 0,109. Нами также был поставлен ряд пробных экспериментов в том же направлении. Первый опыт был произведен 12 декабря 1928 г. в лаборатории Харьк. пропедевтической терапевтической клиники Г. М. Зороховича. В 11 часов утра, через три часа после завтрака, состоявшего из

*) Клинич. журнал. Саратов. У-та, т. VII, № 4/5, 1929 г.

**) Цит по Heilig'y и Hoff'y.

***) Л. с.

куска телятины, 2-х стаканов кофе и 4-х ложек сахара, взята была кровь д-ром Дубинской и ею же исследована на сахар по методу Hagendorn-Jensen'у. Количество сахара равнялось 0,097. Реальное кормление 150 гр. меда и 50 гр. сахара песку через 50 минут повысило количество сахара в крови на 33%. 19-го декабря тот же завтрак в 8 час. утра. В 11 час.— количество сахара в крови 0,094. После взятия крови делается в гипнозе внушение следующего содержания: «Вы едите ту же порцию меда и сахару, которую с'ели 12-го декабря». «Вы с'ели». Через 50 минут по пробуждении количество сахара в крови оказалось увеличенным на 0,025 мм (25%) (см. рис. 53). Третий опыт был поставлен 7-го февраля 1929 г. в физиологической лаборатории Укр. Психоневрологического Института. Предварительного реального кормления не было. После взятия крови в 12 час. дня, через 4 часа после обычного утреннего завтрака, в гипнозе было внушено, что объект «с'ел то же количество меда и сахара». После исследований по методу Hagendorn-Jensen'у, произведенных лаборантом д-ром В. С. Ишуниной, оказалось, что если до «мнимого кормления» количество сахара в крови равнялось 0,075, то через 40 мин. после мнимого кормления оно равнялось 0,087. Следовательно, в данном случае внушенная нагрузка дала гипергликемию.

Конечно, результаты исследований van der Velden'a, д-ра Финне и наши еще не могут решать в положительном смысле вопроса о возможности непосредственного влияния словом на содержание сахара в крови. Если принять во внимание к тому же тонкость метода исследования и лабильность уровня гликемии, то могут быть выражены сомнения в отношении значения полученных цифровых данных. И кроме того, может быть вообще выражено сомнение в возможности внушенной гипергликемии. Но нужно учесть вышеописанные опыты с водообменом, где методика очень проста и в то же время точна и если один отдел вегетативной н. с. дает реакцию на мнимое питье, то тем самым допускается возможность наличия того же и в других ее отделах.

Это, конечно, должно стимулировать к дальнейшим систематическим и массовым исследованиям в этом направлении с целью окончательного установления этого факта. Интересны, но требуют еще проверки исследования, сделанные в противоположном направлении Gigon'ом Aigner'ом и Brauch'ом*). Они внушали четырем диабетикам представление, что их поджелудочная железа работает лучше, что количество сахара в моче и в крови падает, и им будто бы удалось понизить количество его как в крови, так и в моче.

Подтверждение полученных результатов в этом небольшом количестве экспериментов может иметь такое же теоретическое и практическое значение в отношении diab. mellit., как в отношении diab. insip., когда психогения является источником и сахарного диабета, который в таких случаях может поддаться лишь психотерапии.

Приведенное в этой главе заставляет задуматься над вопросом о роли психотравматизма в развитии не только несахарного, но и сахарного мочеизнурения. Клиника должна учитывать этот генез, связывая с ним и соответствующий терапевтический подход. Быть может, психогенных, динамических, но не «органических» диабетов окажется больше, чем это думается, и не встречаем ли мы их только по причинам, изложенным в предыдущей VI-й главе об-извращенных реакциях?

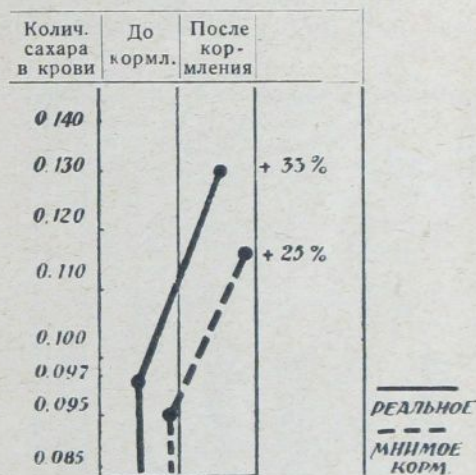


Рис. 53. Эксперимент с мнимым кормлением сахаром. Непрерывная линия — результат реального кормления, прерывистая — внушенного. В первом случае количество сахара в крови увеличилось на 35%, — во втором на 25%.

*) Цит. по Heilig'у и Hoff'у., l. c. Статья этих авторов напечатана в Schweiz med. Woch. 1926. № 30.

IX

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА СОСТОЯНИЕ ГОЛОДА И СЫТОСТИ *)

Проф. Glaser⁶³⁾ опубликовал в 1924 г. результаты своих исследований над влиянием как мысленного переживания, принятия пищи на морфологию крови, так и реальной еды. Исследования показали тождество колебания количества белых телец, чем и было впервые установлено самостоятельное, помимо приема пищи, колебание т. н. алиментарного лейкоцитоза, а следовательно, и возможность появления его под влиянием психики.

Д-р П. П. Истомин и студент П. Я. Гальперин⁶⁴⁾, работавшие в Харьк. пропедевтической нервной клинике, углубили исследования проф. Glaser'a, используя для этой цели метод гипнотического внушения. Если проф. Glaser, заставлял своих объек-

тов воспринимать мнимую еду, то эти исследователи в гипнозе внушали лишь ощущение голода или полного отсутствия аппетита, без всяких намеков на представление о пище или о принятии ее.

Исследованию подвергались шесть объектов.

У пяти объектов данные в отношении повышения лейкоцитоза получились непостоянные. Но не было случая, чтобы чувство голода сопровождалось лейкопенией. Совершенно же другие и закономерные данные получились с шестым объектом. В контрольных двух опытах на реальное голодание спонтанный лейкоцитоз представлял почти одинаковые колебания: 110 — 1576 (5.000 — 6.000; 4.700 — 62,75). В первом опыте 6 апреля 26 года путем подавления голода внушением удалось предупредить обычное повышение числа лейкоцитов в привычный час еды и голода (53,375 — 5,425). Во втором таком же опыте 7-го апреля было повышено даже падение с 6.300 до 5.575. 8-го апреля был внушен аппетит, и наряду с появившимся сильнейшим ощущением голода поднялось число лейкоцитов с 5.000 до 6.680. Такой же опыт через четыре дня дал те же результаты (4.275 — 6.300). На следующий день

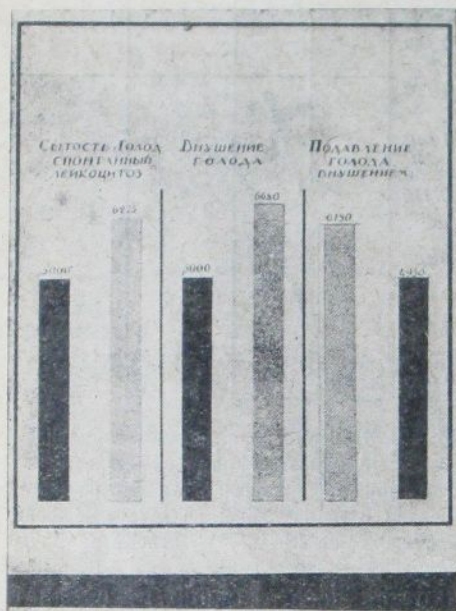


Рис. 54. Влияние мнимых сытости и голода на белую кровь

был вновь подавлен аппетит, что вызвало падение количества лейкоцитов на 4.975 — 3.550. Через день этот опыт был повторен с тем же результатом. Внушенное отсутствие аппетита обусловило лейкопению (6.150 — 4.950) (см. рис. 54).

Не говоря о том, что эти исследования являются объективным показателем изменения в крови, они в то же время подтверждают, что алиментарный лейкоцитоз представляет собою реакцию не только на пищу, но и на представления о ней, а также и на время приема ее. Иначе говоря, он является сочетательно, гесп. условно-рефлекторным. Это вытекает также как из опытов проф. Завадского⁶⁵⁾, так особенно и из исследований д-ра Я. М. Лобача, вышедших из псих. клиники проф. А. К. Ленца в Минске⁶⁶⁾, устанавливающих наличие алиментарного условно-рефлекторного лейкоцитоза у здоровых и у душевно-больных. В вышедшей в последнее время в Ташкенте работе д-ра А. А. Топильского⁶⁷⁾ также устанавливается влияние словесного внушения на колебание количества лейкоцитов в крови при внушении сытости и голода. В этом же направлении в настоящее время ведется исследование в госпит. хирург. клинике г. Днепропетровска д-ром П. О. Щегловым, для объективного доказательства состояния внушенной и в то же время реальной «сытости» больного до хирургической операции и после нее.

*) Доложено в Харьковском Эндокринологическом о-ве 7/V 29 г.

Таким образом, эксперименты д-ра Истомина и Гальперина, а также и д-ра Топильского показали, что словесным раздражителем можно влиять на нервный аппарат регулирующий состояние сытости и голодания. Этими исследованиями подтверждается реальность давно известной гипнологом возможности влиять на аппетит путем внушения. Эту возможность должно иметь в виду, как имеющую практическое значение, не только в клинике неврозов, но и в патологии внутренних органов. В частности, нужно иметь в виду те заболевания, при которых надо поднять питание организма, как, напр., при туберкулезе, при истощении после перенесенного тяжелого заболевания и т. под.

Целесообразность и настоятельная необходимость применения слова в этом направлении показана работой в тубсанатории одного из наших сотрудников (д-ра Р. Я. Шлифер), применявшей психотерапию во всех видах у легочно-туберкулезных больных в качестве могучего, как оказалось, вспомогательного средства.

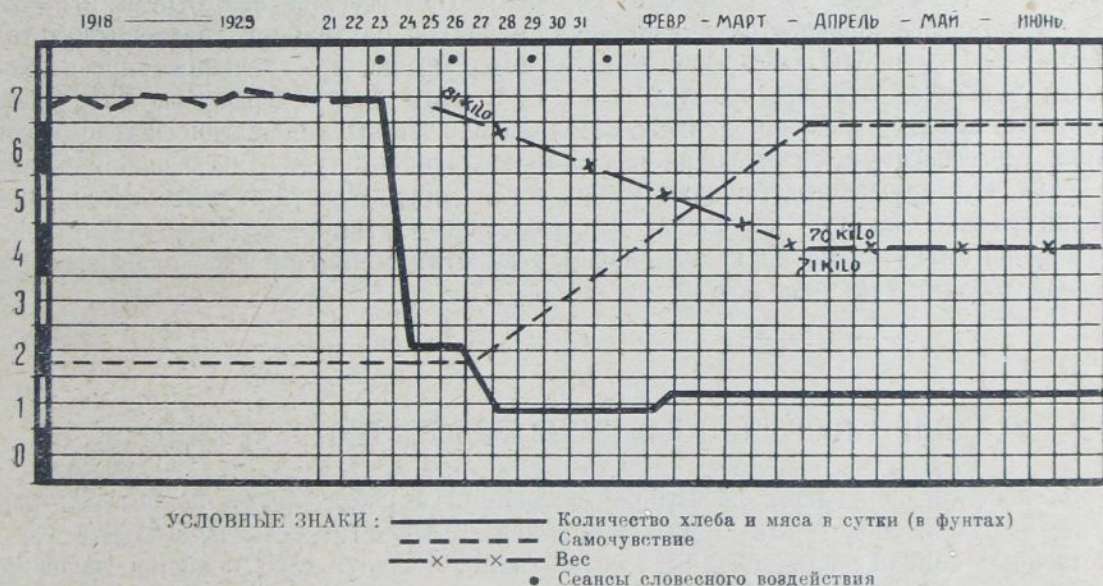


Рис. 55. Б - я Л. 36 л. Булимия, полидипсия, ожирение 11-тилетней давности. Словесное воздействие наяву. Резкое улучшение под влиянием словесной терапии в бодрствующем состоянии

В какой мере чистое непосредственное словесное воздействие может влиять на ощущение голода показывает следующий случай, находящийся в настоящее время под нашим наблюдением в психоневрологическом диспансере*).

Больная Л - ва, 36 лет, по совету раньше лечившего ее врача, обратилась к нам с жалобой на постоянное чувство голода и жажды. В день съедает 5 — 6 фунтов хлеба, несколько фунтов мяса, берет хлеб и на ночь под подушку. Количество выпиваемой воды не меньше 25 — 30 стаканов в день. «Пила воду как утку». Сейчас же после приема пищи у больной снова появляется мучительное чувство голода, при чем при всякой попытке воздерживаться от дальнейшего приема пищи сейчас же появляется чрезвычайная общая слабость. Больная в течение 10 лет. Мучительный голод впервые появился внезапно во время стояния в очереди за продуктами. Закружилась голова, и сразу же появилось чувство голода, не покидающее ее до настоящего времени. С момента заболевания больная стала быстро полнеть, последнее время из-за тучности с трудом передвигалась. Несколько лет тому назад лечилась, но безрезультатно. Год тому назад обратилась к невропатологам, один из них назначил индифферентную микстуру, другой — тиресидин и режим ограничения еды. В течение двухмесячного лечения потеряла 18 фунтов, но чувство голода больную не покидало, так же как и нараставшая слабость, особенно в руках и ногах. После двухмесячного летнего перерыва возобновила лечение, но уже без всякого эффекта. Были проделаны различного рода исследования (рентген, моча, кровь на сахар и проч., «не давшие ничего патологического»). 23-го января 1929 года больная была направлена к нам на консультацию. Принимая во внимание безрезультатность лечения в прошлом различными методами, мы, эксперимента ради, предложили

*) Больная демонстрировалась 26/III 29 г. на заседании Психотерапевт. секции Харьк. Мед. О - ва и 9/V 29 г. в заседании О - ва Эндокринологов.

д-ру Холфону, интерну клиники Психоневр. Ин-та, провести суггестивную терапию, пользуясь словом, как условным тормозом. Психотерапия была проведена в бодрствовании, *внушением наяву*. Больной, лежавшей с закрытыми глазами, разъяснялось, что ощущение голода ни в коей мере не связано с потребностью организма в таком количестве пищи, а вызывается состоянием раздражения отделов, ведающих подобного рода ощущениями. Ей императивно внушалось, что она может вполне ограничить приемы пищи, и при этом ограничение это никакой слабости за собою не повлечет. «Чувство голода вы в состоянии подавить». «Ощущение голода постепенно стихает и исчезает!» Кроме этого, больной указывается соответствующее количество принимаемой пищи и наиболее желательная для нее диета.

23-го января ей было внушено есть по два фунта хлеба в день, затем, в течение следующих дней, по одному фунту и, наконец, по три четверти фунта. На последней порции больная остановилась, довольствуясь ею до настоящего времени (январь 1930 г.). Одновременно внушалось потребление жидкости не более двух стаканов плюс обед. Исключены сладости и мучное, внушением отсутствия влечения к ним. Наряду со всем этим больная, как показывают еженедельные взвешивания, теряет постепенно в весе, потеряв за 8 недель 10 кило. Но особенно необходимо отметить, это — нарастающее хорошее самочувствие и, наряду с похуданием, полное отсутствие слабости, чего не наблюдалось, как указано было выше, при лечении тиреоидином. Больная чувствует себя все время хорошо. Как долго будут держаться полученные результаты, сказать, конечно, не можем. Но для нас чрезвычайно важен факт быстрого влияния словесного раздражителя на расстроенные функции тубергипофизарной области в то время, как другие средства оказывались совершенно безрезультатными. Необходимо подчеркнуть еще раз, что внушение производилось в состоянии бодрствования. Все это очень наглядно видно из кривой падения аппетита и потери веса с первого дня словесной терапии (см. рис. 55).

X

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА РВОТНЫЙ ЦЕНТР*)

Из повседневной жизни известно, что тошнота и рвота могут появиться «психическим» путем. Некоторым лицам, например, достаточно услышать разговоры о тошнотворных запахах или вспомнить об *ol. ricini*, о каком-либо зловонном веществе, как у них появляется тошнота, а в иных случаях и рвота. Это указывает лишь на то, что эта реакция происходит сочетательно-рефлекторным путем через кору мозга или, как принято говорить, через «воображение».

Известно, что экспериментально эта рвотная реакция может вызываться у некоторых лиц путем словесного внушения как в бодрствовании, так и в «гипнотическом» состоянии. При лечении алкоголиков мы иногда прибегаем к воспитанию этой реакции в «гипнотическом» состоянии, вызывая путем внушения тошноту и рвоту при внушенном в гипнозе «питье» водки и проч. Этим, конечно, упрочивается отрицательная реакция на данный раздражитель, т. к. при этих условиях остается более глубокий след в нервных тканях.

Объективным признаком наличия тошноты может служить реакция со стороны сердечного пульса.

Приведем для иллюстрации следующий эксперимент, проделанный нами над одним алкоголиком М., 32 лет, дававшим очень живую реакцию на внушение тошноты. Опыт был произведен 5/VII 26 г. путем сосчитывания пульса по методу Брейтмана С секундомером в руках отсчитывались удары в течение каждых 5-ти секунд**). Формулировка внушений была краткая: «тошнит», «не тошнит», «очень тошнит». Внушенное состояние длилось поочередно в течение одной-двух минут. Приведем протокол полностью. Пульс до усыпления в лежачем положении — 90 в 1'. В 10 час утра усыплен. Заснул через 10 секунд. На 5-ой минуте сна пульс — 85 в 1', равномерный. Приводим цифровые данные в течение последней перед внушением минуты:

*) Доложено в акушерской секции X. М. О. и VII всесоюзн. съезде акушеров в Киеве.

**) Мы сознаем, что этот метод, б. м., не удовлетворяет строго научным требованиям, но мы не имели возможности провести этот эксперимент в лаборатории, т. к. исследования производились в г. Купянске.

1 - ые 5 сек.	7		11 - ые 5 сек.	7	
2 » 5 »	7		12 » 5 »	7	
3 » 5 »	7		13 » 5 »	7	
4 » 5 »	8		14 » 5 »	7	
5 » 5 »	7		15 » 5 »	7	«очень тошнит»
6 » 5 »	7		1 » 5 »	8	
7 » 5 »	7		2 » 5 »	9	рвотные
8 » 5 »	7		3 » 5 »	10	движения
9 » 5 »	7		4 » 5 »	10	
10 » 5 »	7		5 » 5 »	9	
11 » 5 »	7		6 » 5 »	10	«спокойно!»
12 » 5 »	7		7 » 5 »	10	
1 » 5 »	8	«тошнит»	8 » 5 »	9	
2 » 5 »	9		9 » 5 »	9	
3 » 5 »	9		10 » 5 »	10	Рвотные
4 » 5 »	9		11 » 5 »	9	движения
5 » 5 »	10		12 » 5 »	9	
6 » 5 »	9		13 » 5 »	9	
7 » 5 »	10		14 » 5 »	9	
8 » 5 »	9		15 » 5 »	10	«Тошноты
9 » 5 »	9		16 » 5 »	10	нет!»
10 » 5 »	8		1 » 5 »	8	
11 » 5 »	9		2 » 5 »	8	
12 » 5 »	8		3 » 5 »	8	
13 » 5 »	9		4 » 5 »	7	
14 » 5 »	10	«Тошноты	5 » 5 »	8	
15 » 5 »	9	нет!»	6 » 5 »	7	
1 » 5 »	8		7 » 5 »	7	
2 » 5 »	8		8 » 5 »	8	
3 » 5 »	7		9 » 5 »	7	
4 » 5 »	7		10 » 5 »	7	
5 » 5 »	7		11 » 5 »	7	
6 » 5 »	7		12 » 5 »	7	
7 » 5 »	7		13 » 5 »	7	
8 » 5 »	7		14 » 5 »	7	
9 » 5 »	7		15 » 5 »	7	
10 » 5 »	7				

Эта таблица дает яркую картину изменения частоты пульса и равномерности его под влиянием словесного воздействия. В дальнейшем эксперимент закончился наступившей рвотой.

Приводимые ниже кривые дыхания пульса *) и с реакцией последних на внушение тошноты являются еще более объективным доказательством реальности явления (см. рис. 56 и 57).

Литературные данные и наблюдения нашего психотерап. отд. показывают, что этим же словесным путем можно воздействовать и в противоположную сторону, принося существенную пользу больным определенной категории.

Не касаясь реактивных рвот у невропатов, остановимся на так наз. «неукротимой рвоте» беременных, которая, как известно, у большинства прекращается обычно прерыванием беременности, а часто и летальным исходом, если не оказана помощь во-время. Так как наши наблюдения и опыт психоневрологического диспансера показывают, что при этом страдании словесное воздействие является, повидимому, единственным прекращающим рвоту средством, и так как этому виду терапии не придается должного значения, то мы позволим себе привести здесь несколько типичных случаев, с чрезвычайной яркостью подчеркивающих положительное влияние словесного раздражителя в качестве физиологического тормоза.

Положительный эффект, полученный нами впервые в 1912 г. при применении словесного воздействия на рвоту беременной жен-врача Д-вой, а затем успешно

*) Запись пульсовой кривой произведена в физиологической лаборатории Психоневрологического Ин-та при непосредственной помощи д-ра лаборанта В. С. Ишунинной, которой и приношу благодарность за содействие.

проведенные случаи одним из наших сотрудников (д-р. М. Пайкин) заставили нас более серьезно отнестись к этому методу воздействия и более настойчиво проводить его в жизнь. Нижеследующие случаи могут служить оправданием этого. Приведем из многих лишь некоторые, как наиболее типичные и показательные, иллюстрируя их для большей наглядности соответствующими кривыми, на которых рвоты обозначены черной, а самочувствие б-й красной линиями, точками — сеансы словесного воздействия.

Начнем со случая с весьма тяжелым и упорным слюнотечением. Б-я А. 30 л., 12-я беременность, 7 и 8-я нед. беременности. Последние 8 беременностей прерваны из-за слюнотечения. Принимавшиеся обычные мероприятия не достигали цели. Первый сеанс словесной терапии в дремотном состоянии б-й дал значительное облегчение. Последующие два прекратили саливацию. Параллельно уменьшению последней улучшалось самочувствие (см. рис. 58) (случай д-ра М. О. Пайкина).

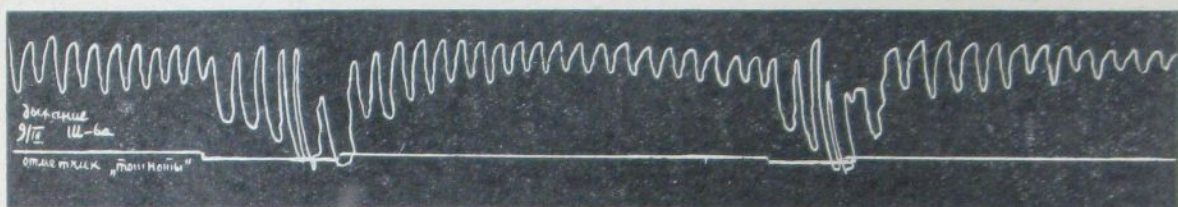


Рис. 56. Словесная инструкция «тошнит» вызвала у загниотизированной реакции со стороны дыхания

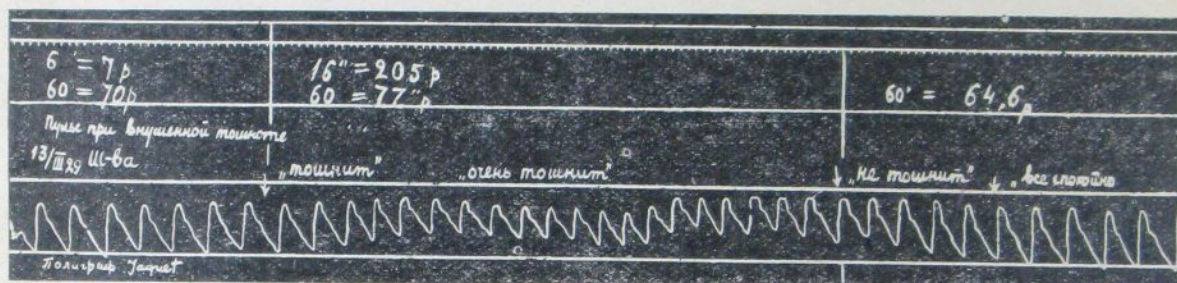


Рис. 57. Словесная инструкция «тошнит», «очень тошнит» участила пульс на 7 ударов в минуту при ослабленном наполнении. Инструкция же «не тошнит» сразу вновь замедлила пульс и увеличила его наполнение

2-й случай. Больная Т., 21 год. Первая беременность. Седьмая неделя. Рвота с четвертой недели беременности. Рвоты каждые 5 минут. Не может видеть не только пищи, но и едающего. Потеряла в весе 12 фунтов за 3 недели. Назначаемые внутрь лекарства вызывает. Голодает. Интересно отметить, что у этой больной рвоту вызывало все то, что так или иначе имело отношение к пище. Даже отдаленный звук тарелок, ножей и проч. Все это являлось для н. с. больной условными раздражителями, вызывавшими тошнотную и рвотную реакцию. После 3-х сеансов словесного воздействия в легкой дремоте прекратился весь тяжелый патосимптомокомплекс (сл. д-ра Цейкинской).

3-й случай. Больная Б., 27 лет. Третья беременность. Две первые — аборт из-за слюнотечения и рвот. Обратилась в психоневрологический диспансер Инст-та на 8-й неделе беременности. Непрерывное слюнотечение днем и ночью, рвоты до 50—60 раз в сутки. Голодание. Истощена и совершенно неспособна. Врачом психотерапевтич. отделения б-ная погружается в дремотное состояние и ей делается краткое внушение. Эффект получился быстро. Больная оставалась около часа в диспансере с изменившимся в положительную сторону самочувствием: резко уменьшилось выделение слюны, от которой буквально задыхалась, не было и рвоты в течение пребывания в диспансере. В день сеанса рвот не было. На следующий день они были всего около 20 раз. Самочувствие резко улучшилось. Следующие два сеанса совершенно прекратили рвоты и слюнотечение. Появился аппетит и на пятый день после начала лечения вышла на работу. Интересен следующий эпизод. До 9/V прекрасное самочувствие, но 10/V взрыв рвот. Психоанализ показал следующее. Во время рвот больная спала все время на постели. Незадолго до начала психотерапии перешла на диван, на котором и спала в дальнейшем все время. В ночь на 10/V снова перешла на кровать. В ту же ночь возобновились рвоты. Один сеанс внушения прекратил их. Мы склонны в данном случае видеть условный сочетательно-двигательный рвотный рефлекс, воспитавшийся на постель (см. рис. 58, 59), (случай д-ра Ф. Б. Цейкинской).

Следующий (4-й) случай с курс. Мед. Днепропетр. Мед. II-та О., 26 л., может служить яркой иллюстрацией борьбы между словами с реальным методом лечения интравенозными инъекциями Са. В начале 2 сеанса гипносузгестии дали улучшение. Затем, по случайным причинам (б-я была напугана вредностью

ПСИХОТЕРАПИЯ САЛИВАЦИЙ И РВОТ БЕРЕМЕННЫХ



Рис. 58. Б-я А. 30 л. 12-я беременность; 7 — 8 неделя бер-ти. Последние 8 беременностей прерваны из-за слюнотечения. Сеансы словесной терапии (•) прервали слюнотечение (волнистая линия) и спасли беременность

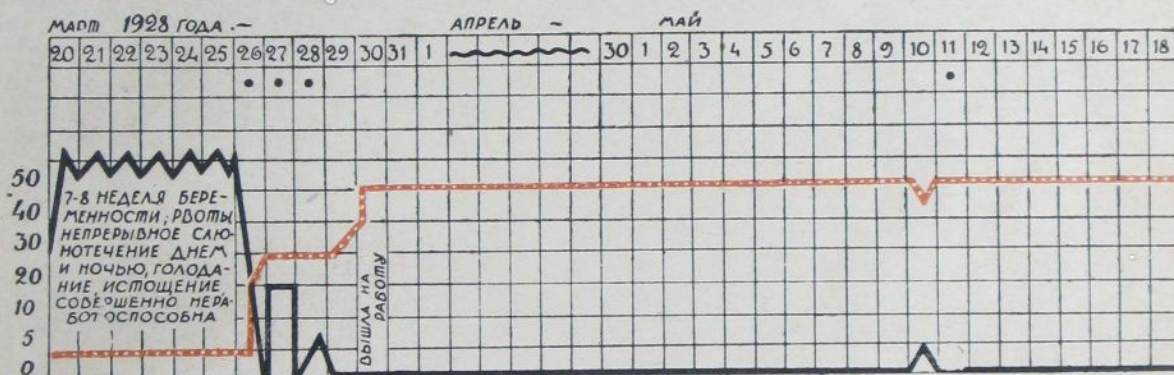
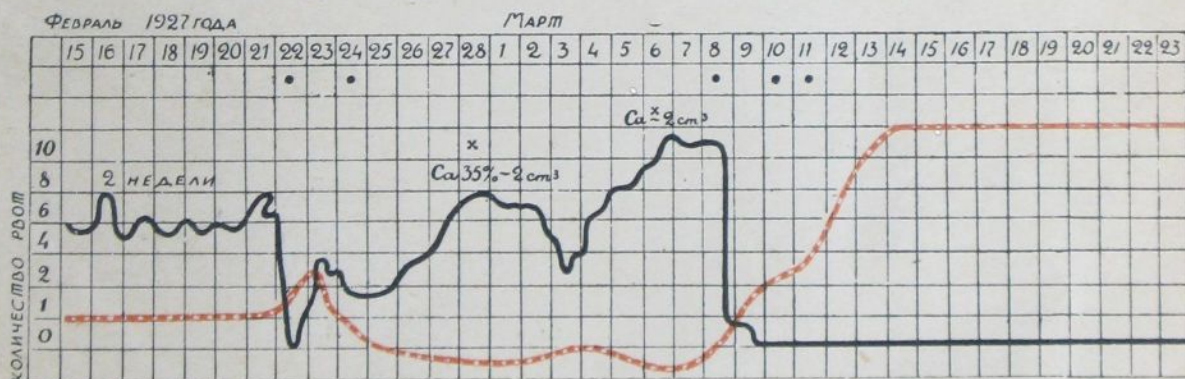


Рис. 59. Б-я В. 27 л. 3-я беременность. Первые две прерваны из-за рвот. 3 сеанса словесной терапии спасли беременность. Роды в срок



1 СЛУЧАЙ ДРА ИОФАНЕ — ДНЕПРОПЕТРОВСК — 1

Рис. 61. Б-я О. 26 л. 4-я беременность, 8-я неделя. Первые три беременности прерваны из-за рвот. Словесная терапия спасла беременность. Фармакотерапия оказалась бессильной. Роды в срок

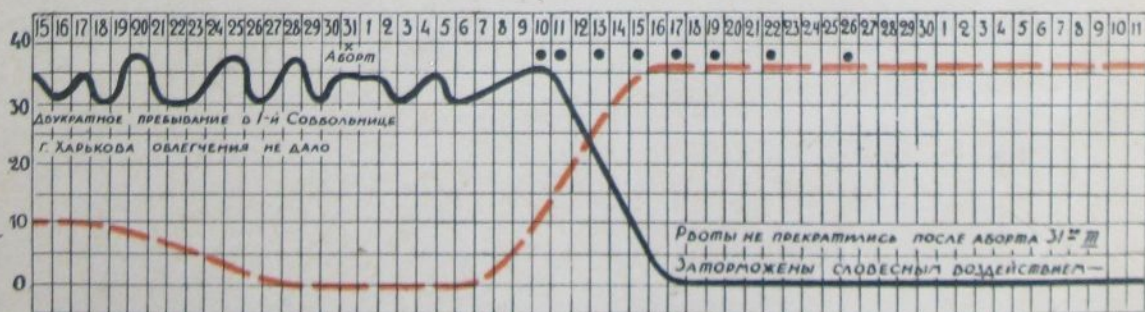


Рис. 62 Б-я К-р. 34 л. Аборт не устранил рвот, но устранила их словесная терапия

УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ: Черная линия — рвоты. Уровень ее — количество рвот в сутки. Красная линия — самочувствие и отношение к еде. Черные точки — сеансы словесной терапии

«гипноза») и внушения, психотерапия была прекращена и в течение 2 недель была проведена кальциотерапия, не давшая никакого эффекта. Примененная же вновь гипносуггестия дала быстро полный эффект *) (см. рис. 60). (Случай д-ра Иоффе).

Остановимся, наконец, на весьма тяжелом и показательном случае, где победа над фармакотерапией осталась также за словесной терапией.

Случай 5-й. Больная А-н, 22-х лет, жена врача. 2-ая беременность. Первая прекращена из-за рвот. Во время второй беременности рвоты начались на 8-й неделе. К 10-й недели дошли до 30—40 раз в сутки. С 24/IX 1927 г. в 21-й сов. больнице бромид, бесуглеводная диета, хлорал дали некоторое улучшение, а под конец будто и положительные результаты. Но общая слабость и отвращение к еде, по словам больной, не покидали ее. По возвращении домой 14/X снова взрыв рвоты до 30—40 раз в сутки днем и ночью, при отвращении к еде. Восемнадцатидневная фармакотерапия безрезультатна. Прогрессирующее исхудание. Не покидает постели. Обморочные состояния. Одним из акушеров предложено прекращение беременности. На 2/XI назначена операция. По совету другого акушера, муж обратился ко мне за психотерапевтической помощью. Накануне операции 1/XI — первый сеанс. Путем поглаживания по голове и соответствующим внушением вызывается состояние покоя, а затем и дремоты. Формула внушения: «Вы отдыхаете, рвот больше нет. Вы можете все есть. При виде пищи не отвращение к ней, а наоборот, есть влечение. Она вызывает аппетит. Поглощенная пища удерживается. Надежда на сохранение беременности не покидает вас и роды пройдут благополучно. Рвот больше нет, самочувствие хорошее. Едите с удовольствием». По пробуждении хорошее самочувствие. С удовольствием съела 2 бутерброда и немного бульона. В этот день рвот не было. Ела. Самочувствие было весь день удовлетворительное.

Не останавливаясь подробно на описании деталей, что будет сделано в другом месте, скажем, что в дальнейшем в дни сеансов внушения рвоты не было, нарастал аппетит, увеличивалось количество съедаемой пищи, улучшилось общее самочувствие. В дни, когда словесного воздействия не было, рвота бывала только при попытке есть. Интересно отметить длительную паузу 13—16/X, прерванную 17/X, в связи с отъездом моим и обещанием возвратиться к 16/X и быть в этот день вечером. Я задержался на сутки. Больная встревожена. Плохо спала. Боязнь возобновления рвоты. В течение дня каждая попытка приема пищи вызывает рвоты. 18-го сеанс внушения. Рвот нет весь день. Ест хорошо. В дальнейшем 5 сеансов через различные периоды времени и с внушением прекращения рвот и тошнот навсегда. Рвот больше нет, самочувствие прекрасное.

В начале февраля изредка одна рвота по утрам от 11-го до 22-го февраля по 1 разу при хорошем самочувствии и аппетите. По настоянию мужа получила 23/II один сеанс внушения, окончательно прекративший рвоты. Родила в срок.

Нужно заметить, что имевшийся в моче ацетон исчез на 5-й неделе после начала психотерапии. В данном, исключительном по своей тяжести, длительном и упорном случае логотерапия быстро одержала верх над фармакотерапией и хирургическим вмешательством (см. кривую № 60***).

Но могут быть случаи, когда имеется зафиксированная рвотная реакция после аборта. Иллюстрацией к этому может служить б-я прив.-доц. Бурлакова, обратившегося к нам с просьбой оказать психотерапевтическую помощь б-й К-р., 34 л. 8-я беременность, первые три прерваны из-за рвот. Аборт 31/III рвот не устранил. Рвотная реакция заторможена словесным воздействием в гипнозе средней степени (см. рис. 62) (д-р Юрий Пайкин).

Опыт и наблюдение нашего психотерапевтического диспансерного кабинета показали, что во всех прошедших через него с июня 28-го года 20-ти случаях больных с неукротимыми рвотами последние прекращаются после 2—3 сеансов, при чем быстро, с первого же сеанса, устанавливается хорошее самочувствие (д-р Цейкинская). Для иллюстрации приводим диаграммы 3-х случаев из серии этих б-х (рис. 63).

Мы можем сказать, что из 42-х беременных с «неукротимой рвотой», обратившихся в различное время к нам и нашим сотрудникам (д-ра Истомин, Пайкин, Цейкинская, Шлифер), только у 2-х был совершенно отрицательный эффект; у двух — частичный успех, у остальных же 38 результаты положительные, быстрые и прочные. Все донесли свою беременность до конца****).

Мы умышленно остановились дольше на рвоте беременных, так как получаемые результаты от словесного воздействия слишком очевидны, разительны, чтобы не фиксировать на них внимания. Ведь всем известно обилие предлагаемых и применяемых при этом страдании средств; но нет ни одного верного и постоянного и до сих пор еще не выявлена закономерность действия какого-либо из них. Мы читаем, что у одной дало хорошие результаты трехдневное голодание с инъекцией Ringer'овского раствора, у другой — интравенозные инъекции *Calcii chlor*, у третьей — препарат

*) Случай этот был мне подробно сообщен д-ром Иоффе и вкратце описан в № 11 «Врач. дело», 1929 г.

**) Больная демонстрировалась на лекциях врачам и студентам, а также и на заседаниях психотерапевт. секции Харьк. Мед. О-ва.

***) Эти случаи будут представлены в спец. монографии.

щитовидной железы, у четвертой — *glutein*, у пятой — механическое расширение шейки матки, у шестой — интравенозное введение *Sol 10% natr chlor* или *Nachl* в облатках и, наконец, у седьмой — гомеопатические дозы *t-gae jodi* — по 5 капель на 200,0 — H_2O по три раза в день по 1 стол. ложке; если учтем всю эту незаконномерную пестроту эффектов от самых разнообразных факторов, то невольно приходится задать вопрос, — не являются ли эти агенты лишь условными раздражителями? Не прекращается ли рвота у некоторых под влиянием косвенного внушения, т. е. не получается ли отрицательный условный рефлекс, воспитанный на словесное раздражение, сочетанное с тем или иным фармакосредством? Наглядным примером, доказывающим это, могут служить предложенные для прекращения рвот французскими авторами Audebert et Deleas⁶⁹) методы косвенного внушения при даче определенного средства, обычно более или менее сильно действующего на воображение больной, при соответствующем убеждении, что это средство является наиболее действительным. Так, напр., больной были выписаны пилюли с метилен. синькой и при этом было сказано, что с момента появления окрашенной мочи рвоты прекратятся и т. п. Эффект получился положительный и рвоты прекратились в 2 — 4 дня. С нашей точки зрения успех в таких случаях будет зависеть как от отношения больной к врачу и методу, так и от отношения врача к больной, и от передачи ей своей уверенности в продуктивности данного средства. Все это вернее обеспечивает быстроту образования соответствующей реакции со стороны коры мозга больной. Но в конечном итоге в борьбе с «неукротимой» второй, как индивидуальной реакцией на вредность, играет, повидимому, первенствующую роль словесное воздействие, прямое или косвенное. Но нужно иметь в виду и условно-рефлекторное, геср. «психическое» происхождение рвот, и вскрытие механизма образования этой реакции играет существенную роль. Но бывали случаи, где, как, напр., наш тяжелый случай с б-й А. Н., при отсутствии психогенеза получался эффект лишь путем императивных внушений. Но если мы имеем рвоту, как реакцию на токсикоз, то этим путем мы затормаживаем через кору мозга вредную для организма реакцию, и быстро воспитываем полезную, помогая организму самому успешно бороться с вредностью, выводя его таким образом из заколдованного круга. Все это акушерам в виду необходимо иметь.

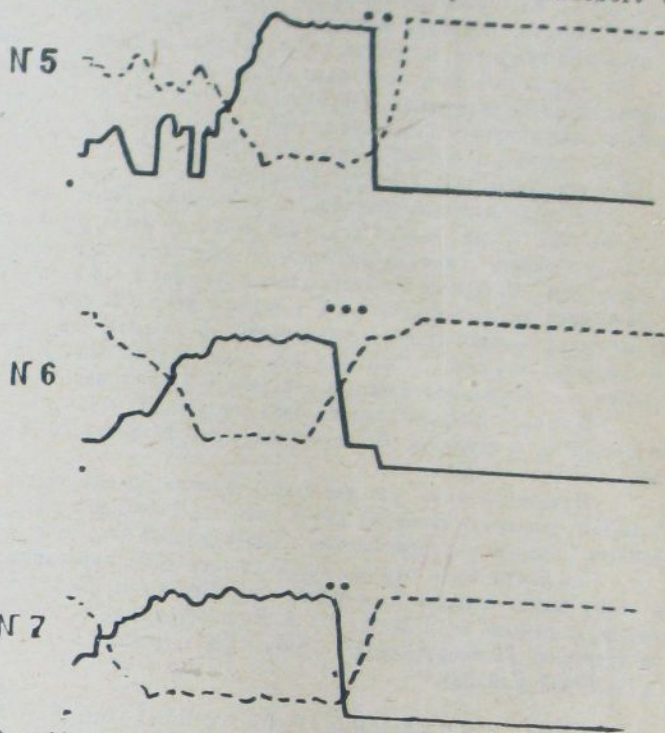


Рис. 63. Непрерыв. линии — рвоты, пунктир — самочувствие, точки — словаесн. воздейств.

XI

О ВЛИЯНИИ СЛОВЕСНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ НА СОСУДОДВИГАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ, ТРОФИЧЕСКУЮ И ДРУГИЕ ФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ Н. С.

Во всех классических трудах о внушении и гипнозе имеются указания на возможность влияния путем словесного воздействия на сосудодвигательную систему, вызывая или останавливая кровотечения как на поверхности кожи, так и маточные и носовые.

Как пример возможности вызывания глубокого местного расстройства кровообращения под влиянием слова, можно привести известный эксперимент Шарко. В течение нескольких дней делалось внушение, что правая рука объекта набухает, становится отеочной, делается толще другой, твердой, багровой и холодной. Рука действительно стала больше левой, сделалась твердой, багровой и кожная t° понизилась почти на 3° (Moll). Экспериментально, путем словесного внушения, была получена сосудодвигательная реакция Е. Weber'ом¹⁹⁾. При внушении мнимой работы конечностью последняя увеличивалась в объеме.

К нарушению местной циркуляции под влиянием словесного внушения должны быть отнесены и эксперименты с так наз. мнимыми ожогами второй степени, всегда являвшиеся предметом наибольшего к себе скептического отношения. Прежние эксперименты, несмотря на то, что они производились такими авторитетными исследователями, как Шарко (1885), Jendrassik и Kraft-Ebbing (1887), Sorel, Heller и Schultz⁷⁰⁾ (1909) и др., у нас Под'япольский⁷¹⁾ и Д. А. Смирнов⁷²⁾, оказались недостаточными для «уверования» в них. Всегда усматривались недочеты в способах контроля и наличие симуляции.

Летом 1927 г. д-р В. Н. Финне произвел в Ессентуках эксперимент в этом направлении в котором и нам также пришлось принять близкое участие и быть свидетелем и непосредственным наблюдателем опыта^{*)}.

Объект М. 35 л. Хорошо гипнотизабильна. Опыт в присутствии группы профессоров и врачей В гипнотическом состоянии на внутреннюю поверхность предплечья прикладывается медная монета со словесной инструкцией, что монета раскалена и ей больно и т. п. По пробуждении контроль в форме открытого наблюдения без наложения повязки. С обнаженной рукой объект продолжал свою работу в бельевой санатории в присутствии врача. Через 25 мин. разлитое покраснение, через $1\frac{1}{2}$ часа припухлость. Ощущение жжения. Через $2\frac{3}{4}$ часа после эксперимента в центре белое пятно и через $3\frac{1}{4}$ ч. после внушения образовался пузырь. (См. рис. 64).

Мы придаем большое значение этому эксперименту, так как при нем контроль был действительно безупречным и опыт должен считаться исключаящим какие бы то ни было сомнения. В последнее время д-ром Сумбаевым⁷³⁾ в Томске были получены тем же путем самые разнообразные сосудодвигательные расстройства и при том не только ожоги, но и отморожения, острый отек, высыпания, температурные колебания, а также и пигментации. Д-р Бахтияров⁷⁴⁾ получил у 15-лети. мальчика синяк от внушенного мнимого удара на тыльной поверхности предплечья. Опыт был произведен в Госп. Хир. Клин. Сарат. И-та в присутствии проф. Н. И. Краузе 16/V 28 г В связи с этими экспериментами становится, конечно объяснимыми и спонтанные местные изъязвления у фанатически религиозных стигматиков (Франциск Ассизский, Луиза Лато и друг.).

Все эти опыты, как уже упоминалось, а также и явления у стигматиков, вызывали к себе самое разнообразное отношение и преимущественно скептическое. Даже упомянутые опыты Е. Weber'a с конечностью называются Neuer'ом поразительными». Но учитывая опыты Бехтерева, Мясничева и Цитовича, в которых получен условный сочетательно-сосудодвигательный рефлекс, все эти «сверхестественные» явления вплоть до стигматических, становятся естественными и научно-объяснимыми. Подобного рода эксперименты должны иметь большое как теоретическое, так и практическое значение. Они должны обратить внимание дерматологов на психогению кожных заболеваний, в связи с чем должно быть и соответствующее предсказание и терапия.

Нам теперь не должны казаться неправдоподобными факты устранения спонтанной гангрены (Рено) путем гипнотического внушения, примененного в 90-х годах известным русским психиатром, д-ром А. А. Токарским⁷⁵⁾. В своем классическом труде о психо-



Рис. 64. Внушенный ожог 2-й степени

^{*)} Более подробное описание см. статью д-ра В. Н. Финне — «Ожоги, вызванные внушением в гипнотическом состоянии». Журнал для усоверш. врачей, 1928, № 3.

неврозах проф. Дежерия говорит о стойких проявлениях вазомоторного, секреторного и трофического характера под влиянием психотравм. Он упоминает об отеках различной окраски, истерических экземах, гангренах кожи, расстройствах пигментации, vitiligo, лишаях, полысениях, гоморрагиях, экхимозах, мышечных атрофиях J. Strandberg⁷⁶⁾ говорит о психогенных кожных заболеваниях, а посему и требующих психотерапии во всех ее видах. Виппеллап⁷⁶⁾ считает, что психические моменты играют роль в развитии некоторых форм кожных заболеваний, как, например, psoriasis, ekzema, rhugunculosis, и они могут быть излечены психическим путем. Автор в своей статье приводит ряд примеров как собственных, так и из богато представленной им литературы. Ко всему этому для иллюстрации укажем на наши случаи психогенных трофических расстройств.



Рис. 65. Alopecia psychotraumatica reactiva

В 1912 г. нам пришлось наблюдать машиниста, с развившимся травматическим неврозом после того, как ему удалось во время остановки курьерский поезд и предупредить крушение. Претерпел сильное эмоциональное потрясение. Среди других симптомов, развившихся в течение недели, были крупные места облысения на голове.

В 1923 году ко мне обратился б-й К-о с жалобами на бессонницу, повышенную раздражительность и пятнистое облысение головы. Последнее, как и все симптомы, развились в первые двое суток после произведенного у него облыска.

Еще более яркой иллюстрацией влияния психотравматизма на трофику волос может служить след. случай. Во время читки авторской корректуры этой работы ко мне обратилась б-я М-н 27 л. с жалобами на облысение затылочной части головы. Облысение это держится год и является оно у нее уже третьим в жизни. Первое было в 1923 году, когда она, возвратившись из отпуска домой, застала отца своего умирающим. «Отец встретил ее со словами: «если бы я был здоров, о многом поговорил бы с тобой»... «Крепко сжались головы и через 3 недели полное облысение (см. рис. 65) Интересно еще следующее обстоятельство. Лечивший ее врач ей сказал: «одно потрясение нерва, ведающего волосной сетью, разрушает волосы, а другое — не менее сильное — восстанавливает». Через 6 месяцев умирает мать б-й, и через несколько дней после ее смерти голова начинает покрываться волосами. И весь волосянный покров пришел в норму. В 1926 году ее ребенок устранила дефект в течение 3-х суток. Но эта же лампа и друг. меры не устранили последнего облысения внушения (условный раздражитель) и излечение произошло быстро, ибо ребенок остался жив и выздоровел. Последнее облысение связано также с переживаниями. И, конечно, лампа Баха, повидимому, как уже привычный раздражитель, не смогла сыграть роль условного целебного фактора. Здесь сможет помочь, конечно, только психотерапия. Прибавим к этому, что проф. Вонжонг приводил несколько случаев излечения alopecia areata многолетней давности путем гипноуггестивной терапии. (La presse medicale, 1927).

Не относятся ли часть так называемых «хронических неизлечимых» экзем к ряду психогенных, и не потому ли они неизлечимы, что к ним подходят не с должной стороны? Психогения кожных заболеваний может быть объяснима, если принять во внимание эмбриональное эктордермальное родство кожи и нервной системы, связь кожи с периферической и вегетативной н. с., последней с эндокринной и всех их вместе с корой мозга.

Предыдущим мы закончили изложение данных наших личных экспериментов в сфере вегетативной н. с., давшими нам возможность представить непосредственные реальные доказательства наличия интересующих нас явлений. Но для полноты и всестороннего освещения вопроса мы считаем необходимым представить и нижеследующее касающееся и остальных, незатронутых нами отделов вегетативной н. с., но обследованных другими авторами.

Из гипнологической литературы известно, что словесным внушением можно у некоторых лиц вызывать реакции решительно со всех отделов вегетативной н. с. Особенно интересными и в то же время почти неприемлемыми казались эксперименты над словесным воздействием на аппарат тепловой регуляции.

Prof. Krafft - Ebing в Граце в 1888 г. *) удалось у Прмы Цандер путем словесного внушения в гипнозе вызывать на определенные сроки определенную температуру как ниже, так и значительно выше нормы. Hells'у и Mares **) путем внушения потери чувства холода и тепла получить многодневную стойкость субнормальной температуры — 34,5°. Что касается новейших исследований, то В. Mohr ⁷⁸⁾, — Kohnstamm и Eichelberg ⁷⁹⁾ получили значительное повышение и понижение температуры путем внушения в гипнозе появления лихорадки и прекращения ее; при этом наблюдались игра вазомоторов, озноб и пот.

К этой категории экспериментов должны быть отнесены и упомянутые выше опыты Gessler'a и Hansen'a с гипнотиком на снегу. На цюрихском конгрессе интернационального союза мед. психологии и психотерапии в 1912 г. priv.-doc. Stauffenberg ⁸⁰⁾, делая доклад на тему о значении психотерапии в клинике внутренних болезней, привел случай, когда ему удалось путем словесного внушения вызвать типичный лихорадочный приступ. Дело касалось одной истерической пациентки, страдавшей ревматизмом с тяжелым эндокардитом, септической температурой, по выздоровлении внезапно давшей рецидив. По вечерам температура 40 — 41° с потрясающим ознобом, проливным потом, резкой тахикардией. Приступы ежедневно и в одно и то же время и длились 5 — 10 минут. Кровь стерильна, но лимфоцитоз до 50%, чего не было непосредственно перед и после приступа. Замеченный во время одного приступа приступ псевдотетания, симптомом Chvostek'a, абсолютная правильность в их наступлении и вполне нормальная температура вне приступов — заставили автора испытывать внушение в гипнозе. Ему удалось не только приостановить приступы, но и *вызывать в определенный срок* подобные со всеми сопутствующими явлениями, только несколько меньшей силы. Ясно, что «лихорадка» появилась по механизму условных рефлексов.

Эти эксперименты должны остановить внимание клиницистов, как указывающие на возможность появления гипертермий чисто функционального характера, так часто вводящих в заблуждение как невропатологов, так и интернистов. Особенно часто приходится наблюдать колебания t° под влиянием эмоции у туберкулезных. Обстоятельство, которое, как нам кажется, необходимо в известной мере учитывать...

Можно предположить, что индивидуумов с повышено-подвижным термо-регулирующим аппаратом, может быть, имеется больше, чем это предполагается.

Желудочно-кишечный тракт в последние годы также явился предметом экспериментальных исследований в этом направлении. Neuer ⁸¹⁾ показал, что качество желудочного сока меняется в зависимости от характера и состава внушенного приема пищи. Hoff и Wegner ⁸²⁾ показали, что внушение приема пищи с удовольствием и без удовольствия, вкусной и безвкусной также влияло на качество желудочного сока. В первом случае поднимались количественно общая кислотность и свободная соляная кислота, во втором падали до минимума, а HCl до нуля.

Delhougne и Hansen ⁸³⁾ получали то же самое и в отношении поджелудочной железы. В зависимости от содержания путем внушения принятой пищи имели и соответствующие изменения в содержании секрета поджелудочной железы. «Мясная» определяла наличие трипсина, «углеводная» — диастазы и «жировая» — липазы. Исследования Langheinrich'a показали, что и характер желчи также может быть изменен в зависимости от «приема» той или иной пищи. При внушении приема сухой, лишенной жиров пищи желчь выделялась светлая, жидкая, при «приеме» жирной пищи — густая, темная. Везде условно-рефлекторные процессы!

XII

СЛОВО И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ

Заканчивая изучение реакций со стороны различных отделов вегетативной н. с., остановимся на объективных данных, указывающих на более широкие сдвиги со стороны той же системы под влиянием словесного раздражителя. Мы имеем в виду эмоциональную сферу. Нижеследующие данные подкрепляют и углубляют давно известные факты влияния словесного раздражителя на эту сферу. Известно, что в настоящее время эмоция должна рассматриваться, как более или менее сложная физиологическая реакция со стороны организма, сопровождаемая ощущениями положительного или отрицательного характера. Теория Джемса Ланге, работы Мосссо и взгляды Вундта на эмоции, дали первый толчок развитию учения у физиологической природе эмоции. Американская физиологическая школа Cannon'a, взгляды бихевиористов в лице проф. Уотсона ⁸⁴⁾, с одной стороны, и идентичная с ним рефлексологическая точка зрения на возникновение эмоций (Бехтерев ⁸⁵⁾, В. П. Осипова ⁸⁶⁾, с другой — переносят учение об эмоциях из области психологической в область чисто физиологическую. Реакции со

*) Цитирую по Löwenfeld'у.

**) Idem.

стороны кровяного давления, пульса, дыхания, химизма крови и другие простые и сложные вегетативные и эндокринные реакции, отражающие эмоциональные состояния и лабораторно показанные, являются доказательством физиологической природы эмоций. Но как и всякая реакция живого организма может быть безусловной, врожденной и условной, приобретенной, так и «эмоциональные» реакции являются таковыми, оказываясь результатом влияния как основных, так и сочетательных раздражителей. «Возникновение и распространение эмоционального процесса происходит по типу условного рефлекса, в основе своей связанного с инстинктивными реакциями» (Осипов).

В этой краткой и ясной формулировке отражается сущность эмоций, или, как их называет Бехтерев, мимико-соматического тонуса.

Мы не будем здесь останавливаться на вопросе о колебаниях этого тонуса. Скажем только, что в настоящее время изучение эмоций строится на строго физиологической базе и поэтому и условия для изучения их являются более благоприятными.

Акад. В. М. Бехтерев считает, что изучение «мимико-соматических» рефлексов, т. е. эмоциональных реакций, должно производиться в прямом соотношении с внешними раздражителями и с прямым индивидуальным опытом. В связи с этим единственным и правильным методом является метод рефлексологический, как строго объективный. Не нужно говорить, что и метод гипносуггестивный для изучения эмоциональных рефлексов является наиболее подходящим. В состоянии общей заторможенности коры мозга человека мы можем легко и беспрепятственно вызвать словесным раздражителем изолированную, чистую, соответствующую содержанию слова, реакцию со стороны вегетативно-эндокринной системы. Первые шаги в этом направлении были сделаны проф. В. М. Бехтеревым в 90-х годах в Казанской клинике, где было произведено исследование объективных признаков внутренних эмоциональных состояний. Как уже упоминалось выше, д-ром А. Ф. Лазурским в клинике Бехтерева были поставлены в этом направлении опыты над несколькими лицами. Делались внушения радости, горя, страха и гнева. Все эти эмоции в огромном большинстве случаев вызвали более или менее значительные изменения со стороны пульса и дыхания. Последнее особенно резко менялось и изменения находились в зависимости от внутреннего эмоционального состояния. «Радость» вызывала учащение дыхания и уменьшение его амплитуды. «Испуг» и «гнев» — неравномерность дыхательных волн. В 1910 году мы встречаем аналогичные исследования у Е. Weber'a¹⁹⁾, когда он пользовался методом внушения для изучения влияния психических процессов на телесные. Изучением эмоциональных реакций на внушенные представления в последнее время занимался В. В. Срезневский²³⁾.

Этим, собственно, и исчерпывается запас экспериментальных работ, произведенных в указанном направлении.

Придавая значение физиологическому изучению эмоций, не только как объективному доказательству внутренних состояний, но и как источнику понимания различного рода невротических реактивных состояний и генеза их, мы считаем необходимым привести ряд кривых пульса и дыхания, как эмоционально-рефлекторных реакций. Кроме того, мы ниже коснемся и других, еще более ценных в этом отношении, исследований последнего времени, углубляющих, как выше сказано, еще более учение о природе эмоций и о значении их в жизни организма человека.

Если обратимся к приведенным в предыдущих главах исследованиям дыхания, как положительной реакции на определенные раздражения органов чувств, то об этих реакциях можно говорить, как уже об элементарных эмоциональных реакциях на простейшие раздражения. Но последними не вызываются реакции более глубокого и сложного характера. Внушение же таких состояний, как страх, радость и т. п., или всего того, что вызывает эти сложные переживания, обуславливают и более сложные реакции со стороны эндокринно-вегетативной системы, а поэтому и при экспериментах мы будем иметь различного типа реакции даже со стороны одной и той же какой-либо из систем. Нижеследующие кривые могут до некоторой степени служить иллюстрацией этого.

Произношение слова «страшно» вызовет в гипнотическом состоянии учащение пульса на 10 ударов в 1', при чем высота пульсовых волн оказывается пониженной. Фраза — «вы в лесу, слышен рев зверей» — вызвала учащение еще больше, до 77 ударов в мин. и при большей высоте пульсовых волн (рис. 66).

Внушение «вы видите змею» также вызвало учащение пульса на 10 ударов в минуту. Обратное же внушение вызвало не только немедленное прекращение ускорения, но и большую замедленность в сравнении с частотой до внушения. Если до внушения пульс был 66 в 1', то после устранения зрительного раздражения пульс — 60 в 1' (рис. 67).

Более комплексные раздражители — «вашему мужу грозит потеря места» и противоположный — «это неправда» — «муж получает повышение» или «утро мая! Вы на берегу реки» — вызывает и соответствующие дыхательные реакции (рис. 68). Точно также внушение физического состояния под влиянием мнимых общих ощущений «жарко», «холодно» не остаются без влияния на кривую дыхания (рис. 69).

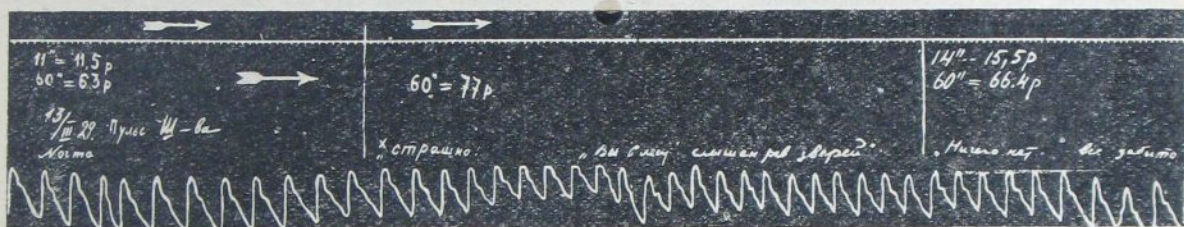


Рис. 66. Внушение в гипнозе. Слово «страшно» вызвало учащение пульса

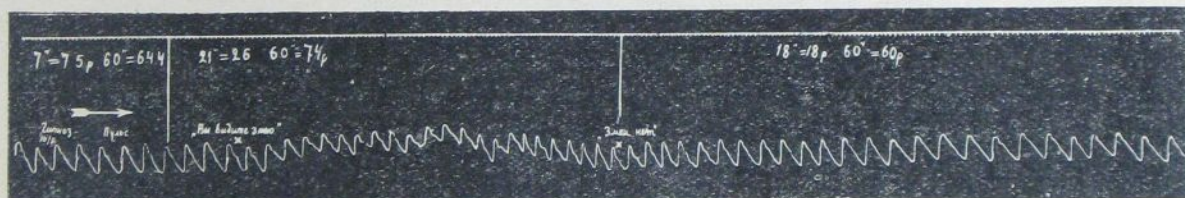


Рис. 67. Внушенное устрашающее «сновидение» вызвало учащение пульса на 19 в 1'

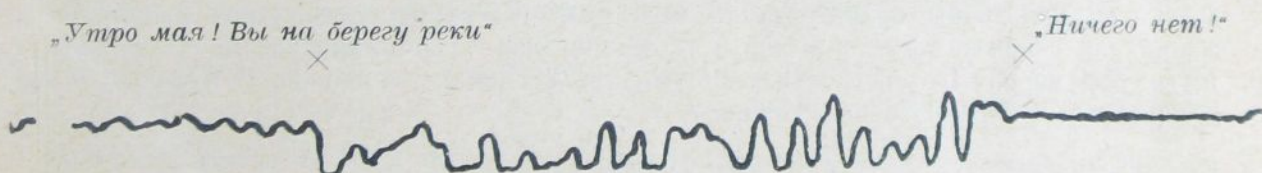


Рис. 68



Рис. 69

Ограничимся этим небольшим количеством экспериментов с пульсовыми и дыхательными реакциями. Они в достаточной мере являются доказательством действительно наступающих мимико-соматических, resp. эмоциональных реакций под влиянием слов с соответствующим содержанием.

Нижеследующее показывает, что суггестивный и гипносуггестивный метод экспериментально подтверждает физиологическую природу эмоций, связанных с самыми интимными и глубокими биологическими процессами в животном организме. Этот метод позволяет исследовать в искусственных лабораторных условиях то, что не всегда представляется возможным исследовать в естественных. Прделанные в последние

годы в этом направлении работы различных исследователей являются настолько важными и интересными, что мы считаем необходимым, хотя бы в сжатой форме, упомянуть о них.

Выше мы касались уже работ Hoff'a и Wegner'a, когда внушенная эмоция удовольствия влияла на кислотность желудочного сока в положительную и отрицательную сторону. По исследованиям Neuge'a⁸⁷⁾, внушение отрицательных переживаний затормаживает секрецию желудочного сока. Он же показал, что под влиянием внутреннего эмоционального тонуса изменяется и рентгеноконтрастность желудка. При положительной эмоции желудок принимает нормальный тонус, если он был понижен. При эмоции отрицательной появлялся гастроптоз. Весьма интересны и ценны в практическом отношении данные, полученные Heilig'ом и Hoff'ом⁸⁸⁾. При внушении еды любимых кушаний лицам с нормальной и пониженной кислотностью, наблюдается повышение кислотности, даже если внушенная пища будет чрезмерно жирной, способствующей понижению кислотности. И наоборот, если гиперациднику внушается еда нелюбимой пищи, но обычно вызывающей повышение кислотности, то наблюдается резкое понижение кислотности вплоть до полного уничтожения ее. Нельзя не согласиться с мнением авторов, что эти исследования должны быть учтены при назначении терапевтического меню при желудочных заболеваниях. Необходимо в известных случаях, повидимому, учитывать не только физиологические свойства пищи, но и условно-рефлекторную установку на нее н. с. индивидуума. Heilig и Hoff⁸⁹⁾, внушая различного рода эмоции, влияли на обмен веществ. При внушении в гипнозе положительных эмоций ускорялся диурез с пониженным выделением Ph и NaCl, при чем объекты прибавляли в весе; при внушении отрицательных эмоций повышался диурез, значительно увеличивалось выделение NaCl и Ph и объекты теряли в весе. По исследованиям Grafe и Mayer'a⁹⁰⁾, внушенные депрессивные состояния повышают обмен веществ в среднем на 7,6%; при внушенных положительных радостных эмоциях обмен веществ повышается в среднем всего лишь на 4,1%. Особенно резко подчеркивается повышение обмена веществ под влиянием внушенных эмоций страха. В опыте Deutsch'a после внушенного страха обмен веществ повысился на 26,6%. Neuge получил выпадение Ph на 116% после внушенного эмоционального возбуждения, длившегося в гипнозе в течение 4-х часов. Экспериментально-суггестивным путем получены также данные, указывающие изменение химизма крови при внушении эмоциональных состояний. Исследования проф. Glaser'a⁹¹⁾ указывают на повышение количества ионов Са в сыворотке крови при внушенном в гипнозе возбуждении и на понижение их при внушенном успокоении. Эксперименты, произведенные в клинике проф. В. М. Гаккебуша⁹²⁾, показали, что через 50 — 60' после внушения страха обнаруживается увеличенное количество сахара в моче, крови. Получается таким образом эмоциональная гипергликемия, отмеченная школами Уотсона и Cannon'a, как естественное физиологическое реактивное явление.

Этим мы закончим краткое описание чрезвычайно важных по своему теоретическому и практическому значению экспериментов в области эмоций. И если они еще далеко не достаточны, крайне скудны и требуют проверки, подтверждения и приумножения для окончательных выводов в такой широкой области, как учение об эмоциях, то все же, наряду с экспериментами школ В. М. Бехтерева, Cannon'a, Watson'a, они должны иметь определенное значение.

Но и эти немногочисленные исследования лишь раз подчеркивают и научно доказывают давно известные в жизни и отмеченные на страницах старой литературы прежними авторами факты влияния эмоций на жизнь организма, влияния «духа» на тело. Известные классические в этом отношении труды, с одной стороны, Н. Тука «Дух и тело» (1888) и Ch. Féré «La pathologie des émotions» (1892), собравшие богатейший эмпирический материал, а с другой — известный труд проф. Дежерина и д-ра Гоклера — «Функциональное проявление психоневрозов» должны приобрести в настоящее время определенную ценность и обратить на себя большее внимание, чем это делалось до сих пор. Экспериментально-физиологические исследования, сделанные Ch. Féré впервые в области учения об эмоциях, должны, с нашей точки зрения, привлечь внимание как бактериологов, так и клиницистов. В свете новых данных, затронутых здесь, становится все более и более очевидным огромное значение эмоционального состояния организма в периоды борьбы его с болезнями и в особенности с инфекционными. Значение в этом отношении эмоций выявлен экспериментами Ch. Féré в 80-х годах прошлого столетия. И только теперь, через 50 лет, на это обращается внимание и опять таки благодаря вновь возникшему интересу к внушению и гипнозу (!)

В нашей книжке «Гипноз и внушение в практической медицине», в главе о биологическом подходе к психотерапии мы указали на необходимость вспомнить опыты Féré и возобновить исследование в этом важном для практической медицины направлении. Уже Heilig и Hoff упоминают о своих еще не опубликованных исследованиях в этой области. Они указывают на то, что в их опытах, благодаря постагипнотически вызываемым отрицательным эмоциям значительно понижалась реакция агглюцинации в отношении бацилл тифа и coli com., стрепто- и стафилококков.

Всему в этой главе изложенному необходимо придавать чрезвычайно важное значение не только в вопросах об уходе за больным организмом и генезе функциональных расстройств внутренних органов и н. с., но и в вопросах профилактики невро-психического здоровья. Мимико-соматический тонус, т. е. эмоциональное состояние, определяет сопротивляемость организма и нормальность его функций. Прав проф.

Дежерин, кладя в основу генеза психоневрозов эмоциональные шоки, эмотивную озабоченность и т. п. Отсюда вытекает, скажем мы еще раз¹²⁰), и профилактическое значение психической ортопедии в направлении развития стоицизма и оптимизма в предупреждение возможного развития различного рода психоневрозов, ибо ничто так не способствует облегченному восприятию новых раздражителей, впечатлений и фиксированию их на долгие сроки, как эмоциональные состояния.

Этим мы и закончим изложение материалов к учению о слове, как о физиологическом факторе.

XIII

О СЛОВЕ, КАК ЛЕЧЕБНОМ ФАКТОРЕ

Совокупность всех выше представленных данных заставляет согласиться, что учение о слове должно быть предметом особого внимания не только врачей, но и всех тех, кто так или иначе должен влиять на поведение человека и на формацию его личности. Наряду с этим весь представленный на этих страницах материал является действительно объективным доказательством также и того, что «внушение» есть процесс физиологический, а потому и явления внушения суть явления реальные. В связи с этим различные точки зрения на внушение, в особенности взгляд французских авторов и преимущественно парижской неврологической школы, должны в корне измениться, а вместе с тем должны быть пересмотрены и взгляды не только на «суггестивный» метод лечения, но и на подходы к методам психотерапии вообще. Должна быть произведена на новых началах и оценка слова, как лечебного фактора. Наряду с этим и такие понятия, как «внушение», «убеждение», должны подвергнуться известной критике в особенности в психотерапевтическом обиходе, ибо в современном физиологическом освещении функций головного мозга границы между «внушением» и «убеждением» стираются. Разница между ними, повидимому, лишь количественная, а сущность физиологического процесса одна и та же.

Но коснемся сначала вопросов, тесно связанных с представленными выше экспериментальными данными.

Прежде всего, весьма существенным является вопрос о допустимости обобщающих выводов в отношении значения слова на основании, с одной стороны, исследований такого малого количества объектов, а с другой — на основании данных, полученных у лиц, как известно, редко встречающихся и как бы составляющих исключение из общей массы людей. Ведь не у всех же так легко и быстро получают реакции, как это наблюдали мы и другие авторы у такого объекта, как III-ва и ей подобные, а поэтому и выводы, построенные на исследованиях такого рода объектов, не могут быть обобщаемы.

Можно допустить, что, повидимому, существует определенный нормальный тип нервной системы, которым обладает известная и притом, очевидно, не очень многочисленная часть лиц, могущих легко давать такого рода искусственно вызываемые явления и *то все же в известных пределах и при определенных условиях*. Нужно иметь в виду, что множественность и пестрота реакций и у этих лиц, как показывают наши наблюдения, также весьма условны и не всегда постоянны. Не при всех обстоятельствах у одного и того же объекта они вызываются и варьируют в количестве и в качестве. И если эти объекты оказываются благодарным материалом для условно-рефлекторных экспериментов в гипнозе и вне его, производя этим впечатление лиц со слабой, неустойчивой н. с., то необходимо иметь в виду, что в жизни они, повидимому, этого не представляют. Соотносительная деятельность их нервной системы может находиться на нормальном уровне, несмотря на существование в жизни их ряда сильных раздражителей отрицательного характера. Наши наблюдения за подобного рода «сomniaмбулами» в их жизни позволяют нам указать на это и отнюдь не относить их к конституциональным истерикам, склонным к «расщеплению личности», далеких от

реальной жизни невропатов и т. п. Наши наблюдения также позволяют нам категорически отрицать возможность превращения таких объектов в «автоматов», как следствие или гипнотических экспериментов или лечения их суггестией, как это утверждают представители Сальпетриеро-школы и последователи ее. Мы пока никогда и нигде не наблюдали этого превращения, несмотря на сотни экспериментов, сделанных с одними и теми же лицами. Современное учение о функциях коры головного мозга исключает всякого рода опасения в этом отношении.

Можно предположить, что лица только с подобного рода лабильностью н. с. и являются носителями патологических моно- и полисимптомов динамического расстройства со стороны анимальной и вегетативной н. с., развивающихся у них под влиянием различного рода психотравм при условиях, благоприятствующих образованию различных патологических реакций. С массой самых разнообразных комбинаций и вариаций, когда сочетание экзо- и эндогенных факторов в момент психотравматических «катастроф» и определит характер, сложность и длительность патореакций. Можно думать, что именно у таких объектов мы и будем иметь легко образующиеся и прочно фиксирующиеся под влиянием психотравм сдвиги в области вегетативной н. с., общие и частичные, зачастую выливающиеся в форму «ложно-органических» заболеваний внутренних органов, целых систем или нарушения обмена веществ. Но так ли это, и правы ли те, кто «сомнамбул» считают за лиц со слабой н. с.? Пути к получению ответа на эти вопросы могут быть намечены опять таки фактами лаборатории и далее следующими соображениями, позволяющими иметь, пожалуй, другое суждение о биологической ценности нервной системы «сомнамбул».

Но как велик кадр лиц с таким типом н. с.? Конечно, на это можно указать лишь приблизительно, если взять за критерий «гипнотический экспериментальный сомнамбулизм». Молль (Moll) считает, что таких лиц можно считать не более 1%. Мы думаем, что их еще меньше. И если, как говорит вполне справедливо О. Фогт (O. Vogt), можно усыпить до 100% лиц, то не менее справедливо указывает Moll и на то, что не всякий глубоко спящий даст «сомнамбулические» реакции. В этом и мы убедились. Нужно отметить еще и то обстоятельство, что некоторые сомнамбулы теряют, в чем нам пришлось убедиться, свой «сомнамбулизм», ярко проявлявшийся в одну эпоху их жизни и бледневший, геср. исчезающий в другую. Повидимому, здесь имеется ряд привходящих факторов — возраст, определенная ситуация и т. п. — все это, б. м., влияет на подвижную н. с. подобного рода типов. Интересно отметить, что «сомнамбулизм» этот может быть ярко выражен в отношении одного индуктора, геср. «гипнотизера», и в то же время отсутствовать в отношении другого. Очевидно, нет постоянного, абсолютного «сомнамбулизма», а есть лишь чрезмерно подвижная н. с., при известных условиях легко дающая «сомнамбулические» реакции и легко развивающая состояние «готовности». Известно, что по тем или иным причинам вдруг исчезает способность к «сомнамбулическим» реакциям и в том числе и готовность дать сонную реакцию. Но так же известно всем и обратное явление, покоящееся на законе подражания, лежащего, по Бехтереву, в основе соотносительной деятельности. Удачное усыпление в присутствии многих повышает гипнотизабильность большинства из них или удачно проведенные случаи лечебного словесного внушения в палате больницы способствуют успешности воздействия словом и на других больных. В этих случаях повышается, как принято говорить, «внушаемость»^{*}). Все это указывает на высокую динамичность, подвижность высших отделов н. с. Все же нужно сказать, что наблюдать это приходится, конечно, не у 100% и, повидимому, имеется дифференцированная *ad hoc*, если можно так выразиться, склонность, готовность реагировать в определенном направлении.

Но нам кажется, что рефлексологическая лаборатория сможет оказать существенную услугу в выделении и определении количества «сомнамбулического» типа людей.

^{*}) Это обстоятельство нужно иметь в виду, если врач хочет повысить авторитет и усилить значение слова, как лечебного фактора в больничной палате.

Повидимому, соответствующий ответ может быть получен и при учете той классификации животных и людей по типам нервной системы, которая намечается школами Павлова и Бехтерева (Мясищев, Сорохтин).

Остановимся на кратком описании этих намечающихся типов у животных и человека, тем более, что эти же рефлексологические лабораторные данные смогут оказаться полезными также при анализе патологических реакций невротиков.

Павловская школа различает следующие типы н. с.:

Уравновешенный тип. У собак с этим типом н. с. условные рефлексы воспитываются очень быстро, сила рефлекса соответствует силе раздражителя, смена процессов протекает гладко и быстро.

Возбудимый тип. Быстрое образование положительных условных рефлексов, но затруднена выработка тормозных процессов.

Тормозный или пассивно-оборонительный тип. Выработка положительных рефлексов затягивается на очень большое время, тормозные же процессы вырабатываются очень быстро. Сильные раздражители для таких животных невыносимы и они отвечают на них длительным и глубоким процессом торможения.

По мнению Павловской школы, чистые типы встречаются не часто. «Большинство наблюдаемых животных относится к типам смешанным, стоящим, так сказать, направо и налево от центрального уравновешенного типа». К таким смешанным типам примыкает тип *сангвиника*. У таких собак быстро и хорошо образуются как возбудительные, так и тормозные рефлексы. Быстрота смены нервных процессов протекает несовершенно. Характерно засыпание при однообразной обстановке. По исследованиям д-ра М. К. Петровой⁹³), эти животные сангвиники обладают сильной нервной системой, способной развивать как максимум возбуждения, так и максимум торможения.

Крайнее разнообразие реакций при исследовании человека по методу соч.-двиг. рефлексов побудило д-ра В. Н. Мясищева⁹⁵) попытаться установить соотношение свойств соч. рефлексов и других свойств личности, геср. ее поведения. Анализируя комплексы свойств рефлексов, типически комбинирующихся, автор предварительно намечает следующие комплексы и типы.

Тип возбудимый. Большая сила простого и сочетательного рефлекса как в сфере анимальной, так и вегетативной. Прочность сочетательного рефлекса. Значительная иррадиация рефлекторного движения. Низкий порог электро-кожной восприимчивости.

Тип вялый или торпидный со слабым простым и трудно воспитываемым сочетательным рефлексом. Иногда не воспитывается сочетательный. Медленная дифференцировка. Воспитавшийся рефлекс прочен.

Тип инертный. Медленное развитие и стойкость сочетательных рефлексов.

Тип пластический. Рефлекс быстро воспитывается, быстро дифференцируется, нередко прочен. Сочетательное торможение воспитывается легко.

Учитывая соотношение между анимальной и вегетативной н. с., автор находит возможным и здесь провести разницу соотношений между реакциями со стороны этих н. с. По автору, «преобладание у женщин, сравнительно с мужчинами, рефлексов по типу возбудимого несомненно... Вегетативные реакции также заметнее у женщин».

Г. Н. Сорохтин в работе над воспитанием соч. рефлексов у детей-школьников сделал наблюдение над особенностями реакций у детей определенной группы. При наличии у большинства детей адекватной оборонительной реакции на эл. раздражитель, у некоторых эти реакции чрезвычайно ослаблены, сопровождаются тремором, а иногда реакция носит противоположный отдергиванию конечности характер. Слабый раздражитель вызывает несоответственно сильную реакцию у 50% всех детей, что указывает на особенность н. с. последних. По автору, имеется картина перевозбуждения, приводящая в состояние парабриоза. Этот тип нервной системы автор называет *парабритическим*, а носителей его — парабритами. Не останавливаясь подробно на этом типе и на взглядах автора, скажем лишь, что высказанное в этой плоскости автором может быть с пользой учтено психоневрологом, как в направлении анализа состояния н. с. невротика, так и в выработке подхода к больному, находящемуся в состоянии временного «парабриоза». Педагогические соображения автора могут быть перенесены и в клинику психоневрозов.

Если мы привели здесь схему типов н. с., то сделали это с целью ориентировки. Дальнейшая разработка вопроса о типах, конечно, поможет нам разобраться и в типе «сомнамбулическом».

Нам кажется, что работа Петровой особенно может явиться на помощь при освещении вопроса о «сомнамбулах», обладающих чрезвычайно подвижной н. с. Исследования ее показывают, что у животных, близко стоящих к возбудимому типу, сангвиников, с весьма развитой возбудимостью и с быстро наступающей сонливостью при монотонной обстановке, быстро восстанавливается и нарушенное равновесие н. с. На основании своих опытов Петрова приходит к выводу, что этого рода животные обладают, как упоминалось уже выше, сильной н. с., способной максимально развивать как процессы возбуждения, так и торможения.

К какому из перечисленных типов можно отнести «сомнамбул»? Учитывая чрезмерную быстроту смены рефлекторных положительных и отрицательных реакций, можно допустить, что по типу н. с. они должны приближаться к группе возбудимых,

пластичных, сангвиничных. Но множество переходных и смешанных типов у человека не позволяет делать окончательного вывода, и разрешение этих вопросов стоит на очереди. Пока можно лишь указать на то, что сопоставление наблюдений над жизнью сомнамбул и данных лаборатории должно заставлять нас относиться с осторожностью к заключению о слабости и патологичности, как это принято думать, н. с. т. н. «сомнамбул». Не являются ли последние биологически более ценными с их способностью быстрого перехода из разрушительного симпатикотонического бодрствующего состояния в созидательное ваготоническое сонное состояние? Но нельзя отрицать и того, что у такого рода лиц при благоприятных для этого условиях скорее всего могут образоваться быстро и патологические реакции с фиксацией на долгое время.

Наблюдения над психоневротиками показывают, что развитие патологических реакций может быть обусловлено и временно ослабленным состоянием вполне уравновешенной другого, и не такого подвижного, типа нервной системы, способной к образованию патореактивных симптомов лишь при известных, исключительно неблагоприятных для нее, условиях. Об этом мы можем судить по подобному рода больным с одной стороны, хотя и хорошо гипнотизировавшимся, но отнюдь не являющимися сомнамбулами, а с другой — даже с трудом гипнотизирующимися. Но тяжелые, «катастрофические» моменты в их жизни способствовали образованию патологических условных реакций, на целые годы фиксировавшихся, поработивших личность и связавших «свободную волю» носителя их и требующих вмешательства словесного воздействия.

Для обоснования организации целесообразной борьбы с такими патореакциями и могут оказаться ценными результаты словесных условно-рефлекторных экспериментов вот с этими-то «сомнамбулами», ярко подчеркивающих значение слова, реально действующего через кору мозга на жизнь всего организма или части его. Подобного рода исследования и позволяют определить ценность слова, как лечебного фактора, границы для показания к применению которого далеко еще не определены, как не определена еще окончательно и форма применения его. Эти же исследования над «сомнамбулами» заставляют серьезно остановиться на разработке этого практически весьма важного вопроса о значении слова в жизни здорового и больного организма человека. Действительно, нас не могут не поражать выше цитированные случаи с несхарным мочеизнурением и булимией, длившимися около десятка лет и быстро, в течение дней и даже часов, исчезнувших под влиянием словесного внушения в состоянии бодрствования; нас не может не поражать быстрое, в течение нескольких минут, прекращение часто тягчайших рвот беременных под влиянием лишь словесного воздействия и притом весьма несложного содержания. Разительны случаи большинства (65%) алкоголиков с многолетним стажем, прекращающих пить алкоголь и получающих к нему отвращение или отсутствие влечения сразу же, после первого сеанса словесной терапии. Не будем говорить о словесном обезболивании при хирургических операциях, при родах... Все это, конечно, имеет огромное положительное значение для жизни страдающего организма.

Но еще большее положительное значение слова подчеркивается влиянием его на эмоциональные, resp. мимико-соматические реакции. Тут нужно еще раз особенно подчеркнуть значение эмоций в образовании и развитии ряда патологических реакций и сложных, надолго фиксирующихся, патосимптомокомплексов, связанных с эмоциональными, resp. эндокринно-вегетативными сдвигами. Пока еще немногочисленные исследования выше цитированных авторов уже достаточно освещают вопрос о биологическом значении положительных и отрицательных эмоций на растительные функции организма, а наблюдения, подтверждаемые и лабораторными исследованиями, показывают, что именно эмоциональные моменты способствуют развитию патосимптомов. И если, как упоминалось выше, эмоциональная реакция развивается условно-рефлекторным путем, то и здесь слово, как условный раздражитель, приобретает также весьма веское значение и может являться источником мимико-соматических сдвигов в положительную, полезную для жизни организма, сторону, и притом производя эти сдвиги так же быстро, как быстро они произошли в отрицательную сторону под

влиянием психотравмы. И здесь также приходится наблюдать, как быстро, легко и резко у иных меняется и прочно устанавливается мимико-соматический тонус от простого, несложного по своему содержанию, словесного воздействия. Все это имеет чрезвычайно важное значение для терапии.

Этого рода влияние и воздействие слова, часто быстрое и стойкое, и учитывается нами с целью использования его также и там, где необходимой оказывается симптоматическая, вспомогательная психотерапия.

Теперь все эти экспериментальные лабораторные и клинические данные заставляют совершенно иначе подходить к давно известному методу «суггестивной» терапии, границы которой могут быть уже научно намечены и до известных пределов расширены.

Выше цитированные клинические случаи и, наконец, экспериментальные исследования в сфере вегетативной н. с. могут указывать на возможность более широкого применения слова, как лечебного средства, непосредственно действующего на расстроенный механизм. Наши эксперименты и клинические примеры указывают на возможность быстрого и непосредственного воздействия на функции вегетативной н. с. словом, как условно-тормозным раздражителем, подавляющим вредную для организма реакцию.

Этим процессом словесного торможения отрицательных реакций и оживления путем словесного же воздействия положительных мы помогаем организму в борьбе с различного рода соматическими вредностями, поднимая его биотонус и помогая ему таким образом в выработке внутренних защитных сил. Работы, выполненные у нас в этом направлении, могут служить подтверждением этого.

Словесный раздражитель может быть полезным у части морфинистов при деморфинизации (П. П. Истомина⁹⁷). Неукротимая рвота устраняется словесным внушением (Платонов, Пайкин⁹⁸), Цейкинская⁹⁹). Родовой акт может проходить безболезненно при положительной эмоции роженицы (Платонов, Истомин¹⁰⁰), Шлифер¹⁰¹), Цейкинская¹⁰²). При чистом словесном наркозе или наркогипнозе проходят безболезненно и при эмоциональном равновесии больного хирургические операции, как крупные, так и мелкие (Платонов и Вельвовский¹⁰³), Истомин, Шлифер, Пайкин), и, наконец, вмешательство словесного, прямого или косвенного, воздействия на вегетативную н. с. оказывает огромную услугу организму в борьбе с туберкулезом (Р. Я. Шлифер¹⁰⁴).

Подчеркивая здесь значение слова, к которому в известных случаях можно прибегать, как к быстро и верно действующему средству, упомянем, что имеются литературные указания на немедленное оказание помощи в акушерской и гинекологической практике, когда, без предварительной подготовки роженицы, в разгаре родовых болей можно было прекратить последние лишь словесным воздействием (д-р Постольник¹⁰⁵), д-р Кислов¹⁰⁶) или когда тем же кратким словесным воздействием в глубоком или поверхностном «гипнозе», а иногда и в бодрствовании, императивно действуя, можно было у некоторых прекращать или остро развившиеся, или месячными, а иногда и годами длившиеся такие гинекологические симптомы, как дисменорея, аменорея, метроррагия, вагинизм и проч.

Старая и классическая гинекологическая литература богата такими фактами. У нас на значение словесного лечебного вмешательства в области гинекологии особенно обращено внимание врачами-гинекологами: прив.-доц. Московского ун-та В. Г. Диком^{107—111}), д-ром А. П. Николаевым^{112, 113}) в Киеве и невропатологом З. Л. Геренштейном¹¹⁴). В этой же области получены положительные результаты и у молодых врачей, недавно закончивших медицинское образование и работающих на периферии (Кислов¹⁰⁶), Литвиненко¹¹⁵), Сивенков¹¹⁶) Шер, Неймер, Зеленский, особенно показательным является случай д-ра Кнеплера¹¹⁷), работающего на селе, где ему моментально удалось путем словесного воздействия остановить маточное кровотечение, угрожавшее жизни, когда не имелось возможности применить другие средства.

Аналогичный случай был у нас, в Харькове, в марте 29 г., когда неподдававшаяся решительно никаким средствам вплоть до дефлорации и выскабливания матки меноррея весьма обильная и длительная, резко истощавшая больную, была быстро

прекращена в течение одного сеанса словесного воздействия, примененного в 10-й Сов. больнице д-ром П. П. Истоминым¹¹⁸) по просьбе врача-гинеколога.

Расстройства желудочно-кишечного тракта, на что уже давно указывал проф. Форель, могут быть также предметом положительного воздействия на них словом, как прямым путем, так и косвенным. Это должны учитывать врачи-интернисты, которым часто приходится иметь дело с «ложноорганическими» заболеваниями внутренних органов, но не медикаментозное, являющееся в таких случаях лишь подкреплением сочетательного паторефлекса, где показано лишь словесно-терапевтическое вмешательство.

Вышецитированные исследования Hoff'a, Neuger'a, Wermer'a указывают влияние эмоционального состояния как на свойства желудочного сока, так и на тонус самого желудка. Эти исследования должны быть учтены не только в лечебном направлении. При процедуре выкачивания желудочного сока необходимо, повидимому, учитывать и сопутствующее ей отрицательное эмоциональное состояние пациента, которое в известных случаях может сказаться на качественной стороне желудочного сока.

Те же исследования Neuger'a должны учитываться и рентгенологами, принимая во внимание эмоциональное состояние объекта в момент рентгеноскопии.

Говоря о слове, как лечебном факторе, мы умышленно несколько дольше останавливались на этом его значении. Мы хотели в этих строках подчеркнуть, что, с одной стороны, словесное воздействие является при известных условиях быстро действующим полезным фактором, а с другой — что относительная несложность метода применения его может во многих случаях поставить любого врача в выгодное положение у постели соответствующего больного и в этом отношении положение первого в отношении второго является всегда более выигрышным, чем кого-либо другого по тем физиологическим условиям, речь о которых будет дальше.

Таким образом, мы видим, что в различных медицинских дисциплинах слово в устах врача может иметь необычайное значение и знакомство с его физиологическим действием необходимо для каждого врача, независимо от его специальности.

Мы не будем здесь приводить многочисленных примеров из практики вышецитированных авторов, а также получаемые нами с периферии от врачей описания случаев, блестяще иллюстрирующих быстроту эффекта при применении умелого словесного воздействия, избавляющего больного от излишнего страдания и дающего высокое врачебное удовлетворение. Находим также нужным указать на ту несложность и простоту метода словесного воздействия, который, с одной стороны, является доступным для каждого врача, а с другой — своей чрезмерной простотой вызывает недоумение, а подчас и недоверие к получаемым от него результатам. Типичными в этом отношении могут быть случаи, приведенные нами в предыдущих главах, в особенности случаи булимии и случаи неукротимых рвот.

Нужно особенно подчеркнуть, что с такою же быстротой, как и последние, могут купироваться и моно- и полисимптомные длительные невротические состояния, носители которых месяцами и годами напрасно отнимали тепловую энергию в водолечебницах, электрическую в электрокабинетах, койки на курортах, время у медперсонала и средства у государства. Особенно это нужно сказать в отношении военных и жел.-дор. травм. неврозов. Но легкость и успешность влияния слова обеспечивается обычно теми условиями, речь о которых будет идти ниже.

XIV

К ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХО-НЕВРОЗОВ

Как показывает опыт и наблюдения наши и наших сотрудников, аналогичных случаев много также и в области функциональных заболеваний нервной системы психотравматического происхождения, при, как мы их называем, реактивных, с ясной причиной, неврозах, с различными по содержанию и сложности патосимптомокомплексам

«истерического», «неврастенического», «психастенического» и «параноидного» характера. Мы позволим себе несколько дольше остановиться на этом и привести ряд примеров, указывающих на то, что для излечения этих довольно распространенных форм психоневрозов является действительной для больного не сложная психоаналитическая или рациональная психотерапия, а «суггестивная» и преимущественно гипно-суггестивная. Мы считаем необходимым остановиться на этом еще и по тому, что, с одной стороны, к такого рода больным, в большинстве случаев безрезультатно, применяется физико- и фармако-физиотерапия, опотерация, а с другой, — если к ним и подходят с психотерапевтическими намерениями, то считается допустимым и рациональным применять лишь методы т. н. «высшей» психотерапии (Дюбуа или Фрейда). Но эти методы, как требующие специальной психоневрологической подготовки, могли применяться лишь психоневрологами и преимущественно психиатрами, да и то лишь «избранными». Конечно, уже одним этим определялась весьма ограниченная возможность применения этих видов психотерапии; да и далеко не во всех случаях они оказываются действительными, не говоря уже о психоанализе, доступном лишь единицам. «Суггестивная» же и гипно-суггестивная психотерапия, «низшая», как обычно ее называют, как якобы только «симптоматическая», игнорировалась, так как, в силу ряда причин, применение этой психотерапии считалось большинством психоневрологов не научным. Да к тому же и показания для последней были совершенно невыработаны. И большой кадр невротиков с развившимися по примитивному механизму тягостными и весьма упорными, долгосрочными патосимптомокомплексами оставались без должной помощи, безрезультатно, как уже было сказано, переполняя поликлиники, различные амбулаторные и стационарные лечебные учреждения, бесцельно пребывая на курортах, в то время, как для них — то оказывается весьма продуктивным метод более упрощенной психотерапии, являющейся к тому же и более доступной как для больных, так и для врачей, а потому и шире и для большей массы больных весьма продуктивно применимой.

Но чтобы лучше уяснить себе более правильное показание к применению этого вида психотерапии, мы набросаем в общих чертах цели и задачи психотерапии вообще, коснувшись попутно и механизма развития некоторой части психоневрозов с их элементарными и сложными симптомами.

Человеческий организм живет реакциями на окружающую среду, которая, в связи с унаследованными свойствами его, влияет на выработку количества и качества этих реакций. Задача нервной системы есть уравнивать отношения организма с этой средой и поддерживать нормальные соотношения двух основных процессов, разыгрывающихся в коре мозга: возбуждения и торможения. Чем совершеннее н. с., тем уравнивание эти два процесса и тем более целесообразная для организма вырабатывается реакция, а вместе с тем идет более совершенное приспособление организма к окружающей его среде. Приобретение же полезных индивидуальных и социальных навыков делает человека биологически полноценным. Все это обеспечивается нормальным корковым динамизмом, влияющим регулирующим образом на самые глубокие и интимные процессы всех систем организма, все мельчайшие части которого связаны с анатомически и динамически пестро-мозаичной корой мозга.

Нарушение же этих корковых процессов в ту или иную сторону обуславливает то, что известно под именем невроза, когда извращена форма нормального реагирования на внешние условия, в силу чего объект индивидуально и социально становится более или менее малоценным, неся в себе нарушенные защитные механизмы и вредные для себя реакции. Психоневрозы, т. о., должно рассматривать как болезнь реакций на почве расстройства динамических процессов в коре мозга, возникших условно-рефлекторным путем. В связи с этим правильнее было бы, пожалуй, термин психоневрозы заменить терминами «патодинамозы», resp. «патореактозы».

И вот задачей терапии и является, с одной стороны, помочь нервной системе исправить механизмы, способствующие поддержанию индивидуума в полезном для него равновесии в окружающей среде, а с другой — оказать помощь в выработке биологически целесообразных реакций как для себя, так и для общества. Естественно, что

все удары должны быть направлены именно на кору мозга — место образования новых записей, закрепления их со старыми, место создания господствующих и направляющих поведение человека очагов возбуждения, новых, полезных, взамен старых, вредных, условных доминант.

Орудием для этого может служить только словесный символический раздражитель, влияющий содержанием своим на оба процесса — возбуждения и торможения, внося таким образом коррективы в нарушенные в своей деятельности корковые механизмы.

Известно, что все методы словесной психотерапии достигают цели, если каждый из них применен уместно, при точно выработанном показании. Но нужно сказать, что наряду с другими особенным вниманием пользуются так наз. «высшей» психотерапией: метод т. н. «рациональной» психотерапии, или метод убеждения Дюбуа, обращенный к разуму больного, психоаналитический — Фрейда и др. им подобные, как методы каузальной терапии.

Что же касается методов т. н. внушения и бодрствования и в состоянии гипноза всех его степеней, то они, как обычно считающиеся методами лишь симптоматическими, не пользовались достаточным вниманием, как не достигающие конечной и высокой цели психотерапии — перевоспитания личности, что, конечно, должно быть идеалом, который — кстати скажем — едва ли может быть достигнут вполне каким бы то ни было методом. Но этим методом «низшей» психотерапии настолько пренебрегали, что совершенно не учитывалась огромная польза от применения его, даже как симптоматического, в случаях необходимости устранить весьма тягостные для больного симптомы, и притом неустранимые никакими другими видами терапии.

Не говоря уже о применении методов «низшей» психотерапии, как методов симптоматических, надо сказать, что опыт и наблюдения наши и наших сотрудников говорят за то, что и тяжелые и сложные по характеру и содержанию своему и при этом весьма длительные патологические реакции могут быть устранены навсегда именно этими методами «симптоматической», «низшей» психотерапии, а не «высшей», стремящейся к более глубокому изучению личности. Поэтому мы не можем вполне согласиться с мнением проф. Кречмера, что хорошая психотерапия никогда не может ограничиться только внушением, служащим, по его мнению, лишь для того, чтобы сдвинуть б-го с мертвой точки¹¹⁹). Наши наблюдения говорят, что у известной категории больных *суггестивный и гипносуггестивный методы могут быть методами и каузальной психотерапии.*

Ведь, рассуждая по существу, ни один метод психотерапии не может обойтись без метода «суггестии» в бодрствовании или в гипнотическом состоянии, при понимании внушения с точки зрения учения об условных рефlekсах. Давно идут споры о доказательстве большего или меньшего участия внушения в различных видах высшей психотерапии. И нужно сказать, что в конечном итоге, за исключением несчастных случаев истинного психоаналитического метода с процессом отреагирования, каждый метод или заканчивается суггестивным или гипносуггестивным вмешательством, или же этот метод применяется самостоятельно, независимо даже от того, будет ли вскрыт механизм образования симптомов или нет.

Ведь психоанамнез (своего рода малый психоанализ) и затем более или менее углубленный психоанализ (вскрытие комплекса простыми или более сложными приемами) — все это в конечном итоге ведет к одной цели — выяснению причины патологических реакций, к сближению следствия и причины.

Но, как известно, вскрытие причины заболевания, а также и ясность ее для больного не всегда обуславливает исчезновение болезненной реакции. В этих случаях патологические очаги возбуждения в высшей ц. н. с. остаются, и их необходимо устранить непосредственным словесным раздражителем, производя переключения в головном мозгу и выравнивая нарушенные соотношения процессов в drobных участках коры его. Это достигается различными путями: или эти реакции затормаживаются (resp. воспитываются новые) элементарным путем при непосредственном императивном воздействии словесными раздражителями несложного содержания (примитивный, низший

вид внушения), или путем воздействия целой суммой сложных по своему содержанию словесных раздражителей, направляя их в различные участки коры мозга и вызывая в них пеструю перегруппировку в сфере положительных и отрицательных реакций (высший вид «внушения», мотивированное внушение, гесп. убеждение).

Как показывает опыт, эффект может быть весьма различный. Очень часто эти корковые переключения в состоянии бодрствования совершенно не удаются, так как новые условные словесные раздражения оказываются недостаточно сильными в сравнении со старыми, укрепившимися очагами, гесп. доминантами. Выражаясь субъективно-психологически, новые логические доводы встречаются со стороны субъекта старые, плотно укоренившиеся, но вредные представления. Но этот процесс перегруппировок и создания нового очага возбуждения при наличии старого значительно облегчается при состоянии более или менее равномерной корковой, искусственно созданной заторможенности, начиная от слабой (дремота) и кончая сильной (глубокий сон). Для устранения патологических реакций на уже известный раздражитель и целесообразно пользоваться при наличии «раппорта» «сонным» состоянием коры для усиления и облегчения словесного воздействия.

Заявления сторонников психоанализа, Шильдера и Каудерса⁴⁹⁾, о том, что они считают непосредственное терапевтическое внушение в гипнозе основным методом лечения и применяют его, как «нормальный», т. о., физиологически оправдываются.

Но в иных случаях бывает достаточным лишь покойное бодрствующее состояние для реализации словесного воздействия. Необходимо согласиться, что состояние эмоционального покоя это есть первая ступень к гипосимпатикотоническому, гипноидному, состоянию. Это состояние «покоя», состояние уравновешенности корково-вегетативно-эндокринной системы при наличии «установки» на раздражителя, гесп. раппорта, облегчает начертание новых энграмм и связь их со старыми. Ведь и наблюдения показывают, что повлиять на человека или доказать что-либо при соответствующей установке на раздражителя легче тогда, когда он спокоен, когда он эмоционально уравновешен. И нет ничего удивительного, если у некоторых объектов можно внушением наяву вызывать реакции даже со стороны вегетативной н. с., а также получать тем же путем и лечебные эффекты, как это мы видели, напр., в вышецитированном в IX главе случае булимии. Т. о., и метод «внушения наяву» также имеет физиологическое объяснение.

Возвратимся к случаям прямого словесного воздействия в «сонном» состоянии при группе психоневротических заболеваний, где этот метод является единственным и потому и прямо показанным, оказываясь к тому же и методом каузального лечения.

Мы уже раньше^{109, 120)} упоминали о том, что внушение, в особенности в различных степенях гипнотического состояния, дает прекрасные результаты при патологических реактивных состояниях с ясной для врача и больного причиной. Опыт последних 4-х лет заставляет нас подчеркнуть это и повторить еще раз, что на этот метод, в интересах огромного количества больных, необходимо обратить большее внимание, чем это делается до сих пор.

Реактивных психоневротиков можно рассматривать, в физиологическом понимании, как индивидуумов, отягощенных перманентно патологическими симптомокомплексами различного типа — истерического, неврастенического, психастенического, параноидного. Реакции эти являются или оставшимися, зафиксировавшимися реакциями на давно ушедшую причину, или же реакциями, поддерживаемыми наличностью действующей причины, или, наконец — если нет самой причины, то, все *сочетавшееся* с ней в прошлом является раздражителями, вызывающими реакции в настоящем. Эти последние, по учению Бехтерева, суть патологические сочетательные рефлексy. Всякого рода навязчивые состояния, «дурные привычки» и вредные влечения, наркомании, приобретенный гомосексуализм, садизм, мазохизм, определенные формы половой слабости и т. п. будут, по Бехтереву, также относиться к этой категории процессов.

Что касается первой группы, то ее можно рассматривать как группу носителей патологической доминанты. А. А. Ухтомский¹²¹⁾, представляя свойства доминанты,

указывает на одну из ее особенностей — на ее *инертность, косность*. «Однажды вызванная доминанта удерживается в центрах некоторое время и после того, как раздражитель, первоначально ее вызвавший, ушел». Этот физиологический закон может быть перенесен и в патологию. Среди реактивных невротиков мы и имеем часть таких, у коих возбудитель патологических реакций уже давно в отдаленном прошлом, а реакции держатся неделями, месяцами, годами... Если рассматривать более или менее сложные реактивные патосимптомокомплексы, как образовавшиеся в высшей н. с. очаги возбуждения, влияющие тормозящим и извращающим образом на поведение носителя их, влияя отрицательно на проявление желаний в нужном направлении, гср. на «свободную волю», то естественным является стремление затормозить эту биологически беспредельную патодоминанту, чтобы восстановить нарушенное ею равновесие в головном мозгу. Отсутствие же источника возникновения ее обеспечивает прочность заторможения. И как бы ни сложна и разнообразна она ни была по своему содержанию и сильна интенсивностью своей, — она часто так же быстро исчезнет, как и появилась. Но затормозить ее в состоянии бодрствования обыкновенно не удастся, ибо в силу другого ее свойства — *накапливать возбуждение* — она усиливается, как только дело касается преимущественно ее содержания или всего того, что имеет к ней хотя бы отдаленное касательство. Тогда в других частях коры мозга развивается еще больше отрицательная индукция, мешающая образованию новых связей и энграмм. Но последнее возможно лишь тогда, когда этот доминирующий очаг возбуждения будет притуплен. А это будет тогда, когда вся кора вместе с областью доминанты будет находиться под влиянием одного и того же типа торможения, на фоне которого уже можно было бы легко создать другую полезную доминанту^{*)}. Таким торможением является, конечно, искусственно вызванное условно-рефлекторно-сонное торможение.

Преимущественно в этих случаях, но также и для других подгрупп реактивных невротиков с патодоминантами, к которым мы относим мастурбантов, наркоманов, лиц с реактивными фиксированными различного содержания моно- и полисимптомами и проч., и является показанным метод словесного воздействия на заторможенную в той или иной степени кору мозга. И здесь он уже будет методом причинного лечения патосимптомов, вполне уравновешивая личность и делая ее таким образом снова работоспособной и социальной.

Мы думаем, что правильность такого толкования явлений подтверждается как данными соответствующей литературы, так и довольно уже большим опытом психотерапевтических отделений диспансера при Психоневр. И-те и бывшей в нашем ведении пропедевтической нервной клиники ХМИ.

Чтобы не быть голословным, приведем ряд примеров, интересных и важных во многих отношениях. Начнем с моносимптомных патореактозов.

Случай 1-й. Б-я К-ко, 28 л. Работница на керам. заводе. Torticollis spastica в течение 1 года. Сделалась неработоспособной. Лечение в поликлинике безрезультатно. Переведена комиссией на *инвалидность*. Обратилась в диспансер 29/1 29 г. (№ ист. бол. 873). Причина — психотравматизм. 21 сеанс словесного воздействия в дремоте дает постепенно нарастающее улучшение. После 16-го сеанса тоническое сокращение мышц исчезло. Последующие делались для «подкрепления». В гипновом состоянии с первого же сеанса спазм исчезал. *Через 2 недели* после начала лечения *приступила к работе*. Здорова вот уже 10 месяцев. Демонстрировалась на конференции Психоневр. И-та. (Случай д-ра Цейкинской). (см. рис. 70 и 70а).

Случай 2-й. Б-я П-ва, 35 л. Дом. хоз. Torticollis spastica с распространением гипертонии на мышцы левой половины туловища, при чем голова остается фиксированной в патологической установке, спазм же мышц туловища периодически наступающий, в особенности во время походки, производит впечатление торсионного спазма. Наряду с этим постоянное угнетенное состояние, внутренняя тревога, раздражительность. Болея 1½ года. Фармакотерапия, электризация, ванны безрезультатны. Развитие постепенное и начало с клонических шейно-мышечных судорог, сначала изредка появлявшихся, а затем перешедших в перманентно спастическое состояние (см. рис. 71). Весь симптомокомплекс в последнее время стал проявлять тенденцию к прогрессирующему ухудшению. Обратилась к нам за помощью. Удалось выяснить, что весь патосимптомокомплекс развился в связи с рядом душевных переживаний, в подробности которых больная посвящать не пожелала. Выяснилось, что во всех переживаниях в прошлом и в настоящее время поводов к страданиям нет. Применен метод гипносуггестий. Б-й

^{*)} Этим может доказываться нерациональность применения в таких случаях «рациональной» психотерапии.



Рис. 70. Torticollis psychotraum.
2 - месячной давности до психо-
терапии



Рис. 70а. Тот же случай через
две недели после начала приме-
нения гипносуггест. терапии. Здорова
10 месяцев



Рис. 71. Torticollis psychotrauma-
tica 1¹/₂ - годовой давности



Рис. 71а. Тот же случай после
25 сеансов гипносуггестии. Здо-
рова 2 года

внушалось спокойно относиться к пережитому, забыть его, внушалась возможность преодоления спазма мышц, внушалась настойчивость в систематическом проведении преподаваемых упражнений. Т. к. во время гипнотического состояния torticollis исчезал и непосредственно после каждого сеанса б-я чувствовала себя во всех отношениях лучше, то всем этим мы пользовались для укрепления уверенности б-й в ее выздоровлении. Лечение этим способом продолжалось 5 месяцев с перерывами, и 32 сеанса психотерапии совершенно избавили б-ую от тягостного реактивного зафиксировавшегося состояния. Здорова уже 2 год. Была продемонстрирована на конференции Психонев. И-та (см. рис. 71а). (случай наш с д-ром М. О. Пайкиным).

Мы умышленно привели 2 случая однородного заболевания, чтобы показать возможность излечения этой формы страдания, о котором, как известно, во всех учебниках упоминается как о весьма трудно поддающемся лечению и требующем массу терпения, работы и времени, при чем с малой надеждой на успех. Гипносуггестивная же терапия, несмотря на положительные результаты у некоторых авторов (Lewandowsky. Handbuch. Mohr.) при применении ее, всеми игнорировалась. «Применение гипнотерапии и оперативного вмешательства рекомендовать нами не может», пишет Л. О. Даркшевич в своем учебнике в главе «психическая судорога». Будучи согласными с автором в отношении хирургического вмешательства, мы вынуждены силою вещей держаться противоположного мнения в отношении гипносуггестивной терапии, основанием чего служат два вышеприведенные случаи из серии подобных, у нас имеющихся. Перейдем к более сложным случаям.

Случай 3-й. Ф-ва, 37 лет, учительница г. Ахтырки. Больна один год. Обратилась ко мне 9/VII 1928 г. Угнетенное состояние, раздражительность, постоянные головные боли, частые слезы, тревожный сон с кошмарами, безотчетный страх, боязнь оставаться одной, внутренняя тревога, отсутствие интереса к жизни, общество людей ее тяготит, она его избегает, занятия в школе — пытка. Последние месяцы тоска, мысль о самоубийстве, совершенно не работоспособна. Заболела после смерти матери. Больная плохо жила с мужем, постоянные ссоры. Во время одной из таких ссор, 1 г. т. н., мать скончалась. После смерти последней развод с мужем. Считая себя виновницей несчастия, до сих пор не может примириться с потерей. Мысли о матери неотступны. Медикаментозное лечение безрезультатно. Успокоения и убеждения еще больше волнуют больную. Напоминание о матери в беседе с ней вызывает у больной слезы. Словами «засыпайте» и т. д. вызываю дремотное состояние, во время которого обращаюсь с тою же утешительной речью, что и в бодрствовании. Раз'ясняю неосновательность самообвинений; внушаю спокойное отношение к случившемуся, бодрость и стойкость, хороший сон, интерес к жизни и т. д. После внушения спала всю ночь. Весь следующий день чувствовала себя «обновленной». О матери ни разу не вспоминала. Была все время на людях. Настроение хорошее, — «если вчера была апатична и безразлична, то сегодня бодр, энергична, с верой в свои силы». 10/VII второй сеанс с повторением тех же внушений. После этого больная уехала. Ее письма говорят, что до сих пор (IV/29 г.) она чувствует себя хорошо во всех отношениях: бодр, жизнерадостна, энергична, работоспособна. Я ее видел в декабре 1928 г. Она была действительно обновленная.

Случай 4-й. С-н. 44 лет. Проф. Худ. техникума. Весьма тяжелый реактивный невроз психастенического типа. До заболевания всегда был здоров. С 1918 г. становится чрезмерно раздражителен, нарушение сна, аппетита, постепенно развивается обсессивность. Ряд фобий стойких и сменяющихся. Последние три года в особенности: боязнь то трамвая, то определенных улиц, периодами боязнь жены, детей, боязнь учащихся, слушателей его лекций. Часто не заканчивал последних, уходя из аудитории, с трудом удерживая слезы. Казалось ему, что вся аудитория на него набросится и студенты убьют его... Жизнь становилась невыносимой, тоска, безотчетный страх, резко упала работоспособность. Последние два года не брал художественной кисти в руки, а последние 4 месяца перед началом лечения вынужден был совершенно прекратить чтение лекций. Спал 2 — 3 часа в сутки, последние ночи проводил в слезах, при стремлении покончить с собой. «Тяжело жить, жизнь потеряла для меня всякий смысл, жить не хочется», говорил больной во время первой с ним беседы; во время этой же беседы углубленный психоанализ обнаружил комплекс тяжелых переживаний. Пять сеансов раз'яснительного и успокаивающего внушения в дремотном состоянии поставили больного на ноги и возвратили его к жизни. Уже после второго сеанса, явившись через день на 3-й, больной заявил: «Что вы со мной сделали? Я совершенно здоров. Я стал прежним. Хожу спокойной по улицам, сегодня решился читать лекцию и без всяких волнений. Я стал таким, каким был 10 лет тому назад». Вот уже три года, как С-н совершенно здоров. (Случай д-ра Шлифер).

Случай 5-й. П-ва, 28 л., дом хоз. Диспанс. ист. бол. № 341. Серия весьма тяжелых психотравм на протяжении нескольких лет. Частые приступы сумерочных состояний, эпизодические галлюцинозы, связанные с переживаемым, преобладает депрессивное состояние, упорные бессонницы, попытки на самоубийство, последний год перед началом лечения полная нероботоспособность. Для окружающих сделалась тягостной. Поднимался вопрос о псих. б-це. Больна около 3-х лет. Гипносуггестия 27 сеансов, после 3-го сеанса резкое улучшение. Здорова 1 год. Чувствует себя очень хорошо. (Случай д-ра Цейкинской).

Б-я демонстрировалась через 1 год после лечения на конференции Ин-та.

Если в последних 3-х случаях были тяжелые сложные полиморфные реакции, мучившие больных годами и носившие характер скорее реактивных полисимптомных

психопатий, то нижеследующий представляет образец часто встречающихся моносимптоматических со стороны вегетативной н. с. реакций, давая ложную картину органических заболеваний.

Случай 6-й. Б - ная К - на, 39 лет, учительница. 22/1 1925 г. обратилась в нервную клинику с жалобой на сильные боли в области желудка, тошноты и рвоты после приема пищи. Чрезвычайно истощена. Этот желудочный симптом держится с 1920 г. Весь последний год провела в постели. Лечилась сначала от катарра желудка, а затем, в связи с быстро развивающимся истощением и упорными болями, был диагностирован *сансер ventriculi*. Но сделавшая в Киеве пробная лапаротомия исключила это заболевание, и больной было рекомендовано обратиться к невропатологам. В психоанамнезе тяжелая психотравма. Приступлено к психотерапии (д-р Шлифер). Больной объяснен характер заболевания и связь с психотравмой. Уже после первого сеанса — краткого императивного внушения наяву с закрытыми глазами, «рака нет и нет болей» — боли значительно уменьшились, но пищи все же принимать не может из-за тошнот и рвот. После 4-го сеанса уже свободно ела грубую пищу. После 7-ми сеансов совершенно поправилась, прибавила в весе 12 фунтов. Бодрая духом, с окрепшими силами, приступила к работе. Аналогичный, но еще более тяжелый случай приведен нами в прежней нашей работе «Гипноз и внушение в практ. мед.»¹²⁰). Когда диагностировался рак желудка, предсказание 4 мес. жизни. После гипносулгестии (4 сеанса) б - ая живет 6 лет, будучи здоровой (член моей семьи).

Все эти случаи могут служить примерами сложных реактивных, комплексных состояний, доминировавших в течение длительного периода времени при отсутствии вызвавшей их причины. Это обстоятельство, конечно, благоприятствовало окончательному затормаживанию патологических доминант комплексными и сложными словесными раздражителями в гипноидном состоянии и наяву.

Случаи, приводимые ниже, могут служить доказательством того, что и при наличии первопричины заболевания, все же словесный раздражитель оказывается на высоте своего терапевтического значения.

Случай 7-й. Больная Т - ва, 28 лет. Курьерша Ц. Р. К. Тяжелый реактивный полисимптомный истеро-невр. типа невроз. Больна с 1925 года. Безрезультатное 4-летнее лечение в поликлиниках. Наконец, 5/XII 28 г. была направлена в психоневролог. диспансер (анкета № 766) для психотерапии. Причина болезни — постоянные конфликты с соседями по квартире (бытовой «квартирный» невроз). Вынужденные встречи с квартирантами и сознание присутствия их способствуют прогрессированию и без того тяжелого общего состояния. Больная передана мною одному из интернов клиники П - та, д-ру Холфону. Напоминание о виновниках ее заболевания крайне волнует больную. Внушение наяву и убеждение в бодрствовании, таким образом, исключалось. Легко удается получить дремотное состояние, во время которого делается внушение не обращать внимание на соседей и т. п. После 5-ти таких сеансов исчез весь патосимптомокомплекс и б - ная уже 12-й месяц живет в тех же условиях, но совершенно иной — бодрой, спокойной, жизнерадостной*).

Случай 8-й. Упомянем еще об одном алкоголике-пивоваре с 20-тилетним алкогольным «стажем». Обратился в диспансер в 1927 г. Суточное количество выпиваемого им пива, водки и самогона, изготовляемого женой, очень велико. После первого же сеанса, как и большинство алкоголиков, перестал пить и вот уже 3-й год не пьет, продолжая пивоварение и быть свидетелем самогонварения жены, т. е. при наличии прежнего соблазняющего раздражителя. (д-р Ф. О. Цейкинская).

В этом отношении большинство алкоголиков могут служить ярким примером того, что словесный раздражитель оказывается более сильным, чем реальный. Большинство алкоголиков, прошедших курс лечения, продолжают жить трезвенниками среди внешних реальных «алкогольных» раздражений. Аналогичных случаев в практике нашего диспансера довольно много. Здесь в жизни то, что мы получаем в лаборатории (см. гл. I и VI).

Лабораторным доказательством реальности такого индифферентизма нервной системы к прежде не безразличному для нее раздражителю могут служить наши эксперименты над влиянием слова на сочетательную, условную, двигательную реакцию, изложенные на стр. 20 и 21, а также и опыты, где критерием служила основная, безусловная дыхательная реакция на сильный реальный слуховой раздражитель в форме удара молотком по листу кровельного железа (см. стр. 56). Между этими экспериментами и перед этим приведенными клиническими примерами имеется полная аналогия и тождество.

Если приведенные случаи являются примерами удачного воздействия словом при наличии экзогенного раздражителя, то нижеследующий может быть иллюстрацией благотворного влияния слова при постоянном наличии раздражителей эндогенного характера, resp. сознание имеющейся соматической болезни.

*) Больная была демонстрирована на заседании психоневролог. секции Харьк. Мед. О - ва и на лекции на курсах для усовершенствования районных врачей г. Харькова.

Случай 9-й. Б - ная К - ко. Жена рабочего, 24 лет. В марте 1925 г. явилась на прием в пропедевтическую нервную клинику с жалобами на бессонницу, отсутствие аппетита, тревожный сон, исхудание, подавленное настроение. Больна три месяца, узнав о тbc, pulm. Лекарственное лечение в поликлинике не помогло. Направлена для психотерапии к стаж - врачу Шлифер. Беседа на тему о заболевании ее легких возмущает б - ную и вызывает слезы. Быстро погружена в глубокий сон поглаживанием по лбу и внушением сна. Делаются внушения успокоительного характера, внушается аппетит, хороший сон и т. под. Второй раз явилась в клинику через месяц. Была неузнаваема. Поползла, была бодрa, к тbc относится спокойно и полна веры в выздоровление.

Приведем пример комбинированного раздражителя.

Случай 10-й. Б - ая 49 лет. Оперирована опухоль левой грудной железы (сальсег). В течение нескольких месяцев навязчивый страх пред рецидивом. Развилось тяжелое психастеническое состояние, поддерживаемое, с одной стороны, послеоперационным рубцом на гладкой груди, а с другой — двумя соседями по квартире, страдающими оба раком — один — гортани, другой — позвоночника. Последнее время сделалась тягостной как для врачей, так и для окружающих. Постоянные слезы, бессонница и т. п. После трех сеансов мотивированного внушения (в первом сеансе сна не было, во 2 - м — дремота, в 3 - м — сон) сделалась неузнаваемой. Бодрa, в хорошем настроении, работоспособна, к больным соседям безразлична.

Остановимся еще на случаях избирательных изолированных реакций на определенные раздражители, случаях, где реакция является, согласно учению Бехтерева, не чем иным, как элементарным патологическим сочетательным рефлексом, воспитавшимся при благоприятно для этого сложившихся условиях жизни индивидуума.

Случай 11-й. Больной студент Ш - к, 24 лет. На амбулаторном приеме в студенческой поликлинике обратился ко мне с жалобами на то, что в течение последнего года (с VI 1926 г.) страдает боязнью автобусов и трамваев. Езда в них вызывает тошноту и рвоту. Впоследствии не только вид и шум их движения, но и мысль о них вызвала рвоту. Развилась боязнь их. Из - за этого больной оставил Харьков и жил два месяца в деревне, но и там при мысли об автобусе и трамвае появлялась та же реакция. С течением времени исчез аппетит и больной сильно исхудал. Работоспособность понижена. Направлен мною в пропедевтическую нервную клинику, в ее психотерапевтическое отделение. Психоанамнез показал, что когда б - ной возвращался из Крыма, у его соседа по вагону была рвота, продолжавшаяся несколько часов. Это произвело на б - ного тяжелое впечатление и с того момента и образовался патологический сочетательный вегетативный рефлекс. Объяснение в беседе 14/IV 27 г. механизма образования патосимптома не дало эффекта. То же объяснение делается в глубокой дремоте 15 - го, 17 - го и 21 - го IV 1927 г. С первого же сеанса прогрессирующее улучшение. 23/IV больной спокойно едет в автобусе. Ест хорошо. Рвот нет. 3/V последний сеанс (6 - й). Совершенно здоров. Прибавил в весе. Больной был демонстрирован на лекции студентам. В данном случае вагон, resp. трамвай, явились сочетательными условными раздражителями при развившейся в вагоне рвотной реакции по дороге из Севастополя в Харьков. (Случай д - ра Шлифер).

Случай 12-й. Б - я Л - ва, 16 лет, явилась 15/I 26 г. в нервн. пропед. клинику на мой прием с жалобами на частые приступы головокружения и рвоты в течение последних двух лет. Лечилась от малокровия, катарра желудка, глистов — безрезультатно. Происходила из здоровой семьи, до настоящего заболевания всегда была здорова. Со стороны внутренних органов Н. Подробный психоанамнез установил, что рвоты и головокружения всегда вызываются видом яблок, а в последнее время и мыслью о них. Первопричина — в детстве «стационар» яблоко у подруги. Испугалась, стало стыдно. Закружилась голова и затошнило. С тех пор, сначала изредка, а последние годы и постоянно, вышеописанная условно - рефлексорная, воспитанная на фоне эмоции, реакция на яблоки. После 2 - х сеансов словесного воздействия в гипнозе стала свободно есть яблоки. Б - я была под наблюдением 1 год и рецидивов не было. (Д - р Р. Я. Шлифер).

Случай 13-й. А - кий, 31 г. Явился 30/XI 25 г. в психоневр. диспансер с жалобами на непокидающие его в течение 2 - х лет боязнь поездов, трамваев, людей, на общую раздражительность, бессонницу, пониженную трудоспособность. Психоанамнез установил, что 2 г. т. н. ему пришлось стоять на подножке вагона во время хода поезда, находясь все время под страхом падения. Лечение всех видов не облегчало. Четыре сеанса внушения в глубоком сне избавили его от этого полисимптомокомплекса. Наблюдение в течение одного года рецидива не обнаружило. Ездит свободно в вагоне железной дороги и в трамваях. Исчезла и боязнь людей.

Эти наблюдения говорят за то, что не каждого носителя тех или иных фобий надо считать психастеником в смысле Janet. Фобия может быть временной, сочетательно - рефлексорной, частичной эмоциональной реакцией, воспитавшейся при внезапно и во временно наступившем благоприятном для этого состоянии коры мозга. В этом гипноидном состоянии коры мозга, в связи с эмоцией страха, образовался очаг возбуждения, принявший форму патологической доминанты, упрочившегося патологического эмоционального сочетательного рефлекса.

Нижеследующая больная может служить иллюстрацией как предпоследней, так и последней группы больных.

Случай 14-й. Б.-я Х.-ая, 30 л. Диспансерная ист. бол. № 3666. В течение года судорожные припадки истерического характера ежедневно, несколько раз в день с потерей сознания. Тяжелая депрессия, чрезмерно повышенная возбудимость, раздражительность, стремление к уединению, упорная бессонница, отсутствие аппетита, резкое исхудание, полная потеря трудоспособности. Поднимался вопрос о помещении в психиатрическую больницу. Психонамнез показал: заболела в связи с изменой мужа, припадки появлялись *при виде женщин*, чем и объяснялась чрезмерная частота их. 22 сеанса словесного воздействия в гипноидном состоянии постепенно выравнивают невропсихическое состояние. Здорова 3 года, являясь одной из активнейших работниц. *Живет при тех же условиях.* На «похождения» мужа не обращает внимания. Бодр и энергична. Демонстрировалась на конфер. Психоневр. Инст. 19/X 29 г. (Б.-я д.-ра Цейкинской).

Считаю полезным во многих отношениях привести случай т. н. «*травматического*» *железнодорожного* психоневроза, наблюдавшегося и проводимого ж.-д. врачом М. В. Петровым*), приславшим мне подробное описание его наряду с другими случаями удачно им проводимой у себя в ж.-д. больнице суггестивной терапии.

Случай 15-й. Б.-ой С., 38 л., машинист Ю.-З. ж. д. Осенью 1924 г. крушение поезда. Получил небольшие ожоги. По поводу них лежал в б-це на ст. Бирзула. Постепенно развиваются тяжелые симптомы невротического состояния. Чрезмерная раздражительность, упорная бессонница, резкое общее дрожание. Направлен в инст. физ. мет. леч. в Одессе. Через 2 мес. возвратился с незначительным улучшением — по словам б.-го, «процентов на 10». Лег снова в ту же больницу по поводу абсцесса. Обнаружен тяжелый невропатический симптомокомплекс. Сон 1—1½ ч. в сутки, полное отсутствие аппетита, запоры, необычайная потливость, резко усиливающаяся при волнении, особенно при расспросах о болезни — на лбу струи пота, к конечностям и груди прилипают овлажнившиеся бязи. В одесском и т. е. инъекции атропина прекращали пот часа на 2—3. Зрительные псевдогаллюцинации — при закрывании глаз картины крушения и эпизоды дня. Приближение к ж.-д. путям или паровозу вызывало неопишуемый страх, волнение, дрожание, усиление потливости и т. п. Узнав со слов больных об успешном применении некоторым больным внушению в гипнозе, попросил применить его и к нему. В первом же сеансе уснул быстро и глубоко. Как результат внушения, ближайшую ночь спал крепким сном. На следующий день прекрасный аппетит. Последующими внушениями создано общее хорошее самочувствие, устранена потливость, окончательно восстановлен сон, устранены запоры. Труднее было устранение страха пред путями и подвижным ж.-д. составом. В результате, через день после двухнедельного внушения вступил на службу на маневровом паровозе, а через несколько месяцев занял свое прежнее место машиниста**).

Аналогичный по тяжести и быстроте результатов психотерапии случай, но более длительный, имел место в стационаре жел.-дор. диспансере Южн. и Дон. ж.-д. в декабре 29 г., 4 года безрезультатного лечения и совершенно оправившийся б.-й в течении 3-х недель после 6-ти сеансов психотерапии.

Эти случаи, как и многие наши аналогичные им, дают нам повод подчеркнуть положительное значение гипносуггестии при лечении травматических военных неврозов, уже так оцененной немцами, отдающими ей первенство в борьбе с этим видом психотравматизма. Военно-санитарному ведомству, как и железнодорожному необходимо иметь это в виду!

Остановимся на небезынтесном во многих отношениях случае припадков эпилептического характера.

Случай 16-й. Б.-ой Б.-в, 25 л., рабочий типографии. Обратился к нам в диспансер (ист. бол. № 1513) 28/III 29 г. с жалобами на припадки, начинающиеся с удущья, ощущения жара во всем теле, потери сознания, судорги с последующей слабостью и разбитостью. Длительность припадков, по словам б.-го, 15—20'. Заболел в октябре 1925 г., после того, как в его дыхательное горло попала пилюля, которую удалось извлечь минут через 20—30. Б.-й был сильно перепуган. В тот же день 1-й припадок, при чем наступлению припадков предшествовал комплекс ощущений, испытанный во время катастрофы с пилюлей. В дальнейшем этот комплекс всегда предшествовал припадкам, являясь т. о. аурой. Первое время припадки появлялись 1—2 раза в месяц, а в дальнейшем прогрессировали в частоте и дошли до 5—7 раз в месяц. Появлялись они без всякого внешнего повода и всегда с одной и той же комплексной аурой-реакцией на пилюлю. Был направлен к д.-ру Цейкинской для психонамнеза и психотерапии *experimenti causa*, т. е. мы склонны были рассматривать эти припадки, как реакцию на какую-то психотравму, и характер ауры нас соблазнил на этот эксперимент. Во время первого сеанса психотерапии б.-му была объяснена причина возникновения припадков, было объяснено, что это не настоящая «падучая», чего он так боялся, и затем было сделана соответствующее внушение в дремотном состоянии. Уже эта первая беседа действовала на него благотворно, он «воспрянул духом», появилась вера в выздоровление и, как он заявил на след. посещения, он себя так хорошо чувствовал 1½ года т. н. до заболевания. Соответствующие внушения производились сначала 2 раза в неделю, а затем все реже и реже. Последний сеанс сделан 1/VII 29 г. С начала лечения и по 18/X 29 г., когда был продемонстрирован на конференции Психоневрол. И.-та, припадков не было и б.-й чувствует себя очень хорошо.

*) Приняшу благодарность д.-ру М. В. Петрову за любезно присланное мне описание этого случая, как и других.

**) Интересно знать, сколько лет болел бы этот машинист и сколько стоило бы лечение его государству, если бы не была применена гипносуггестия. Этот вопрос мы задаем на основании многочисленных фактов быстрого излечения железнодорожных и военных травматиков-невротиков, годами лечившихся на счет госучреждений... 2-й случай обошелся государству около 2-х тыс. рублей...

Мы не остановились бы на относительно подробном описании данного случая, если бы он не представлял интереса как со стороны генеза и характера ауры наряду с беспричинным появлением припадков, их тенденции к учащению и проч. — признаками, не свойственными аффективной Bratz'a или реактивной эпилепсии Bonhoeffer'a, но его нельзя считать и чисто «истерическим». В связи с этим является интересным и успех словесного воздействия.

Мы привели этот случай еще и по другим соображениям. В виду того, что аналогичные случаи у нас являются не единственными, и в виду того, что нам с д-ром В. П. Истоминым¹²⁵ пришлось наблюдать положительное влияние психотерапии и в случаях бесспорно «генуинной» эпилепсии, то мы считаем, что на допустимость психотерапевтического вмешательства в область «эпилепсии» нужно взглянуть несколько иначе, чем это делалось до сих пор. Более смело предпринятые в этом направлении шаги внесут луч света в область изучения эпилептических реакций.

Считаем необходимым привести ряд примеров из областей, где, казалось бы, психотерапия не могла иметь места и где она действительно и не применялась, но где она всегда показана. Коснемся пока сексуальной сферы и области профессиональных неврозов.

Случай 17-й. Б-й М-в, 30 л. Служ. в банке. Обратился ко мне в июле 27 г. в Кисловодске с жалобами на *impat. coeundi*, от которой и лечился нардан, ваннами, электризацией и проч. Живет 2 года. Жена *intacta*. Бесперывные неудачи в течение этих 2 лет привели к тяжелому невропсихическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем остальном не оставляли желать лучшего. Предыдущие физиотерапевтические воздействия безрезультатны. Причина — страх пред возможной неудачей при первом сближении с женой. Пившая место неудача зафиксировалась и на будущее. Обратился ко мне за неделю до окончания безрезультатного курса лечения. Мною сделано 6 сеансов внушения в полубодствующем состоянии. Внушение, мотивированное ссылкой на физическое здоровье и на возможность совершения акта при отсутствии необоснованного страха. Эффект получился положительный, и семейная жизнь наладилась во всех отношениях, о чем я узнал из присланного мне письма восторженного счастливого супруга.

Нижеследующие примеры могут указывать на возможность влияния словом на патологическое доминантное состояние такого сильного инстинкта, как, полового, и даже в его извращенных проявлениях в форме приобретенного гомосексуализма, садизма и т. п.

Случай 18-й. Больной О., 32 лет. Обратился в диспансер (анкета № 1127) за помощью, страдая тяжелым невропсихическим состоянием, связанным с сильным половым влечением к жене своего брата, не шедшей навстречу его вожделениям. Много раз в порыве озлобления пытался убить ее. Жизнь в семье стала невыносимой. После 6-ти сеансов внушения в глубоком сне влечение к жене брата и чувство злобы к ней совершенно исчезли. Наряду с этим появилось влечение к жене.

Случай 19-й. Б-й С-н, 33 л. Обратился в диспансер 5/1 26 г. с жалобами на резко выраженное влечение к мужскому полу и полное отсутствие влечения к женскому. В последнее время дело дошло до того, что он иногда на улице останавливал мужчин с определенными предложениями, из-за чего был несколько раз арестован. Причина данного гомосексуализма не эндогенная, а экзогенная. Заболев в 14-тилетнем возрасте скарлатиной, имел соседом гомосексуалиста и под соответствующим влиянием и сделался сам таковым. 8 сеансов словесного воздействия в глубоком сне изменили его в корне и С-н впоследствии женился и живет нормальной половой жизнью. (Случай д-ра Р. Я. Шлиффер).

Случай 20-й. Б-й Р-в, 20 л. Обратился в диспансер 3/III 25 г. с жалобами на отсутствие нормального полового чувства, но испытывает половое возбуждение при виде физического наказания детей обоим пола и даже при мысли об этих наказаниях. Наибольшее возбуждение испытывает при причинении физической боли им самим. Причина: в шестилетнем возрасте испытал половое возбуждение при виде «избиения» детишек обоим пола. 4 сеанса гипносуггестии устранили извращение и возвратили нормальное секс. чувство. (Случай д-ра И. М. Антера).

Касаясь сферы профессиональных неврозов, скажем, что и здесь метод словесной терапии является в большинстве случаев показанным, и без него не может быть восстановления утерянной трудоспособности. Для примера приведем случаи заболеваний, которые обычно считаются трудно поддающимися лечению, и зачастую носителям этих патосимптомов обыкновенно рекомендуется менять профессию, т. к. общепринятые методы лечения не достигают цели.

Случай 21-й. Б-й Б-ов, 36 л. Диспанс., истор. болезни № 494. Бухгалтер. Обратился 11/XII 28 с жалобами на дрожание правой руки во время письма, судорожное сведение пальцев и непроизвольное отбрасывание руки в сторону. В последние дни мог с величайшим трудом подписывать свою фамилию и в уродливой форме. Болен год. Лечился безрезультатно в 4-й поликлинике, которой и направлен в психоневр. И-т, к нам на прием. Проведенный д-ром Цейкинской подробный психоанамнез выяснил, что б-й всегда был тревожно настроен, подписывая сразу большое количество векселей, из боязни, как бы не испортить векселя. В январе

1928 г. при спешной, по настоянию сослуживца, подписке большого количества векселей на очень крупную сумму, им был испорчен один из векселей. С этого момента у него и развился патосимптом, прогрессирующий в своей интенсивности на фоне общего тревожно-депрессивного состояния. Объяснение больному механизма происхождения заболевания вселяло надежду на выздоровление, улучшило общее самочувствие, но не устранило расстройства функции руки. Проведенные последующие 2 сеанса в раз'яснительной беседе заметного местного улучшения не дали, но укрепили уверенность в успех лечения. После 2-х след. сеансов мотивированного внушения в дремотном состоянии — резкое улучшение. К 16/1 29 г. больной уже дрожания и спазмов в руке не отмечает и в течение последней недели подписывал векселя спокойной рукой. Прделавные в дальнейшем 12 сеансов мотивированного внушения устранили оковчательно страдание. 18/X 29 г. б-й демонстрировался наряду с другими больными на конференции Психоневр. II-та.

Приведем, в заключение, случай невроза пианистки и опишем его несколько подробнее, т. к. это заболевание очень часто встречается и настолько же часто не поддается лечению, т. к. последнее, очевидно, не всегда применяется рационально, в силу ошибочной трактовки некоторых случаев подобного рода заболеваний.

Случай 22-й. Б-я Л., 21 г. Обратилась к нам в апреле 1925 г. В 1923 году появились боли в руках, постепенно усилившиеся, и весной 1924 г. боли наряду с общей слабостью довели б-ую до того, что она перестала играть, слегла в постель и не вставала в течение 3-х мес. Слабость в руках, преимущественно в кистях, была такова, что не могла даже писать, с трудом удерживая ручку в руке. В течение 3-х лет энергично лечилась различными методами, но безрезультатно. Применяла долгое время гальванизацию рук, массаж, но состояние ухудшалось. По указанию лечивших ее лечилась в Славянске грязями, электризацией и тоже безрезультатно. Периодами имела возможность делать попытку играть, но это лишь ухудшало положение. Сознание необходимости бросить игру на рояле угнетало ее, вызывая общее тяжелое реактивное депрессивное состояние. Психодиагноз показал, что заболела после усиленной работы в консерватории. Мать ей неоднократно рекомендовала бросить консерваторию и объясняла, что *такая усиленная работа может дать паралич* рук. Б-я, будучи впечатлительной, фиксировала на этом свое внимание. Часто в воображении своем видела себя парализованной и часто об этом говорила с окружающими, и чем больше она об этом говорила, тем больше падала сила в руках. Ее убеждение в тяжести и серьезности заболевания поддерживалось разнообразием лечения и медицинскими советами и взглядами врачей на заболевание. При обследовании, кроме мышечной слабости в дистальных частях рук при повышении сухожильных рефлексов и нормальной чувствительности, ничего невропатического не было обнаружено. Принимая во внимание отрицательное индуцирующее влияние слов матери и все заболевание, как реакцию на эти слова, было признано целесообразным и прямо показанным идти аналогичным путем и индуцировать больную тем же способом, тем же словесным путем, но с противоположным содержанием, создав предварительно и противоположного характера эмоциональное состояние больной.

18/IV 25 г. больная была ободрена. Ее была вселена надежда на выздоровление, было приподнято ее настроение. Легко усыплена. Делается краткое внушение: «Успокойтесь. Болезнь ваша излечима. Причина ее ясна. Боли в руках исчезают, слабости нет. Серьезного заболевания нет. Вы можете свободно играть и работать». Появившееся после пробуждения хорошее общее самочувствие и облегчение ощущений в руках приподняло настроение б-й. После последующих 2-х таких же сеансов через день некоторое улучшение. 23/IV императивно и повторно внушается, что «болей нет, вы можете играть свободно, руки здоровы» и т. п.

26/IV явилась на прием в очень хорошем состоянии. Последние 3 дня болей в руках не было. Свободно писала, работала и 15 мин. играла на рояле. Она «не верила своему счастью». Мышечная сила в руках значительно улучшилась. Понемногу играет. 5 и 7/V 25 г. сеансы внушения, закрепляющие ранее привитое и с внушением, что она «навсегда выздоровела, может снова играть» и т. п. Больная находится до сих пор под наблюдением. Вышла замуж, играет на рояле, считает себя здоровой. (Случай д-ра Шлифер).

Закончим описанием этого случая нашу клиническую иллюстрацию определенной категорией больных *мыслей*, излагаемых на этих страницах. Мы могли бы привести их в значительно большем количестве из практики как нашей личной, так и бывших и настоящих сотрудников нашего диспансера (д-ров И. М. Аптера, А. И. Гуревича, П. П. Истомина, А. П. Прусенко, Н. О. Утевского, Ф. Б. Цейкинской, Г. Я. Шлифер, Неймера, Н. М. Зеленского), у которых больные получали быстрое облегчение и исцеление после 3—10—20 сеансов психотерапии, как гипносуггестивной, так и «рациональной», а также и психоаналитической.

Но необходимо отметить тут же следующее. Анализируя вышеприведенные случаи, нельзя не отметить того факта, что в генезе всех описанных реакций играет причинную роль эмоциональная, аффективная сфера, на фоне которой и воспитываются патосимптомы, являясь непосредственной реакцией на известный момент действующий условный раздражитель. Аффективность способствует, как это доказывается и лабораторией, быстрому и прочному воспитанию нового сочетательного, resp. условного рефлекса, принимающего в известных случаях характер патологического. Не будет ли

это то же самое, что «аффективность повышает внушаемость», как это подчеркивалось давно, и в особенности в последнее время Блейлером^{*)}). Естественным является считать необходимым и создание определенной «аффективности» у больного и при словесном лечении, для успешности последнего. Более подробное обоснование этого мы пытаемся дать в далее следующей XV главе.

Но остановимся еще на следующем, не безынтересном в практическом отношении, обстоятельстве.

До сих пор речь шла о больных с достаточно выявленными причинами их страданий и этим, конечно, может быть обусловлена и успешность психотерапевтического вмешательства. Но бывают случаи, когда причины выявить не удастся, и все же, действуя на симптомы, и подчас тяжелые, путем простого разъяснения не по существу и часто путем императивного внушения, получаем положительные результаты, и надолго, быть может, навсегда.

Упомянем о случае, описанном мною в 1925 г.¹²⁰⁾. У девушки 22-х лет, по выздоровлении от сыпного тифа, развились фобии, — страх режущих предметов, кухонной посуды, прикосновения к ней. Мучительное состояние в течение 2-х лет. Не имея тогда возможности произвести не только психоанализа, который здесь ясно показан, но даже и психоанамнеза, мы применили к ней метод гипносувгестии. В мае 1924 г., после 4-х сеансов слабо мотивированных внушений в гипнотич. состоянии («все это от истощения после тифа. Вы окрепли и никаких страхов больше нет»), больная уехала домой, в Лозовую, совершенно освободившись от этих фобий. В 1928 г. имел о ней сведения, — она продолжала быть вполне здоровой. Здесь физиологически произошло то, что и в приводимых нами случаях булимии.

Считаю необходимым привести здесь тяжелый случай д-ра В. Л. Шатского¹²⁴⁾, врача рудника «Золотое», Артемовского округа, интересный еще и тем, что эффект получился без выясненного генеза заболевания.

Больной — юноша К., 16 лет; вместе с признаками полового развития у него появился и начал усиливаться безотчетный страх, доходящий в сумерки до ужаса. Вместе с тем тоска, депрессия, абсолютная неспособность, слабость. В связи с этим по ночам бессонница. Спать может только днем, и то плохо. Проводившееся в амбулатории лечение препаратами брома, валерьяной, обтираниями, гальванизацией позвоночника, а затем массажем простаты не дало никаких результатов. Та же безрезультатность лечения у специалиста невропатолога. В марте 1925 г., пишет д-р Ш., мною проводилось амбулаторное лечение убеждением, не оказавшее никакого действия. Гипноз не применял сознательно, оставляя его под конец, если ничего не поможет. В апреле 1925 г. все явления достигли апогея. Истерически плачет по ночам от тоски. Попытка покончить самоубийством. Измучил своим поведением мать и соседей, которые просят отправить его куда-нибудь. С 20-го апреля начата гипносувгестивная терапия. С 1-го до 7-го сеанса только сонливость. Внушается отсутствие страха, тоски, спокойствие и сон по ночам. Внушения оказали немедленное, но слабое действие: все явления стали слабее, но не исчезли. Бессонница же прежняя. Восьмой сеанс дал глубокий сон. «Эффект поразительный», говорит д-р Ш. — «С этого же дня исчезли все мучительные для больного симптомы и появился здоровый сон, здоровое, бодрое настроение, жизнерадостность, работоспособность полная. Все это сделали 11 сеансов. Случай произвел сильнейшее впечатление на всех, знавших больного. Рецидива нет уже год». Можно сказать, что возможность рецидива не исключена, но что другое могло в данном случае купировать страдания?

Мы не можем сказать, что такие случаи часты, но их, повидимому, больше, чем это может казаться. Вспомним случаи словесного обезболивания, когда один громкий императив «боли нет», «не больно», устраняет боль при хирургических операциях или родах. В приведенных же случаях происходит такой же процесс торможения, но в более широком масштабе.

После всего вышесказанного естественно может возникнуть вопрос о длительности эффектов, так быстро наступающих.

Последний случай с фобиями может быть уже отчасти ответом на него. Упомянем еще о нескольких наших случаях, а также и о случаях других врачей.

Прежде всего нужно сказать об известной части алкоголиков с 20—30-летним алкогольным «стажем», не пьющих без рецидивов вот уже 2—3 года. Вспомним о случаях, описанных мною в «Современной психоневрологии» (1925, № 6-7), а также в моей, цитируемой здесь, книжке, где устраненные суггестивной терапией тяжелые реактивные состояния не рецидивируют вот уже много лет (у некоторых 10 лет и больше). Большинство из них приходится наблюдать и до настоящего времени.

*) Блейлер. Аффективность, внушаемость и паранойя. Перев. с нем. Одесса, 1929.

рациональному назначению соответствующего психотерапевтического метода, даже в борьбе с отдельными симптомами.

Для этого мы всегда предпосылаем, как видно из приведенного клинического материала, психотерапевтическому вмешательству предварительную, насколько возможно глубокую, психоанамнистическую беседу, в которой мы знакомимся, с одной стороны, хотя бы в общих чертах, с личностью больного, а с другой, эта беседа имеет целью выяснение генеза заболевания и условно-рефлекторного механизма образования патологических реакций. В случае же неясности последних или невозможности выяснить путем исповеди больного, мы прибегаем к вскрытию причины, гср. комплексов соответствующими известными приемами (эксп. Jung'a, метод свободных ассоциаций, толкования сновидений, гипноанамнез) растормаживая т. о. в ближайшем или отдаленном прошлом объекта заторможенные, в высшей н. с. мимико-соматические реакции, гср. освобождая «ущемленные аффекты». Мы отнюдь не стремимся искать только сексуальные комплексы, учитывая, что патологические реакции, как сочетательно-рефлекторные, могут воспитываться на инстинктах всех видов. И только при выяснении тем или иным путем причины и механизма развития патосимптомов, мы и прибегаем к тому или иному психотерапевтическому методу.

Если нам и не удастся расшифровать психогенеза, то для нас в некоторых случаях это не является поводом к отказу от оказания психотерапевтической помощи, хотя бы и симптоматической, — путем непосредственного прямого словесного воздействия, воспитания, с одной стороны, отрицательного условного рефлекса, а с другой, положительного. Подтверждением целесообразности этого приема могут служить приводимые на этих страницах случаи.

Останавливаясь, в частности, на способах применения гипносуггестивного метода, скажем лишь, что мы не придаем значения, для лечебных целей, глубине сна, к чему никогда, как правило, и не стремимся. Наш личный опыт и опыт наших молодых сотрудников по психотерапевтическому кабинету показывает, что для положительных эффектов достаточным является только дремотное состояние. Внушение при этом, как правило, делается, насколько возможно, *мотивированным*, сообразно случаю и соответственно уровню развития больного. Применяя т. о. гипносуггестивный метод, который уже не является видом низшей, элементарной, в прежнем смысле, психотерапией, мы избегаем его от нареканий, обычно вызываемых им со стороны сторонников высшей психотерапии. Löwenfeld и В. М. Бехтерев с давних пор ввели этот метод мотивированного внушения, получая благодаря этому положительные результаты.

Индивидуализируя случаи при проведении мотивированной гипносуггестии, мы получаем в значительном проценте положительные и прочные результаты там, где другие методы лечения, и не только психотерапевтические, в течение многих лет не могли избавить пациентов от часто весьма тягостных и длительных страданий. Приводимые здесь случаи подтверждают это.

Выше мы указывали на то, что именно метод суггестивный оказывается наиболее продуктивным и чаще применяемым. Через наш психоневрологический кабинет за 3 года прошло около 900 невротиков и около 400 алкоголиков. Из всех упомянутых методов применение этого «примитивного» вида психотерапии оказалось наиболее частым. Если широкий психоанализ, как метод лечения был применен в 5%, метод Дюбуа — в 11% и в 11% — смешанный (Дюбуа и гипносуггестия), то чистая «гипносуггестия» при различной степени сна применялась в 67,7% всех случаев. И это не случайность. Это определялось составом больных, «реактивный» кадр которых является отзвуком пережитой эпохи. При чем положительный эффект был в 43%, улучшение — в 22%. Отрицательные же результаты в 23%, при 11% прекративших лечение. Можно сказать, результаты довольно утешительные, принимая во внимание, что большинство больных шло к нам в диспансер, безрезультатно испробовав различные виды терапии.

Но чем объяснить все же такой успех суггестивной и гипносуггестивной терапии, этого «элементарного» метода психотерапии? Для ответа на это нам необходимо

возвратиться к затронутому в начале статьи вопросу о сущности внушения. Выше упоминалось, что Павловская школа рассматривает внушение, как «типичный упрощенный условный рефлекс». Следовательно, все экзо- и эндогенные условные раздражители, воздействующие на кору мозга и вызывающие непосредственную, явную или скрытую, положительную или отрицательную, реакцию, являются «внушающими» агентами. В числе последних наибольшее значение имеет слово, как мощный сочетательный раздражитель, обуславливающий словесное внушение. Являясь новым для коры раздражителем, *вызывающим непосредственную* реакцию, он обуславливает то, что известно под именем *прямого* словесного внушения (условный рефлекс первого порядка). Действуя же сочетанно с другим каким-либо предметным раздражителем и вызывая реакцию на последний, он обуславливает *косвенное* внушение (условный рефлекс 2-го порядка, воспитанный на словесном раздражении).

Так же происходит и процесс самовнушения: в коре мозга эндогенным путем образуются и закрепляются новые очаги и связи. В связи с этим и метод элементарной психотерапии французского аптекаря Куэ получает физиологическое объяснение.

Эксперименты последних лет (Иванов-Смоленский, Дерново-Ярмоленко) подтверждают правильность указания Бехтерева на то, что в основе явлений сознательного и бессознательного подражания лежит тот же физиологический сочетательный рефлекторный процесс, являющийся также весьма важным в накоплении индивидуального опыта и навыков. Этим авторы склонны объяснять т. наз. «повышенную внушаемость» в толпе, а также генез некоторых патологических моно- и полисимптомов, образование дурных привычек, влечений, «психических эпидемий».

Не входя здесь в более детальное обсуждение вопроса о внушении вообще, скажем лишь, что внушению, как физиологическому процессу, необходимо придавать большее значение в жизни нормальной и патологической, чем это делалось до настоящего времени. Ведь мы всегда, в течение всей своей жизни находимся под влиянием условных раздражителей. У большинства же людей эти условные раздражители не особенно далеко стоят от безусловных, и это большинство живет примитивными механизмами. Мы не можем не согласиться с мыслями проф. Иванова-Смоленского¹²⁶), высказанными им по этому поводу.

«Совершенно неправильно было бы предполагать, — говорит он, — что вся эволюция нервной деятельности до человека включительно происходит при помощи безконечного наслаивания рефлексов III-го порядка на рефлексы II-го порядка, рефлексов IV-го порядка, на рефлексы III-го и т. д. до рефлексов N-го порядка. В подобных случаях работа больших полушарий оторвалась бы от направляющих ее сложной безусловных рефлексов, утратила бы контроль нижележащих отделов ц. н. с., а вместе с тем выключила бы данную особь из реальной действительности». По его мнению, с подобного рода надстройками мы «встречаемся лишь при патологических отклонениях в функциях головного мозга, т. е. у нервно-психических больных с болезненным ослаблением тормозного процесса».

Невольно возникает вопрос: если внушение есть «упрощенный типичный условный рефлекс», то не имеет ли оно действительно большего значения и не правы ли те, кто отводит ему видное место в индивидуальной и социальной жизни, как это делают Bernheim, Forel, Verworn, Бехтерев и многие другие? Ведь человек живет среди массы различных для него по значению условных простых и сложных раздражителей, вызывающих непосредственно положительные или отрицательные реакции. Среди этих раздражающих факторов особенно важными являются как элементарные, так комплексные по содержанию сигналы мимические и словесные, изустные и письменные, играющие, как известно, существенную роль в общении людей. Огромное же большинство их действуют на н. с. в пределах механизма условных рефлексов I-го порядка и огромное большинство людей живет в пределах этой категории рефлексов и, пожалуй, не поднимаясь выше II-го. Все эти агенты являются источником как нормальных, полезных для индивидуума реакций, так и вредных для него, образуя патологические сочетательные рефлексы. О значении, какое при этом имеет аффективность, эмоции, мы упомянули вскользь выше, а более подробно коснемся этого дальше, в след. главе.

Очевидно, действительно явления «внушения» оказываются нормальным процессом, если даже такой противник суггестивной терапии, как Dubois, вынужден признать, что «состояние внушаемости есть нормальное состояние» и что «внушение беспрерывно вмешивается в нашу повседневную жизнь». Иного вывода и нельзя сделать, раз процесс внушения происходит по условно-рефлекторному механизму, лежащему в основе всех биологических процессов животного организма. Отсюда вытекает значение того же «внушения», как исправляющего нарушенные временные связи и физиологическое равновесие в коре мозга. Естественно, что исправление должно идти тем же путем, каким шло и нарушение. Вспомним приведенный выше случай № 22 (пианистка)! И если большинство людей живет примитивными механизмами, и если оно действительно не поднимается в реакциях своих при отсутствии у большинства образования рефлексов более высокого порядка, и притом если и аффективность облегчает образование патосимптомов по примитивному механизму, то будет целесообразной и соответствующая психотерапия. Ведь и патосимптомокомплексы имеют в основе своей примитивные механизмы развития на фоне того или иного эмоционального состояния, а отсюда и эффект от метода лечения, действующего на условный раздражитель, вызывающего непосредственную реакцию. В этом мы видим теоретическое обоснование целесообразности применения т. н. «низшей» психотерапии, подтверждаемое фактами из жизни. Отсюда же и значение ее, как более требуемой самой жизнью, так и более удобно и к тому же продуктивно применимой, и показанной для большей массы больных, получающих действительно исцеление.

XV

ВРАЧ, БОЛЬНОЙ И ЗНАХАРЬ

Для успешности психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, чрезвычайное значение имеет один очень важный привходящий фактор. Мы имеем в виду значение авторитета врача и взаимоотношения, устанавливающиеся между последним и больным. Мы не касались бы здесь давно известного положения о благотворном влиянии личности врача на больного, если бы не представлялась возможность сделать попытку дать этому физиологическое объяснение. Кроме того, этим связан также и важный вопрос о так наз. «отрицательной» психотерапии, почти каждым врачом бессознательно проводимой. Издавна целый ряд авторитетных психоневрологов (Charcot, Dejerine, Forel, Dubois, Бехтерев и друг.), занимавшихся психотерапией, указывали, что, помимо знаний, для успеха терапии необходимо еще «нечто», что определяет заранее успех лечения вообще, в особенности психотерапевтического воздействия.

Все вышеуказанные авторы говорят о «доверии», об «установлении связи между больным и врачом», о «чувствовании больным желания врача помочь ему», о «симпатии» больного к врачу и т. п.

«Чтобы достичь своей цели, говорит Dubois¹²⁷), врач должен всецело овладеть своим больным. Необходимо, чтобы с самого же начала между врачом и пациентом установилась крепкая, основанная на доверии и симпатии связь». Первой встрече больного с врачом придает значение и Dejerine⁵⁹). «От первого обмена оружием, — пишет он, — между врачом и невропатом зависит весь исход сражения. Если из первых разговоров не рождается взаимная симпатия, то бесполезно идти дальше». Д-р Lick¹²⁸), ступая несколько краски, прямо говорит, что «истинный врач должен брать на себя лечение больного только тогда, когда между ним и больным устанавливаются душевные связи». Говоря об исцелениях, находящихся в зависимости от всех неощутимых, неосознаваемых условий, проф. А. Forel²⁷) говорит, что все эти исцеления «имеют *какую-то общую причину*, вызываются *каким-то однообразным механизмом*. (Курсив наш — К. П.).

Но сущность этой «какой-то причины» и «какие-то однообразные механизмы» остаются невыясненными. Все авторы придают во всем этом большое значение эмоциональной сфере и притом той аффективной связи, без которой «ни влияние

врача, никакая психотерапия не поможет и психоанализ не составляет исключения из этого правила» (Kronfeld). Но до настоящего времени не дано разъяснения, в чем же сущность этих положительных условий и почему эмоциональной сфере придается в этом большое значение? Субъективная психология нам на эти вопросы ответов не дала, и нам кажется, что эта *«какая-то причина»* и *«какие-то механизмы»* могут быть объяснены современным физиологическим учением о высших функциях н. с.

Делая попытку объяснения со стороны физиологической, воспользуемся экспериментальными данными, полученными при воспитании условных или сочетательных реакций, т. е. рефлексов. Освещение интересующего нас вопроса может быть связано именно с этими экспериментами, ибо врач во всем своем целом и, в особенности, слова его являются условными раздражителями, воспитывающими соответствующие реакции со стороны н. с. больного. Эти эксперименты нам помогут получить ответ на вопрос — действительно ли «аффективность», «эмоции» играют существенную роль в успешном влиянии врача и, в частности, его психотерапевтического воздействия?

Укажем прежде всего на эксперименты д-ра Е. А. Попова¹²⁹), проведенные в клинике проф. В. П. Протопопова. Эти эксперименты и вызвали у нас стремление к физиологическому обоснованию интересующего нас вопроса.

Работа д-ра Попова показала, что воспитание условного двигат. рефлекса при основном болевом электрическом раздражителе связано с наличием дыхательной реакции, как эмоциональной. При воспитании же усл.-дв. рефл. у метэнцефалитических паркинсоников выяснилось, что наряду с отсутствием у них дыхательной реакции, условные рефлексy или не воспитывались, или воспитывались с большим трудом и были крайне нестойки. Но у одного из паркинсоников, дававшего дыхат. реакцию, удалось быстро воспитать прочный сочетательный рефлекс. А. А. Дерново - Ярмоленко¹³⁰), работая по рефлексотерапии аномального поведения детей, отмечает, что при электрическом токе, связанном с болью, а следовательно, и с соответствующей эмоцией, воспитание сочетательных рефлексов шло труднее, чем при словесной методике, и иногда рефлекс совершенно не воспитывался, тогда как при словесном раздражении образование рефлексов шло легко и быстро. У д-ра В. Н. Осиповой, работающей в Ленинградском II - те мозга, получались отрицательные результаты при воспитании рефлексов у детей, помещавшихся в *«кабинке»*, т. к. последняя вызывала у них отрицательную эмоцию в виде страха. Дело улучшилось, когда вместо кабинки был устроен хорошенький домик для опытов с детьми, а затем пошло оно еще лучше, когда экспериментирование производилось без полной изоляции ребенка.

Теперь остановимся на экспериментах другого порядка, но однородных по сути своей. В этих экспериментах как условным раздражителем авторы пользовались словом. Исследования проф. В. М. Гаккебуша в Киеве показали, что у паркинсоников словесные внушения эмоциональных состояний не осуществлялись, о чем он мог судить по отсутствию реактивной гипергликемии. Аналогичное было получено и Heilig'ом и Wermer'ом. Получая легко внушенный гипердиурез у ряда лиц, у паркинсоников получить его они не смогли, несмотря на то, что объекты были гипнотизабильны (см. стр. 63).

При сопоставлении, с одной стороны, лабораторных исследований Попова и Дерново - Ярмоленко, а с другой — экспериментов с внушением Гаккебуша и Heilig'a с Wermer'ом и учитывании сущности внушения, невольно возникает мысль о существовании действительной зависимости результатов влияния личности врача и успешности его психотерапевтического воздействия на больного от эмоционального состояния последнего. А. А. Дерново - Ярмоленко пишет, что ее работа по рефлексотерапии *«выявила зависимость успеха лечения от состояния лечащегося»*. (Курсив наш — К. П.).

Но, кроме учитывания эмоционального состояния больного, необходимо иметь в виду эмоции или мимико-соматический тонус, геср. поведение самого врача в отношении больного.

И это также находит свое объяснение со стороны рефлексологической. Врач во всем своем целом является для больного сложным условным раздражителем, вызыва-

ющим адекватные реакции со стороны н. с. пришедшего к нему. Последний приходит к врачу уже, как говорил В. М. Бехтерев, «с эмоцией ожидания» или, пользуясь термином проф. А. А. Ухтомского, нервная система б-го находится уже в состоянии «готовности», с «тенденцией» реагировать на строго определенный раздражитель. Физиологически нервная система его находится в пассивно-оборонительном (рефлекс покорности, по Павлову), как бы уже в рудиментарном гипноидном состоянии. Это состояние и способствует более легкому и более глубокому образованию, resp. воспитанию условных новых связей и реакций в коре мозга под влиянием слов авторитета, этого могучего условного раздражителя для больного. И вот тут-то от *врача*, как источника суммы условных раздражителей, и будут зависеть и вызываемые реакции со стороны н. с. больного. Его внешний облик, его манера держаться с больным, тон беседы и проч., весь его мимико-соматический тонус, т. е. его эмоциональное состояние, определяющее его поведение в отношении больного,— все это — внешние раздражители, вызывающие и соответствующие реакции со стороны н. с. пришедшего к нему. Нужно иметь еще в виду важные в области психотерапии следующие обстоятельства. Лабораторные рефлексологические наблюдения Г. Н. Сорохтина¹³¹⁾ говорят за большое значение эмоционального тона, с которым экспериментатор подает словесный сигнал при воспитании нового сочетательного рефлекса по словесному методу. «Вялый, абуличный тон экспериментатора не дает сочет. рефлекса. В то же время у другого экспериментатора, подающего «словесный приказ» повышенным тоном, мы можем быстро образовать прочный сочетательный рефлекс». Точно так же, по наблюдениям его же, будут получаться «количественно различные эффекты» в зависимости от утомления, голода экспериментатора, влияния на него среды и др. факторов, могущих влиять на тон словесных приказов. *Врач играет роль того же экспериментатора.* И, вне всякого сомнения, мимико-соматический положительный тонус врача будет поддерживать и усиливать готовность н. с. больного к живой реакции на врача и на все, что связано с ним.

И всем этим м. б. обеспечен *успех* терапевтического воздействия вообще, и в особенности *психотерапевтического*.

Идя дальше, необходимо сказать, что влиять психотерапевтически, resp. словом, это значит — воспитывать в коре и подкорковых ганглиях новую цепь положительных и отрицательных реакций. Эмоциональным состоянием, связанным с эндокринно-вегетативными изменениями, повидимому обеспечивается быстрое и прочное восприятие и фиксирование новых раздражителей и закрепление последних со старыми.

Эмоциональные же колебания зависят от функций подкорковой области, связанной с эндокринной системой и, в частности, связанной с сосудо-двигательными центрами.

Последние, влияя на кровоснабжение, поднимают в связи с эндокринными факторами оптимальность функций клеточных элементов и динамичность процессов в коре мозга, т. е. происходит облегченное воспитание условных, сочетательных реакций.

Нужно заметить, что о влиянии эмоций и кровообращения на проявления способности удерживания новых впечатлений и воспроизведение их, как известно, впервые высказались Н. Spencer и Th. Ribot. Их априорные построения подтверждаются современными физиологическими обоснованиями эмоций.

Таким образом, можно сказать, что успех влияния лечащего врача связан с наличием участия в работе двух сфер головного мозга — корковой и подкорковой, как у больного, так и у врача. Если с чьей-либо стороны не участвует в положительном направлении одна из этих сфер или участвует с недостаточным напряжением, то успех лечебного, в особенности психотерапевтического, *воздействия уменьшится или будет равен нулю.*

Итак, вот существенная часть тех условий, которые в большей или меньшей степени обеспечивают успех врачебного воздействия вообще и в особенности словесного. Но этого еще мало. Нужно, чтобы воспитываемые врачом новые цепи условных рефлексов подкреплялись идентичными раздражителями, т. е. всем окружающим больного, действующим в том же направлении, что и врач, чтобы таким образом созданные

врачем новые связи в коре мозга закреплялись еще больше, а не разрушались отрицательным влиянием среды. Должна иметь место и коллективная, согласованная психотерапия. На основании всего этого и напрашиваются следующие практические выводы. В психотерапии больше, чем где бы то ни было, подчеркивается значение отношения работника к своему делу. Наше пятилетнее наблюдение над нашими молодыми сотрудниками приводит нас к выводу, что *психотерапия будет иметь больший успех только у врачей, живо интересующихся ею и искренне ей преданных*. Это обстоятельство необходимо учитывать при подборе медперсонала в психотерапевтических отделениях. Необходима всемерная поддержка авторитета врача в глазах больных. Со стороны окружающей среды врач и больные должны встречать соответствующую поддержку и должно устраняться все, препятствующее проявлению соответствующего поведения врача в отношении больного и в отношении применяемого им метода, в особенности психотерапевтического. В связи с этим нужно считать вредным как для психотерапии, так и для больного все еще существующее в широких кругах недоверчивое, а порой и насмешливое отношение к ней, а в частности — к гипносуггестивной.

До сих пор мы говорили о той пользе, которую может приносить больному врач своим авторитетным словом. Коснемся теперь и противоположного влияния врачебного слова на состояние больного.

Подчеркивая в прежней моей работе¹²⁰⁾ совершенную неосновательность до сих пор существующего представления о мнимой опасности применения «суггестивной» терапии, мы, ссылаясь на мнение Forel'я, Löwenfeld'a и др., подчеркнули и то, что в связи с этим у врачей отсутствует стремление к близкому знакомству со значением словесного внушения, что является действительной опасностью для больного, а отчасти и для врача. Каждый врач, какой бы специальности он ни был, является прежде всего психотерапевтом, ибо его орудие — *слово*. Из всего предыдущего теперь ясно вытекает могущественное влияние последнего и связанных с ним эмоций на физиологические процессы организма. После всего сказанного на этих страницах разве беседа врача с больным по поводу его болезни не есть своего рода внушение наяву?!

Более близкое знакомство врачей с этими процессами прямого и косвенного внушения предупреждало бы и невольное причинение вреда больному, когда врач неосторожными словами и диагностическими терминами, соответствующими удостоверениями и проч. иногда, с одной стороны, прививает больному ряд новых функциональных патосимптомокомплексов и поддерживает уже существующие, а с другой, — действуя отрицательно на эмоциональную сферу больных, ухудшает этим условия борьбы организма с органическими, resp. инфекционными, острыми и хроническими заболеваниями. Тут же нужно вспомнить об отрицательном значении нерационально проводимого санитарного просвещения.

Разве все это не есть «отрицательная», как выражается проф. Каннабих, психотерапия? Особенно это нужно иметь в виду интернистам и гинекологам, к которым обращается так много больных с висцеральными невротами, симптомы которых зачастую принимаются за органические. Ни одним психотерапевтическим методом, даже если он находится в руках рядового врача любой специальности, нельзя принести такого вреда, какой так часто невольно приносится врачами этой неведомой им самим отрицательной психотерапией. Об этой врачебной словесной опасности писал проф. Forel в Швейцарии в 1911 г.²⁷⁾ Во Франции говорит о ней в своем классическом труде о психоневрозах проф. Dejerine. Проф. O. Bumke¹³²⁾ заговорил об этом в 1925 г. в Германии, назвав этот род внушенных врачами страданий «*иатрогенными*»^{*)}. У нас в последнее время стали касаться этого вопроса московский прив.-доц. (гинеколог) В. Г. Дик¹³³⁾, проф. Ю. В. Каннабих¹³⁴⁾, уролог проф. Н. Ф. Лежнев и казанский проф. Лурия¹³⁵⁾. Мы, с своей стороны, могли бы привести ряд случаев

*) По-гречески — iathros - врач.

«врачебных жертв», обращавшихся к нам в диспансер при Укр. Психоневрол. Ин-те. Знакомство с учением о слове, как физиологическом факторе, может в известной мере ограничить количество таких «заболеваний». Мы говорим «в известной мере», так как причина их, конечно, может лежать в некоторых случаях и в повышенной реактивности н. с. самого больного, и «иатрогения» может быть и помимо врача.

С вопросом о взаимоотношениях врача и больного, покоящихся на вырабатываемой нервной системе последнего, установке, готовности реагировать в строго определенном, дифференцированном направлении, тесно связан вопрос о *знахарстве* и борьбе с ним. Где причина успеха знахарства, и притом не только у нас, но и на Западе, в особенности в Германии? Принято думать, что корень зла лежит в невежестве населения. Но только ли в этом? С нашей точки зрения, успех лежит и в другом, более существенном. Здесь может играть роль косвенное и прямое внушение, бессознательно применяемое знахарями, и имеется дело с примитивной, наивной, несистематической, скрытой психотерапией. Это, конечно, поднимает у определенной группы населения авторитет «бабки» или «деда», нашептывающих или дающих всем один и тот же «настой», разнообразным больным одинаково «помогающий». С другой стороны, успех знахарства связан и с отрицательным отношением или с недостаточным вниманием клинической медицины к психотравматизму и связанным с ним расстройством динамического характера. Психогенных симптомокомплексов, ошибочно трактуемых как органические, во всех системах организма б. м., повидимому, больше, чем это может казаться как интернистам, так и хирургам. Имея же преимущественно «органическую» установку на заболевания, клиника в связи с этим игнорирует и психотерапию. Такой больной, получая противоположное лечение, облегчения, естественно, не получает и уходит разочарованным от врача к знахарю, где он иногда, в тех или иных пределах, и получает то, к чему стремится. Страдая динамическим расстройством, он идет с повышенной внушаемостью к новому условному раздражителю — знахарю, который в силу этого бессознательно вызывает полезную для больного реакцию, устраняя т. о. патосимптом. Таким образом происходит процесс бессознательной психотерапии, которую, тут же скажем, нельзя исключить и в гомеопатии, в большей своей части построенной на косвенном внушении. Но врач сознательной психотерапии в таких случаях провести не может, т. к. клиника учила его смотреть на природу страдания под другим углом зрения. От того «чаще бывает, что больного, из-за его психогенных заболеваний, оперируют или лечат всеми химическими и физическими методами, чем чисто органическое принимают за психогенное» (Allers⁷⁶). Не в связи ли с этими недочетами медицинского мышления лежит отчасти одна из причин того кризиса в практической медицине, о котором теперь говорят и пишут как за границей, так и у нас? Нам кажется, что этим недочетом может объясняться и успешный рост психотерапевтов-профанов, лиц различных профессий, занимающихся несистематической психотерапией и действительно приносящих в известных случаях пользу больному.

Таких примитивных психотерапевтов, повидимому, действительно много в Германии, если берлинское психоаналитическое о-во в своих положениях о психотерапевтическом образовании и подготовке врачей высказывает пожелание, чтобы «там, где психотерапией занимаются и неврачи, нужно, чтобы последние предварительно спрашивали совета врача и — еще лучше — консультировались бы с ним в процессе лечения». (Курсив наш — К. П.).

Этот кадр «психотерапевтов», иногда даже общеобразованных и интеллигентных, но профанов в медицине, можно, в отношении клинической медицины, отождествить со знахарями. И они, не будучи врачами, дают облегчение и исцеление определенному кадру больных — невротикам, гесп. патодинамотикам. Т. о. и идет борьба авторитета знахаря с авторитетом врача. Но эта борьба в пользу последнего может закончиться, по нашему мнению, лишь тогда, когда, наряду с поднятием культуры масс, клиническая медицина будет больше учитывать психогению, когда она будет

больше знакома с динамическими процессами, разыгрывающимися в коре мозга, связанной со всеми системами организма, когда клиническая медицина будет обращать внимание не на один только орган, а на весь организм во всем его целом и будет учитывать отношение организма к внешним условным раздражителям, когда, наконец, клиницист будет знаком с рефлекторными механизмами высшей нервной деятельности и играть на этих механизмах на пользу больного *сознательно*, дабы знахарь, в ущерб авторитету научной лечебной медицины, не делал этого *бессознательно*.

Вот при этих вышеочерченных условиях, по-нашему, пойдет к знахарю и к гомеопату меньший процент больных, т. к. психотерапию они получают в поликлинике и клинике, но уже на научных началах построенную.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Что же в итоге дает нам все изложенное на предыдущих страницах? Прежде всего представленные лабораторные данные могут говорить, с одной стороны, в пользу того, что жизнь здорового и больного организма действительно протекает по законам физиологии, установленным в лабораториях Павлова и Бехтерева, а с другой — эти данные показывают, что *слово*, считавшееся чем-то абстрактным и, как орудие «психической» деятельности человека, отделенное от его физического мира, — это слово должно теперь перейти из области «абстракции» в «конкретность» и, в силу своей социальной значимости, занять свое место среди прочих факторов, реально влияющих на организм человека.

Все приведенные данные говорят за то, что словесный раздражитель, как сочетательный, условный, вызывает копию элементарных и сложных реакций на основные, безусловные раздражители. Он обуславливает положительные, отрицательные и извращенные реакции со стороны н.с. в зависимости от вложенного в него содержания, при чем реакции эти при известных условиях могут быть получены со стороны решительно всех отделов как анимальной, так и, в особенности, вегетативной н.с. Так, напр., мы убедились, что слова «засыпайте», «спите» вызывают общий физиологический сдвиг в организме в сторону гипосимпатикотонии, в связи с развившимся «сонным» торможением коры мозга. Кроме того, оказывается возможным тем же словесным раздражителем изменять это состояние в сторону углубления или ослабления его. Мы убедились также и в том, что, действуя на отдельные анализаторы, мы можем вызывать различные, положительные или отрицательные, частичные или общие, реакции, в зависимости от содержания словесного раздражителя. Последним оказывается также возможным вызывать изолированные реакции и со стороны различных отделов вегетативной н.с. Является действительная возможность влиять прямым или косвенным путем на водообмен, углеводный обмен, на состояние голода и сытости, на секрецию желудочно-кишечного тракта, на сосудисто-двигательную и трофическую сферы, на тошнотную и рвотную реакции, на регуляцию теплообмена и, наконец, путем эмоциональным мы можем влиять и на общий обмен веществ, изменяя его в ту или иную сторону. И это является фактом чрезвычайно важным, т. к. реакции со стороны вегетативной н.с. поистине объективны. И т. о. оказывается, что словом можно влиять на все растительные процессы организма. Все это, конечно, дает определенную ценность словесному раздражителю, как лечебному и воспитательному фактору, влияющему на дефекты элементарных и сложных форм поведения нервной системы человека.

Эти же исследования, подчеркивая высокую ценность гипно-суггестивного метода, как научно-исследовательского, указывают на поразительную подвижность, динамичность нервной системы у определенного нормального типа объектов, обнаруживающуюся при известных условиях, повидимому, временно также и у индивидуумов и с другими нормальными типами н.с. Нарушение этой подвижности в ту или иную сторону лежит в основе формирования тех или иных патологических реакций, образуя психоневрозы, гестр. патодинамозы, с разнообразными клиническими картинками со стороны анимальной и вегетативной н.с.

Наряду с этим, приведенные нами лабораторные исследования по гипноусуггестивному методу физиологически освещают вопрос об эмоциях, составляющих существенную часть «души» человека и имеющих огромное, если не единственное, значение в генезе патологических реакций в организме. Физиология эмоций в связи с современным учением о слове и значении среды для жизни человека заставляет более серьезно относиться к т. н. психогенезу, психотравматизму, являющимся внешним источником разнообразных патологических рефлекторных реакций в виде т. н. психоневрозов, с синдромами различного рода и характера, в зависимости от индивидуальных конституциональных особенностей больного. Если эмоциональные реакции являются сочетательно-рефлекторными, то и патология их может быть исправляема тем же сочетательно-рефлекторным путем при помощи условного словесного раздражителя. Физиологическое освещение эмоций может открывать новые пути в решении вопросов не только теоретического, но и практического, в частности профилактического характера. Отрицательные эмоции играют существенную роль в развитии и генезе вредных для всего организма потрясений, что должна учитывать психоневрологическая профилактика.

Если учесть связь коры мозга со всеми системами и со всеми отправлениями организма, а также и влияние слова на функции последнего через кору мозга, то станет ясным, что к учению о слове, как главнейшем орудии психотерапии, должны прислушиваться врачи большинства специальностей. Знакомство с этим учением окажется еще более важным, если принять во внимание, что с ним тесно связано также и учение о той, покоящейся на эмоциях, психогении патологических моно- и полисимптомов в различных системах, которая почти совершенно игнорируется врачами и в особенности интернистами, гесп. гинекологами. Наши наблюдения и опыт нашего диспансера в отношении психогении позволяют прийти к выводу, что как при органических симптомокомплексах мы стремимся прежде всего исключить *lues*, как этиологический фактор, так является необходимым иметь в виду исключение психотравматизма при симптомокомплексах функционального характера и, в особенности, при симптомокомплексах чистых вегетативных и вегетативно-эндокринных.

Все предыдущее позволяет сказать, что представители почти всех специальностей найдут полезное для себя в этом учении о слове.

Останавливаясь прежде всего на подчеркивании значения психотерапии для *психоневролога*, нужно сказать, что это подчеркивание может показаться излишним, т. к. значение психотерапии в лечении психоневрозов давно уже признано. Но, как уже упоминалось вскользь выше, не все методы пользовались равным вниманием со стороны психоневрологов. Та или иная группа последних, признавая какой-либо один из существующих методов, отрицательно и враждебно относились к остальным. Подобного рода дифференцировка подразделила психотерапевтов на «гипнологов», «рационалистов», «психоаналитиков». Этим, конечно, нарушался принцип индивидуализации, и страдали от этого больные. Но физиологические обоснования психотерапии должны разрушить эти «кастовые» перегородки между группами психоневрологов и психотерапевтов и объединить их в одну, проводящих психотерапию на началах «настоящей» физиологии головного мозга. Мы не будем здесь производить критики психоанализа по Freud'у и метода Dubois. Мы скажем лишь, что *все виды психотерапии, в том числе и указанные, должны быть применимы в зависимости от свойства и характера заболевания.* О положительных и отрицательных сторонах каждого из них известно уже давно, и отчасти упоминалось о них и на предыдущих страницах XIV-й главы данной статьи. Мы только лишь подчеркнем здесь, что «психоаналитические» и «рационалистические» доминанты слишком воспрепятствовали рациональной оценке как целесообразного использования гипноидного состояния коры мозга в интересах больного, так и вообще применения «суггестивного» метода лечения. Вышеприведенные клинические примеры, методика «внушения» — элементарного и мотивированного, в бодрствующем состоянии и в гипнозе, — теоретическое обоснование этого метода — все это должно изменить отношение к последнему со стороны психоневрологов.

Приходится считаться с фактами быстрого прекращения реактивных, подчас весьма длительных, патосимптомокомплексов под влиянием лишь двух-четырех сеансов словесных воздействий в гипноидном состоянии. Обратим внимание хотя бы на случаи сложных патологических реакций со стороны полового инстинкта, случаи жел.-дор. и военных травматических неврозозов или, наконец, приведенные случаи реактивных галлюцинаторных и бредовых психопатических состояний, быстро прекращавшихся под влиянием нескольких сеансов, несложных императивных и в большинстве случаев мотивированных «внушений» в гипноидных состояниях. Ведь эти сложные комплексы реакций исчезали так же быстро, как исчезали быстро и приведенные выше несложные, моносимптоматические реакции, освобождая от себя носителей их и превращая, «перерождая» больного в прежнего здорового человека, изменяющего, под влиянием словесного условного раздражителя, отношение как к прошлому, так и к настоящему, а также приобретая полезную для организма «установку» и к будущему. Кривая течения этих заболеваний тождественна с кривыми вышеприведенных случаев диабета, булимии, «неукротимых» рвот. Возможность и реальность изменений этих сложных процессов отношений иллюстрируется как вообще учением об условных рефлексах, так и элементарными экспериментами, изложенными в нашей главе об «извращенных реакциях».

Все это, в связи с клиническими наблюдениями и фактами из жизни, заставляет признать целесообразным использование словесного воздействия наяву, а также и гипноидного состояния высших отделов н. с. для большей продуктивности этого воздействия.

Ведь применяя метод словесного воздействия в гипноидном состоянии, мы не производили ничего необычного. Благодаря естественно существующему в животном царстве защитному состоянию «готовности» реагировать только на строго определенный раздражитель (раппорт), мы в желаемом и нужном для больного направлении воздействуем словом на кору его мозга. Благодаря этому «раппорту», «сторожевому пункту» головного мозга больного, оберегающему в покое находящиеся клетки коры, мы можем призвать к жизни ту или иную группу их, в зависимости от содержания слов раздражителей. И эти клетки всегда готовы реагировать по законам «настоящей физиологии» Павлова или рефлексологии Бехтерева, давая возможность воспитывать таким образом полезные и устранять вредные для организма доминанты. Производя словесное воздействие в гипноидном состоянии, мы не производим ничего биологически противозаконного и не идем в разрез с обычными, самостоятельно проявляющимися, но не всегда на пользу организма, процессами «психической» жизни. В гипноидном состоянии лишь искусственно и сознательно воспроизводятся природные процессы и сознательно вводятся поправки в нарушенном механизме реакций на внешнюю среду, помогая т. о. нервной системе справиться с трудными задачами тогда, когда этого она не может сделать самостоятельно и когда в бодрствующем состоянии сделать тоже не представляется возможным. Успешность «гипносуггестивной» терапии служит доказательством этого. Особенно ярко это подчеркивается в области лечения *алкоголиков*, где этот метод является основным и существенным, все же остальные могут играть роль лишь вспомогательных лечебных средств.

Останавливаясь далее на значении словесного воздействия, геср. психотерапии, для невролога, скажем, что и в психоневрологии наблюдаются еще заболевания чисто динамического характера, трактуемые, как органические, психогенез которых ускользает от внимания врача. Наряду же с этим, как известно, зачастую имеются и функциональные надстройки при органических заболеваниях, которые могут быть устраняемы только словесным вмешательством. Последнее, вскрывая психотравматизм, может облегчить положение стоящих часто в большом затруднении даже очень опытных психоневрологов при решении дифференциально диагностических задач.

В частности, психотерапия, и в особенности «гипносуггестивная», может оказать помощь в освещении вопроса о природе таких страданий, как, напр., «*эпилепсия*», которую, б. м., нужно рассматривать не как нозологическую единицу а как реактивный синдром на различные вредности эндо- и экзогенного характера, среди

еих психотравматизм играет немаловажную роль. Об успешности применения психотерапии в некоторых случаях «эпилепсии» говорят как данные литературы (Wet-terstrand, Forel, Токаревский, Под'япольский¹²⁵), Тер-Аветисов¹²⁶), Гоциридзе¹²⁷), так и наши с нашими сотрудниками наблюдения. Особенно интересными представляются результаты словесного воздействия при судорогах эпилептического характера в детском возрасте, где affect-epilepsia Bratz'a встречается чаще, чем у взрослых. Более смелое вторжение психотерапии в широкую область эпилептических реакций может быть весьма полезным не только с практической, но и с теоретической стороны. На основании фактических данных мы можем судить, что психотерапия поможет сузить круг генуинных эпилептиков и разместить их в ряды других групп «эпилепсии», о чем мы имели уже случай высказываться¹²⁵). О необходимости должной оценки психотравм у эпилептиков и о целесообразности применения в известных случаях эпилепсии говорил и проф. Хорошко¹²⁸) в своем докладе на 1-м всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в Москве в 1927 г. Вообще нужно сказать, что реактивные гиперкинезы (а по немецким авторам иногда и органические) хорошо поддаются влиянию словесного воздействия в гипнотическом состоянии. Массовое наблюдение, сделанное нами в Психоневр. II-те с д-ром А. П. Прусенко¹²⁹) над детьми с реактивно-судорожными синдромами, говорят за то, что в этих случаях «гипноз-отдых» у детей с соответствующим словесным воздействием может оказывать благотворное влияние. Нам приходилось также неоднократно убеждаться в целесообразности психотерапевтического вмешательства не только при психотравматической, реактивной, но и при *инфекционной хорее*, когда психотерапия в форме словесного воздействия в гипноидном состоянии успешно применялась нами симптоматически, вспомогательно, благотворно влияя как на двигательную, так и на психическую сферы.

Не останавливаясь на подробном разборе значения психотерапии и направлении ее применения в психоневрологии, скажем лишь, что *детская психоневрология* должна явиться благодарной областью для продуктивного применения психотерапии во всех ее видах. Невротические состояния, реактивные психозы и моральная дефективность могут быть предметом психотерапевтического воздействия, и особенно полезными с нашей точки зрения оказывается тут словесное воздействие именно в гипноидном состоянии. Некоторые педиатры высказывают опасение, что гипносуггестия причиняет вред «детской душе» и, рекомендуя гипновнушение, проявляют при этом нерешительность и чрезмерную осторожность. Мы этого совершенно не разделяем. Физиология гипноза, внушения и, наконец, наблюдения исключает все это. Мы считаем допустимым более широкое и более смелое применение гипносуггестии в детской психоневрологии в известных случаях.

Точно также применение психотерапии и в *психиатрической* клинике должно быть поставлено более широко и более смелое. Укажем, что реактивные психозы и «истерические» психопатические состояния могут быть предметом словесного воздействия и притом именно в гипноидном состоянии. У нас уже накопилось достаточно материала, чтобы говорить об этом и убедиться, что эта форма психотерапии может резко укорачивать срок течения болезни, а зачастую и сразу купировать ее. Скажем, что и сумерочные реактивные состояния сознания не служат зачастую препятствием для установления контакта с б-м и усыпления его. Наши наблюдения дают возможность предполагать то, что известный, хотя бы и незначительный, процент такого рода больных мог бы и не доходить до психиатрических больниц. Современная физиологическая трактовка механизма развития этих психозов оправдывает подобного рода терапевтическое вмешательство. Добавим ко всему этому, что проф. А. В. Гервер⁴³) получал положительные результаты от применения и в депрессивных фазах ман.-депр. психоза словесного воздействия в гипноидном состоянии, действуя симптоматически, и притом не только на общее состояние, но и на бредовые идеи.

Все больше и больше накапливающиеся факты и рефлексологическое учение позволяет более смело и более широко применять психотерапию во всех ее видах и при более глубоких страданиях соотносительной деятельности человека.

Касаясь, в частности, применения «гипносуггестивной» терапии в психоневрологии, нужно сказать, что изложенный на этих страницах взгляд на механизм развития определенной группы психоневрозов и на значение слова говорит за то, что «лечение внушением» наяву или в гипнозе не может являться только симптоматическим и стоять в таких узких границах применения его, в каких оно ставится обычно. Приведенный в предыдущих главах клинический материал показывает, что *мотивированное в гипноидном состоянии словесное воздействие при ясной причине патореакций может иметь значение каузальной психотерапии*, избавляя больных навсегда от тягостных реактивных моно- и полисимптомов, потерявших биологический смысл для индивидуума. Сеченов - Павлов - Бехтеревское учение и учение о доминанте проф. А. А. Ухтомского, современное учение об эмоциях дают достаточно оснований для объяснений этого, и успехи психотерапии подтверждают правильность подхода к генезу психоневрозов с этой физиологической стороны.

Физиологическое освещение психотерапии заставляет нас частично не соглашаться со многим тем, что высказывается нашими уважаемыми зарубежными коллегами в отношении психотерапии вообще и в частности в отношении гипноза и внушения. Лечение словом при хотя бы слабой заторможенности коры головного мозга заслуживает значительно большего внимания, чем это имеется сейчас. Этот метод, являясь наиболее действительным при реактивных состояниях, оказывается и наиболее требуемым жизнью в связи с распространенностью последних, будучи в то же время менее сложным, а потому и более доступным, чем другие.

Германский проф. Nonne¹⁴⁰⁾, как известно, оценил гипносуггестивный метод в полной мере во время европейской войны, что заставило германских психиатров во главе с проф. О. Bumke¹⁴¹⁾, подчинившись фактам, резко изменить в положительную сторону взгляд на этот метод лечения и считать его важнейшим в лечении истерических военных неврозов. Нашему военно-санитарному ведомству необходимо обратить серьезное внимание как на этот метод, так и вообще на широкую организацию психотерапевтической помощи военным невротикам. И нужно сказать, что этот вопрос уже детально разработан в Германии еще в период 2-й половины европейской войны, нами же в этом отношении сделано очень мало, почти что ничего.

В бывшем отрицательном отношении к гипнозу и гипносуггестивной терапии в Германии большую, если не главную роль играли умозрительные соображения в отношении гипноза известного германского психолога W. Wundt'a. Авторитет последнего явился надолго для большинства германских психоневрологов могучим условно-тормозным раздражителем, создав т. о. внушенную отрицательную установку на гипноз и решительно на все, что связано с ним. *Magister dixit!* — и это «M. d.» создало извращенную реакцию по отношению к действительным явлениям. И нужны были чрезвычайной силы реальные, связанные с ужасами войны, факты, чтобы устранить так долго длившееся отрицательное влияние слов авторитета, явившихся для многих источником научных заблуждений.

В католических государствах гипнотерапия прививается с трудом. И это не удивительно, т. к. известно, что гипноз, как подрывающий религиозные основы, проклят папой римским. И если во французской армии не применялась гипнотерапия, то, очевидно, не только по научным соображениям...

Психогения, патодинамика и психотерапия должны быть предметом особого внимания у *интернистов*. Известно подчас весьма затруднительное положение последних при диагностировании характера заболевания, когда оно в основе своей имеет не органический, а динамический процесс, давая ложную картину органического страдания. Отсюда неизбежная ошибочность диагноза и неправильность примененного метода лечения. Учет психогенеза и динамики б. м. в значительной степени облегчило бы положение врача-интерниста в «запутанных» случаях, а с другой стороны, поставило бы на правильный путь лечение «определенных», «ясных», но не поддающихся лечению случаев. Часто при такого рода «органических» заболеваниях внутренних органов показанными являются не курорт, не физиотерапия или фармакотерапия, а словесная терапия. И нужно сказать, что выдающиеся старые представители внутренней медицины, — на Западе Rosenbach, Möbius, Strempell и др., а у нас С. П. Боткин, Снегирев, — первые подчеркнули роль и значение психогенных процессов в патологии внутренних органов, а вместе с тем и психического лечения их. И не удивительно, что родоначальником рациональной психотерапии оказался не кто иной, как талантливо-наблюдательный интернист Rosenbach¹⁴²⁾, являясь т. о. предтечей известного

психотерапевта бернского психиатра проф. Dubois. Но, к сожалению, к голосам вышецитированных интернистов мало прислушивались и только в последнее время начинают вновь обращать необходимое внимание на психогению и психотерапию болезней внутренних органов. Особенно отмечается это направление у германских терапевтов, как на их последних съездах, так и в ряде статей книги О. Schwarz'a⁷⁶), в которой не только представители этой специальности, но и других, найдут для себя полезные и ценные сведения.

Мы особенно подчеркнем здесь значение «психических» факторов и роль психотерапии, как вспомогательного средства в области *легочных-туберкулезных страданий*. Работа в тубсанатории одного из сотрудников нашего психотерапевтического отделения д-ра Р. Я. Шлифер указывает на отрицательное влияние расстройств невропсихического тонуса на тbc-процесс и благотворное значение психотерапии, исправляющей этот тонус и положительно влияющей на функции вегетативной н. с. И нам кажется, что дальнейшие исследования и наблюдения в этом направлении должны будут заставить признать необходимость как обязательного применения психотерапии в тубсанаториях и иметь в последних психотерапевтов, так применение самими больными самовнушения. Интернистам, повидимому, необходимо учитывать и эмоциональное состояние при выкачивании желудочного сока, которое у иных может оставаться не без влияния на состав последнего, как это показали цитированные исследования.

Психогения и психотерапия в *гинекологии* и их значение в последней, подчеркнутое германскими гинекологами во главе с Лірманн'ом¹⁴³), а у нас преимущественно прив.-доц. Моск. у-та В. Г. Диком^{107—111}), прив.-доц. Ленингр. у-та Федоровым и д-ром А. П. Николаевым¹¹²) указывают на необходимость знакомства с этими областями и гинекологам, т. к. в области малого таза весьма нередко встречаются психовегетативные реакции, дающие ложные картины «органических» страданий.

Необходимо усвоить значение слова в *акушерской* практике, где, с одной стороны, при неукротимой рвоте словесное внушение оказывается могучим и чуть ли не единственным лечебным фактором, а с другой, словесное обезболивание родового акта и *устранение страха и волнений беременной пред ожидаемыми родами может играть, с нашей точки зрения, профилактическую роль, обеспечивая нормальное развитие плода уравновешенным, положительным эмоциональным тонусом будущей матери*. Отсюда вытекает необходимость знакомства с психогенией и психотерапией не только врачам-акушерам, но и акушеркам.

Хирурги уже начинают оценивать спокойное, уравновешенное душевное состояние больного в предоперационный период, и здесь соответствующие психотерапевтические, особенно гипносуггестивные, приемы могут быть весьма полезными, и создание институты сестер-утешительниц в американских хирургических больницах физиологически оправдывается и достойно подражания. Возможность применения в некоторых случаях чистого словесного «наркоза» в гипнозе или почти во всех случаях гипно-наркоза (смеси слова с химическим наркотизирующим) — все это обязывает и хирурга быть знакомым со словом, как физиологическим фактором*).

Не нужно говорить о понятной необходимости знакомства с учением о слове для *педиатров*, объекты которых обладают легкой внушаемостью, и у которых прямое и косвенное словесное воздействие наяву и во сне принесло бы большую пользу, чем об этом думают.

Скажем, что и в *урологии* и, особенно, *дерматологии, отиатрии и офтальмологии*, клиника которых также богата психогениями, мало улавливаемыми специалистами, учение о слове явится необходимым для представителей и этих дисциплин.

Одним словом, нет той специальности, где бы врач не мог использовать своего слова на пользу больного. И действительно, близка к истине мысль, высказанная

*) Положительное значение и роль у постели хирургического больного во всех трех периодах жизни его в хирургическом отделении освещены в статье д-ра хирурга С. М. Берга¹⁴⁴), применившего словесное внушение в хир. Симф. кл. (проф. М. М. Дидерике), а также д-ром Щеголевым в хирург. клин., проф. Гальперна в Днепрпетровске.

на II-м съезде германских психотерапевтов в 1926 г. д-ром Eliasberg'ом: «Психотерапия вновь призвана объединить все медицинские дисциплины». Да иначе и быть не может, ибо психотерапия построена на динамике коры головного мозга, связанной со всеми клетками сомы. Из всего здесь изложенного вытекает, что с современной физиологией мозговой коры и с разыгрывающимися в последней динамическими процессами должен быть знаком *каждый врач*, ибо нет той области, где бы не могло сказаться влияние головного мозга, сочетательно-рефлекторные процессы которого могут быть источником динамических, resp. функциональных заболеваний различных органов и систем. Точное же знакомство с физиологией определит и правильный подход к больному и правильность выбора того или иного метода психотерапии. На основании наших клинических наблюдений и результатов психотерапевтического воздействия, мы решаемся сказать, что только эта современная физиология головного мозга, основанная на данных лабораторий школ Павлова, Ухтомского и Бехтерева, может научно осветить высокое значение созданной вокруг больного атмосферы, усиливающей влияние слова. Эта физиология позволит понять, что создание «готовности», «установки», «тенденции» н. с. больного реагировать в определенном направлении необходимо для достижения максимального успеха психического воздействия на больного и урегулирования расстроенной динамики коры мозга. Этой же физиологией ставятся и другие, более широкие задачи. Нужно чтобы у населения и на психотерапию была бы такая же «установка», как и на другие методы лечения — курорты, электро-водолечение и проч., — нужно, чтобы и в этом отношении среда помогала больному, а не мешала бы ему получать зачастую единственно полезный для него метод лечения. Тогда и алкоголика легче будет излечить, быстрее излечить можно будет роженицу от болей, у беременной прекратить рвоту и т. п. Необходимо с этим считаться медперсоналу, дабы этим избежать невольной и неумышленной «отрицательной» психотерапии, и в этом будет выражаться частично и профилактическая работа врача. Соответствующая атмосфера, напр., в хирургическом или родильном отделении будет усиливать значение слова, как лечебного фактора. С положительной установкой всего медперсонала той или иной больницы на словесное обезболивание, можно получить значительно больший процент успешного применения этого безвреднейшего вида наркоза, чем в больнице с противоположно настроенным медперсоналом. С нашей точки зрения, никак нельзя согласиться с теми, кто утверждает, будто словесное внушение в акушерстве или хирургии может применяться лишь в исключительных случаях, т. к. не все — де поддаются внушению в равной мере. Но тут — то и вырисовывается важность для больного окружающей среды, значение которой для н. с. может быть изменено словом, являющимся также элементом той же внешней среды, как это и показано нашими исследованиями, особенно в главе об извращенных реакциях. Все условно, все построено на динамике, а психотерапия в особенности! Из всего этого естественно рождается вывод о необходимости знакомства не только врачей, но и всего медперсонала с «психическим» воздействием окружающей среды на больного, с психотравматизмами и с учением о слове... В клинических отделениях необходима психотерапевтическая дисциплина!

Издавна известно, что каждый врач является прежде всего психотерапевтом, бессознательно, интуитивно применяющим упрощенную, элементарную, прямым и косвенным путем применяемую, психотерапию, которая, как говорит проф. Р. А. Лурья¹⁴⁵⁾, «в той или иной форме проходит красной нитью через всю историю медицины». Но в применении ее не было ни научного подхода, ни достаточной оценки ее. Многими она игнорировалась совершенно, не исключая и психоневрологов, не говоря уже о представителях других медицинских дисциплин. А жизнь между тем стала предъявлять свои требования и в этом направлении. Повидимому, недалеко то время, когда применять психотерапию будет дано право не только психиатрам или невропатологам. И если привилегия в этом отношении была дана психоневрологам, то это связано лишь с господствующими взглядами спекулятивной эмпирической психологии с ее туманными освещениями «сложной» и «трудно-понимаемой» «душевной» сферы

человека. Предполагалось, что в тайники здоровой и «больной души» может проникать лишь философ, психолог, психиатр... Этот подход к высшей организации человеческого существа определял и соответствующее отношение ко всему, что связано с «душой» и ее болезнями. Психогения не учитывалась не только интернистами, гинекологами и проч., но и невропатологами, в большинстве своем являющимися чистыми «органиками», а в связи с этим было соответствующее негативное, а в лучшем случае — скептическое отношение к психотерапии. Всем этим и объясняется отсутствие психотерапии в цикле медицинского образования. Об этом пробеле начинают уже говорить. Но первыми заговорили опять таки не психоневрологи, а представители других медицинских дисциплин. «Психическое воздействие на больного, говорит казан хирург проф. Боголюбов¹⁴⁶), очень мало учитывается врачами в их повседневной практике. А между тем, значение психотерапии не только в медицине вообще, но и в хирургии, огромно, и кажется странным, как об этом мало говорится, как об этом мало мы слышим. Кто из нас слышал в клиниках что-либо о психологии больных, страдающих соматическими заболеваниями, в каких клиниках нам уясняли все важное значение психотерапии при внутренних и хирургических заболеваниях? Мы этого не слышали и не слышим или почти не слышим». (Курсив наш — К. П.).

Дуалистическое мировоззрение, субъективная психология — вот что мешало поставить на твердую почву учение о психогении и психотерапии и обеспечить преподавание последней. И пока решение вопроса о психогенных заболеваниях человека и психотерапия не будут базироваться на физиологии, до тех пор в этой области не будет единства взглядов. Мы уже указывали, что физиология нормальная и патологическая являются основой медицинских знаний. Без этой основы не сможет быть воспринята и изучена врачами патология высших нервных, «душевных» процессов и не сможет быть принята и усвоена психотерапия. Поэтому и не «уяснили» все важное значение психотерапии при внутренних и хирургических заболеваниях», поэтому «мы этого не слышали и не слышим» (Боголюбов), ибо «врачу нечего было делать в метафизической теории познания и умозрительной психологии» (Лурия). Но современные завоевания физиологии, resp. рефлексологии, и материалистическое воззрение на нервно-психические процессы обеспечивают успех продуктивного изучения психогений, психоневрозов и методов психотерапии. На путь физиологического обоснования расстройств высшей деятельности н. с. и лечения их становятся представители нашей психоневрологии, являющиеся последователями школ как акад. В. М. Бехтерева, так и акад. П. П. Павлова, — проф. М. М. Ассатиани, проф. В. М. Гаккебуш, проф. А. Г. Иванов-Смоленский, проф. Ю. В. Каннабих, проф. А. К. Ленц, проф. В. П. Протопопов, А. П. Ющенко проф. Г. П. Зеленый и мног. друг. И в настоящее время психотерапия, как научная дисциплина, базирующаяся уже на физиологии (см. преимущественно работы Бехтерева и его школы, а также работу д-ра Перепеля¹⁴⁷), станет в ряду научно-обоснованных методов лечения, признанных официальной медициной. Мы считаем необходимым преподавание психотерапии также в связи с полным отсутствием у студентов и молодых врачей сознания важности умелого подхода к больному и значения «психического» на него воздействия. К сожалению, школа не заботится о выработке соответствующих врачебных «душевных» качеств, которые иными выносятся из утробы матери с тем, чтобы «интуитивно» считаться с «душою» больного. Но школа обязана позаботиться и об этом.

Необходимость знакомства всех врачей с психотерапией может с нашей точки зрения диктоваться соображениями, связанными также и с вопросом о *знахарстве*, борьба с которым может быть основана и на психотерапевтическом образовании врачей. Знахарское лечение травами вылилось в научную фармакотерапию, бессознательная же элементарная знахарская психотерапия должна будет вылиться в научную психотерапию, с которой, как и с фармакологией, обязан быть знаком каждый врач. Тут же скажем, что на этом же психотерапевтическом образовании может быть построена борьба с увлечением *гомеопатией*, успех которой должен покоиться также на косвенном внушении, resp. условно-рефлекторном процессе.

Из всего сказанного становится очевидным, что постановка медообразования должна быть таковой, чтобы учащийся в вузе мог бы приобрести необходимые для этого сведения, с целью приобретения права на применение того или иного вида психотерапии в пределах своей специальности, наряду с данным дипломом правом пользоваться всеми другими методами лечения. Но если врач не сможет лично применить того или иного метода психотерапии, то он, «по аналогии со специальными хирургическими операциями, обязан быть знакомым с положениями и общими техническими сведениями, чтобы иметь возможность дать своим пациентам правильный совет» (Кречмер¹⁴⁸).

Вопрос об исключительном праве психоневрологов владеть методами психотерапии должен быть пересмотрен, и мы вполне разделяем мнение prof. O. Bumke¹⁴⁹, Hamburgera¹⁵⁰), высказывающихся в том смысле, что невропатологи берут на себя *ненужную привилегию* в вопросах психотерапии.

— «Не думайте, однако, что я, говорит психиатр O. Bumke, — желал бы сохранить психотерапию больных только для нас, невропатологов, или же, что я считаю, что мы во всяком случае должны в ней больше разбираться. Психотерапией должен заниматься всякий, желающий быть врачом, а не ремесленником».

Учение о сочетательных рефлексах, физиологическое обоснование психотерапии и, наконец, знакомство с механизмом развития патосимптомов позволяет в соответствующих случаях легко и сознательно каждому врачу применить положительную психотерапию, взамен бессознательной «отрицательной», «ятрогенетической».

О значении и продуктивности изучения физиологически обоснованной психотерапии и преподавания ее даже в форме краткого элементарного курса, читавшегося мною студентам Харьк. Мед. Ин-та, можно судить на основании деятельности на периферии молодых врачей, представивших ряд соответствующих дипломных работ из области применения ими словесного воздействия наяву и в искусственно вызванных дремоте или сне. Как в этих работах, так и в отдельных сообщениях с мест — журнальных и пишущихся у меня в обилии письменных — выясняется, какую огромную пользу, и притом в довольно большом масштабе, может принести врач на периферии и преимущественно на селе, раз он знаком с учением о слове, как сочетательном раздражителе и лечебном факторе, не будучи в то же время квалифицированным психоневрологом. И, вопреки существующему мнению, никто из них не нанес и тени вреда своим пациентам.

Нельзя не упомянуть, что из этих же сообщений с мест и личных бесед с коллегами приходится еще больше убеждаться в нецелесообразности и ненужности изданной для РСФСР инструкции, стесняющей и осложняющей оказание гипносуггестивной помощи врачами. Еще больше пришлось убедиться, что теряют от этого больные и страдает авторитет врача и метода лечения^{*)}. Успех же врачебной деятельности находится в теснейшей зависимости от этого авторитета и установки на него динамичной коры мозга больного. Из адресованных мне писем как врачей, так и больных видно, что многие больные лишаются возможности получить облегчение необходимым для него методом, являющимся запретным. Мне также известны случаи и конфликтов между врачами, главврачами, здравотделами в связи с попытками применения суггестии и гипносуггестии. Путаница в понятиях о гипнозе и внушении является источником печальных недоразумений. Многие врачи, после ряда успешного применения гипносуггестии, перестали вообще оказывать какую бы то ни было психотерапевтическую помощь, из боязни «как бы не заподозрили в применении гипноза»...

Итак, из всего сказанного не вытекает ли необходимость в постановке вопроса о преподавании психотерапии на медицинских факультетах? Если учение о физиологическом влиянии на организм ряда веществ породило фармакологию и фармакотерапию с обязательным преподаванием их, то учение о слове, *логология и логотерапия*, также физиологически обоснованные, не заслуживают ли того же самого к себе внимания?

Заканчивая освещение вопроса о слове, как о физиологическом факторе, мы можем сказать, что слово есть действительно реальная сила, требующая осторожного и умелого с собой обращения, и пределы действия этой силы нам в настоящее время еще неизвестны. Говоря же о слове, как о лечебном факторе, мы можем задаться вопросом, не будет ли подходящим следующее подразделение психотерапии. Психотерапия, направленная на устранение лишь патосимптомов при соматических или психоневротических страданиях,

^{*)} См. по этому вопросу нашу статью «Врачи и гипноз»¹⁵¹), написанную по поводу инструкции, а также наш по этому поводу доклад на I съезде неврол. и псих. в Москве 1927 г.¹⁵¹)

а также на устранение психоневротических элементарных и сложных реакций при ясном генезе их, — такая психотерапия может быть определена, как *малая*, или *логотерапия*, в параллель фармакотерапии, гидротерапии, фототерапии и проч., подчеркивая этим, что слово является, как говорит проф. Ю. В. Каннабих, таким же раздражителем, как вода, свет, электричество и т. д. Применение этой терапии может быть доступным для каждого врача, знакомого с современным учением о механизме психических процессов, гср. физиологией головного мозга, с психотравматизмом и учением о слове, как не безразличном для человеческого организма раздражителе. К *большой* психотерапии нужно отнести те методы, которые требуются при более сложной структуре и генезе патологических нервных реакций и когда необходимо более глубокое изучение личности с ее осложнившимися в течение жизни высшими механизмами. Сюда относим мы психоанализ, убеждение по методу Dubois, перевоспитание, психагогику в широком смысле этого слова. Конечно, эта психотерапия может быть продуктивной у специально подготовленного психоневролога, психолога и даже, скажем, у современного рефлексологически образованного педагога.

«Малая» и «большая» психотерапия составляют научную или *высшую* психотерапию. Но есть и другая, веками существующая психотерапия — *ненаучная*, которая в противовес научной может быть названа *низшей*. Сюда можно отнести такие общепринятые приемы, как утешение, «лечение добрым словом», отвлечение, развлечение, перемена обстановки, скрытое внушение, бессознательно применяемое. Мы считаем, что к этому подвиду психотерапии можно отнести и метод Куэ в той форме, как он применялся автором его, а также и знахарство с его скрытым и прямым внушением в основе своей. Сюда же мы отнесем и гомеопатию.

Изучение научной психотерапии покажет, что все существующие методы ее — внушение наяву и в гипнозе, убеждение, психоанализ — имеют, с научной точки зрения, право на существование и что «психологические» перегородки, существовавшие между ними, уничтожаются физиологией. Каждый врач должен быть знаком со всеми доступными ему методами лечения для широкого проведения в жизнь принципа индивидуализации лечения. Применяя же, в частности, логотерапию и зная значение слова в жизни организма, он будет пользоваться также и этим словом, действуя им на кору мозга при различных — «бодрствующем» и «сонном» — состояниях ее, в зависимости от случая и от большей или меньшей своей подготовки и склонности к тому или иному методу. И свою психотерапию врач будет строить не на принципе обращения *ad rationem* больного («рациональная» психотерапия Dubois), но на почве разумного обосновывания ее на началах естествознания. Психотерапия будет тогда действительно рациональной.

В заключение мы считаем необходимым выставить следующие *положения*.

1. В цикле медицинского образования необходимо большее обращение внимания на функциональные заболевания н. с. и выделение специального курса учения о психоневрозах.

2. Клиницистам всех специальностей необходимо обращать больше внимания на психотравматизмы, психогению и связанные с ними расстройства чисто динамического характера, устранение и исправление которых может быть лишь при помощи психотерапии, гср. логотерапии.

3. Психотерапия является реальным методом лечения, так как ее орудие, слово, есть реальный раздражитель, вызывающий физиологические изменения в организме через кору мозга.

4. Психотерапия исправляет нарушенные динамические процессы высшей нервной деятельности. Она помогает организму приспособляться к внешней среде, устраняя вредные для него реакции и создавая полезные.

5. Все методы и виды психотерапии: а) элементарное, утвердительное, императивное словесное воздействие (собственно внушение) наяву и в гипноидном состоянии, б) сложное мотивированное, словесное воздействие (убеждение, разъяснение) наяву и в гипноидном состоянии, в) короткий психокатарсис Breuer'a, г) широкий

психоанализ, по Freud'у — все они в одинаковой мере научно обоснованы и имеют, с научной точки зрения, законное право на существование.

6. Успех того или иного, целесообразно примененного, метода психотерапии находится в зависимости от невропсихического состояния больного в момент лечения, от типа его нервной системы, от тенденции, установки, готовности н. с. б-го реагировать в определенном направлении, а также, в известной мере, и от среды, окружающей больного в периоде лечения.

В развитии «установки» и «готовности» имеет значение личность врача во всем ее целом и, в частности, отношение его к делу психотерапии и к больному.

Качественный в этом смысле состав медперсонала в психотерапевтических отделениях — амбулаторных и стационарных — определяет продуктивность работы этих отделений. Это нужно иметь в виду при организации этих отделений.

7. Каждый врач обязан быть знаком с психотерапией и каждый врач должен обладать правом применения ее в пределах своей специальности.

8. В связи с тем, что очень большой кадр невротиков может получать облегчение и излечение только путем психотерапии, *необходима широкая организация психотерапевтической помощи населению в форме поликлинических амбулаторий и стационаров с соответствующим персоналом.*

9. Всем этим диктуется необходимость преподавания психотерапии как на медфаках, так и на врачебных курсах.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. Акад. В. М. Бехтерев. Об'ективная психология. 1912.
2. Д-р И. С. Питович. Русский физиологич. жур. 1918.
3. Акад. В. М. Бехтерев и В. Н. Мясищев. Труды «Гимз'а». 1928, Ленинград.
4. Д-р А. П. Карпинский. Обзорение псих. и неврол. 1901. Основы учения о функц. мозга.
- Бехтерева.
5. Д-р К. М. Быков. Труды 2-го и 3-го съезда физиологов. Т. VI, стр. 116.
6. Д-р Н. А. Подкопаев. Труды физиол. лаб. акад. И. П. Павлова. Т. I, в. 2-3. 1926.
7. Д-р В. А. Крылов. Павловский юбилейный сборник.
8. Prof. S. Metalnikow et Snorine 1) Ann. Inst. Pasteur, 1927 t x l. 2) La presse medicale. 1928, № 101.
9. Н. А. Подкопаев. Доклад на III съезде физиологов в Москве, 1928 г.
10. Акад. В. М. Бехтерев. Обзор. псих. 1914, № 10-12.
11. Д-р В. Васильева. Обзор. псих. 1913, № 4-5.
12. Проф. А. К. Ленц. 1) Новые идеи в медицине. Сбор. № 4, 1924 г. 2) Высшая рефлекторная деятельность при пр. пар. 1928. Минск.
13. Проф. В. П. Протопопов. Доклад в Инст. по изуч. мозга, 1921.
14. Д-р К. И. Платонов. Диссертация. 1912.
15. Харьк. Мед. ж. 1915 г.
16. Акад. В. М. Бехтерев. Вестник психологии, 1910. Об'ективная психология. 1912.
17. Акад. В. М. Бехтерев и д-р Н. М. Щелованов. Новое в рефлексологии. Госизд. 1925.
- Доклад 1919.
18. Акад. В. М. Бехтерев и д-р В. Н. Мясищев. Труды «Гимз'а». 1926.
19. E. Weber. Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper. 1910.
20. Д-р А. Ф. Лазурский. Обзор. псих. и неврол. 1901.
21. и д-р Э. А. Гизе. Обзор. псих. и неврол. 1900.
22. Акад. В. М. Бехтерев и В. М. Нарбут. Обзор. псих. и неврол. 1902.
23. Прив.-доц. В. В. Срезневский. «Гипнотизм и внушение». Петроград.
24. D-r A. Moll. Гипнотизм. 1912, изд. Риккера, перев. с нем.
25. Проф. Verwoegh. Механика душевной жизни. Пер. с нем.
26. Проф. В. Я. Данилевский. Гипнотизм. Харьков, 1925.
27. Проф. Форель. Гипнотизм и лечение внушением. 1911 и 1928. Пер. с нем.
28. D-r Löwenfeld. Der Hypnotismus. Wiesbaden, 1901. Гипнотизм и его техника. 1928, пер. с нем. с пред. проф. К. И. Платонова.
29. E. Tröschel. Гипнотизм и внушение. Берлин. 1923. Пер. с нем.
30. А. Бронфельд. Гипноз и внушение. 1925 и 1927. Пер. с нем. Госизд.
31. Д-р Б. Н. Бирман. Экспериментальный сон. Диссерт. 1925. Сон и гипнотизм. 1927, изд. «Моск. раб.».
32. Акад. В. М. Бехтерев. Мозг и его деятельность. 1928.
33. Акад. В. М. Бехтерев. Современная психоневр. 1925.
34. Проф. Перна. Сон и его значение. 1924.

35. Проф. А. К. Левиц Природа. 1927.
36. Д-р А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиол. освещ. 1927. Киев.
37. Проф. В. П. Протопопов Укр. вест. реф. 1925, № 1.
38. Проф. Л. Л. Васильев. Новое в рефлексологии. 1925.
39. Проф. Schultz. Психотерапия. Берлин. Изд. «Врач», перев. с нем. X
40. D-r Lenk. D. M. W. 1920.
41. D-r Deutsch u. Kauff. Z. f. d. exp. Med. 1923.
42. D-r Kirschenberg. Zentrbl. f. d. g. N. u. Ps. XLI. 1925, реф.
43. Проф. А. В. Гервер. Максимилиановский юбилейный сборник 1925 г.
44. D-r Heilig u. Hoff. Kl. W. 1925, № 46.
45. Prof. Glaser. Kb. W. 1924, № 33.
46. Demole. Revue Neurologique. 1927, № 6. Congrès.
47. Хрестомат. сборник «Физиология сна» под ред. д-ра Богорала. Госизд. 1928.
48. Проф. Иванов-Смоленский «Врач. дело», 1928, № 3. +
49. Шильдер и Каудере Гипнотизм. Госиздат, 1928.
50. Szulczewski. Zentrbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1925. Bd. XLI, H 7-8, реф.
51. Дж. Джонсон. Как бороться с нашими нервами. Госизд. 1926.
52. Проф. А. А. Ухтомский. Новое в рефлексологии и физиол. н. с. Ленингр. 1926, вып. 2.
53. Д-р Петров и Ломидский. Новое в рефлексологии и физ. 1926.
54. А. Кроуфелд. Гипноз и внушение. Пер. с нем. 1927.
55. Prof. H. Marcus u. d-r E. Sahlgreen. Mün. Med. W. 1925, № X.
56. D-r Gessler u. Hansen. D. Arch. f. Kl. Med. 1927.
57. Акад. И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушар. XXIII - я лекц.
58. Hoff u. Wergmer. Kl. Woch. 1928, № 8.
59. Проф. Дежерин и д-р Гоклер. Функциональное проявление психоневрозов. Перев. с фр. 1912.
60. Проф. Zondek. Болезни эндокрин. жел. 1925.
61. Хек-Тьюк. Дух и тепло. Пер. с англ. 1904.
62. Ch. Féfé. La pathologie des émotions. 1892, стр. 244.
63. Prof. Glaser. Med. Klin. 1924, № 16.
64. Д-р П. П. Истомин и студ. П. Гальперин. Укр. вестник рефлексологии. 1925, № 2.
65. Проф. Завадский. Павловский юбилейный сборник. 1925 г.
66. Д-р Лобач. «Врач. газ.», 1928, № 17.
67. Д-р А. А. Топильский. Мед. мысль. Узбекистана. 1928/9, № 2.
68. Д-р Иоффе. «Врач. дело», 1929 № 12.
69. Audebert et Deleas. Казан. мед. журн. 1927, № 6 - 7, реф.
70. Heller u. Schultz. Münch. med. Woch. 1909, № 41.
71. П. П. Подъяпольский. Труды Саратовского О-ва естествоисп. Т. IV, в. 2, 1903 — 1904.
- Журнал им. Корсакова, 1909, № 1 - 2.
72. Donate Smirnoff. Revue de l'Hyg. 1909, № 6.
73. Д-р И. С. Сумбаев. Сибирский архив клин. мед. 1928 т. III, кн. 4.
74. Д-р В. А. Бахтияров. Клин. журн. Сарат. II - та. 1928, № 3.
75. Д-р Б. А. Токарский. Сарат. вестн. здравоохр. 1925, № 1 - 2.
76. O. Schwarz. Psychogenese u. psychotherapie körperlichen Symptomen. 1925. Статья Strandberg'a.
77. D-r Bünnemann. Zeit. f. d. ges. N. u. Ps. 1924. Bd. 88.
78. R. Mohr. Münch. m. W. Bd. 61.
79. Kohnstamm u. Eichelberg. Zeit. f. Nervenhe. Bd. 68/69. 1921.
80. Прив.-доц. Stomffenberg. «Психотерапия», № 4.
81. D-r Heyer. Kl. W. 1923. Bd. 2.
82. Hoff u. Wergmer. Kl. Woch. 1925, № 8.
83. Delhougne u. Hansen. Deutsche Arch. f. Kl. Med. 1927, Bd. 157.
84. Проф. Уотсон. Психология. Наука о поведении человека. Госизд. Украины, 1927.
85. Акад. В. М. Бехтерев. Объективная психология. 1912.
86. Проф. В. П. Осипов. Павловский юбил. сборн.
87. O. Schwarz. Psychogenese и т. д. статья Heyer'a.
88. Heilig u. Hoff. Allg. Z. f. Psych. 1928.
89. „ „ Z. f. d. g. N. u. Ps. 1923, Bd. 86.
90. Grafe u. Mayer. Wiener Kl. W. 1925.
91. Prof. Glaser. Kl. W. №, 33.
92. Проф. В. М. Гаккебуш. Современ. психоневр. 1926, № 4.
93. М. К. Петрова. Труды физ. лаб. Павлова, 1928, т. II, в. 2.
94. Прив.-доц. Н. А. Подкопаев. Новые данные по вопросу о классиф. типов н. с. «Человек и природа», 1928, № 26.
95. Д-р В. Н. Мясичев. Новое в рефлексол. и физиол. н. с. 1925.
96. Г. Н. Сорохтин. Рефлексолог. типы детей школы. возр. Ленингр. 1925, изд. «Сентябрь».
97. Д-р П. П. Истомин. Докл. в психотерап. секц. Харьк. Мед. О-ва 1926.
98. Д-р М. О. Пайкин. Доклад в акуш. секц. Харьк. Мед. О-ва. 1925.
99. Д-р Ф. Т. Цейкинская. Демонстр. 6-х в психотерап. секции Х. М. О. 1929.

100. Д-р П. П. Истомин. Доклад в психотерап. секц. ХМО. 1926.
101. Стаж. - врач Р. Я. Шлифер. Доклад на VII всесоюз. съезде акушеров и гинеков. в Ленинграде. Доклад в акушерской секции ХМО. 1926.
102. Д-р Ф. Т. Цейкинская. Демонстр. роженец в психо-терап. секц. Х.М.О. 1928 и 1929.
103. Проф. К. И. Платонов и д-р Г. З. Вельвовский. Пл. «Врач. дело». 1924, № 7.
104. Стаж. - врач Р. Я. Шлифер. Докл. в психотерап. секц. ХМО. 1927.
105. Д-р Постольник. Доклад на VIII всесоюз. акуш. съезде в Киеве, 1928.
106. Д-р Кислов. Дипл. раб. 1929.
107. Прив. - доц. В. Г. Дик. Гинекология и акушерство. 1925, № 27.
108. Прив. - доц. В. Г. Дик. Моск. мед. ж. 1926, № 1.
109. Прив. - доц. В. Г. Дик. «Вестн. совр. мед.». 1925, № 7.
110. Прив. - доц. В. Г. Дик. «Врач. дело». 1927.
111. Прив. - доц. В. Г. Дик. Monath. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXXIV, 1926.
112. Д-р А. П. Николаев. «Врач. газ.». 1924, № 19 - 20.
113. Д-р А. П. Николаев. «Казан. мед. журн.», 1926, № 1.
114. Г. Б. Геренштейн. Журн. Акуш. и Гин., т. XXXV, кн. 3.
115. Д-р Литвиненко. Дипломная работа. Х. Мед. Ин.
116. Д-р Кнеппер. «Врач. дело», 1925, № 19 - 20.
117. Д-р Ф. Ф. Сивенко. Дипломная работа Харьк. мед. ин. 1927.
118. Д-р П. П. Истомин. Докл. в психотер. секции Х. М. О. VI/29 г. с дем. 6 - й.
119. Проф. В. Кречмер. «Медицинская психология».
120. Проф. К. И. Платонов. «Гипноз и внуш. в практической медицине». Харьков, 1925.
121. Акад. А. А. Ухтомский. Павловский юбилей. сборн.
122. Проф. К. И. Платонов. Соврем. психоневр. 1925 № 6 - 7.
123. » » » » 1926, № 3.
124. Д-р В. Л. Шатский. Совр. психоневр. 1925, № 4.
125. Проф. К. И. Платонов и П. П. Истомин. Бехтеревский юбил. сборник, 1926.
126. Проф. Иванов-Смоленский. Методика исследований условных рефл. у человека. Изд. «Практ. мед.», 1928.
127. Проф. Dubois. Психоневрозы и их психическое лечение. Перев. с франц. 1912.
128. Д-р Lick. Врач и его призвание. 1927.
129. Д-р Е. А. Попов. «Соврем. психоневр.». 1927, № 10.
130. Д-р А. А. Дернова-Ярмоленко. «Соврем. психоневр.». 1928, июль - авг.
131. Г. Н. Сорохтин. Рефлексологические типы детей. Ленинград, 1928.
132. Prof. O. Bumke. D. m. W. 1925, № 1.
133. Прив. - доц. В. Г. Дик Вестник совр. мед. 1927, № 5.
134. Проф. Ю. В. Каннабих. I съезд психоневрологов в Москве, декабрь 1927 г.
135. П. П. Подъяпольский. Неврологический вестник. 1913 г.
136. Д-р Тер-Аветисов. Современная психиатрия, 1907.
137. Д-р А. Гоциридзе. Корсак. журн. 1929 г. № 3 - 4.
138. Проф. В. К. Хорошко. Труды первого всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров в Москве 1927 г.
139. Д-р А. П. Прусенко. Доклад в психотерап. секции Х. М. О. 1926.
140. Fritz Lange. Behandlung der Kriegsneurosen (Handbuch der Neurologie Lewandowsky Ergänzungsband).
141. Prof. O. Bumke. Lehrbuch der Geisteskr. 1924.
142. Проф. Rosenbach. О психическом лечении внутренних болезней. 1892.
143. D-r Lipmann. Die gynekolog. Psychotherapie, 1924.
144. Д-р С. М. Берг. «Врач. дело». 1926, № 24 - 26. Бехтеревский юбилейный номер.
145. Проф. Лурия. «Каз. мед. журн.», 1928, № 1.
146. Проф. Боголюбов. «Каз. мед. ж.», 1928, № 1.
147. Д-р Перепел. Психанализ и физиологическая школа. 1926.
148. Проф. В. Кречмер. Внушение. Пер. с немецк. Киев, 1925.
149. Проф. О. Бумке. Современные течения в психиатрии. Пер. с нем. Госизд. 1929.
150. A. Homburger. Der Nervenarzt. 1926, № 1.
151. «Врач. дело», 1925, № 24 - 26.
152. Труды первого всесоюзного съезда невроп. и псих. Москва, XII/27 г.

ZUSAMMENFASSUNG

DAS WORT ALS PHYSIOLOGISCHER - UND HEILFAKTOR

(Zur *Physiologie der Psychotherapie*)

Von Prof. Dr. med. K. Platonow, Ukraine, Charkow

Die von der physiologischen Schule des Akademikers I. P. Pawlow und der reflexologischen Schule des Akademikers W. M. Bechterew erbaute moderne Lehre von der höheren Nerventätigkeit eröffnet neue Wege in der Untersuchung der Prozesse, die man gewöhnlich als «psychische» bezeichnet. Die genannten Schulen haben durch laboratorische experimentelle Untersuchungen den im tierischen Organismus bestehenden Mechanismus der höheren Nerventätigkeit entdeckt.

Diese letztere hat einen in ihrem Grund liegenden Prozess der Bildung zeitlicher Verbindungen von neuen Reizen mit den alten in den kortikalen und subkortikalen Gegenden des Grosshirns. Die Lehre von den bedingten (Pawlow) bzw. den Verbindungs- (Bechterew) Reflexen ergibt den physiologischen Untergrund für die sogenannten «psychischen» Vorgänge. Diejenigen äusseren Reize und Einflüsse der Umwelt, die man gewöhnlich psychisch nennt, werden vom Standpunkt der Reflexologie als Verbindungs — bzw. bedingte Reize bezeichnet, welche im Grunde der Formierung einer Persönlichkeit im Zusammenhang mit ihren ererbten und konstitutionellen Eigenschaften gelegen sind.

Zufolge der Lehre der genannten Schulen stellt das vom Nervensystem resp. der Hirnrinde geleitete «psychische» Leben eines Organismus, eine Summe von positiven, negativen und umgekehrten bedingten reflectorischen Reaktionen dar. Die Erforschung dieser Reaktionen in Laboratorien und Kliniken liegt im Grunde des objectiven Studiums der Persönlichkeit. Die sogenannten Psychoneurosen und reactive Psychosen entwickeln sich nach den Gesetzen der Reflexologie und müssen als Erkrankungen von reaktiven Charakter ohne pathologisch - anatomisches Substrat (Pathodynamosen) betrachtet werden.

Alle ähnlichen pathologischen Reaktionen, die sich auf dem Verbindungs - reflektorischen Wege entwickeln, können wieder gutgemacht (reduziert) werden auf demselben Wege mit Hilfe eines entsprechenden bedingten Verbindungsreizes. Als ein solcher Reiz erscheint das mannigfache und seinen Charakter und Inhalt nach überaus reiche Wort, welches auf den Organismus durch die Rinde des Grosshirns wirkt.

Das Wort ist ein natürlicher bedingter Verbindungsreiz zu gleicher Zeit aber ein Ersatz für einen unbedingten Grundreiz und deshalb wirkt es als «realer» Reiz (Pawlow).

Der erworbene Bedingungsreflex ist die Abbildung eines organischen ererbten unbedingten.

Im Zusammenhang damit erscheint das Wort auch physiologisch nicht gleichgültig für den Organismus; es ruft in diesem letzteren verschiedene physikalisch - chemische Reaktionen hervor. Die Suggestion ist ein typischer vereinfachter Bedingungsreflex (Pawlows) und die Wortsuggestion erscheint somit als ein ausschliesslich physiologischer Process. Laboratorische Untersuchungen des Verfassers, sowie auch die anderer Forscher zeigen, dass es wahrscheinlich keine Funktionen gibt, die bei gewissen Umständen nicht

gebahnt, gehemmt oder in ihr Gegenteil verwandelt eben auf dem Wege der Verbalsuggestion, werden könnte. Das tritt an den Reactionen seitens des vegetativen Nervensystems besonders deutlich hervor. Durch die Verbalsuggestion werden Prozesse von dynamischem Character eingeleitet — «Verschiebungen» (allgemeine sowie partielle) im vegetativen, sowie endocrynen Gebiet und in verschiedentlichen Richtungen je nach dem Inhalt des angewandten Wortreizes. Eine der überaus weiten und wichtigsten Verschiebungen unter dem Einfluss des Wortes ist diejenige der Hyposympathicotonie resp. des bedingtreflectorischen Schlafes (Hypnose), eines Anabolismuszustandes ähnlich dem gewöhnlichen Schlaf. Die Hypnose erscheint somit als bedingt-reflectorischer Schlaf. Untersuchungen des Verfassers und seiner Mitarbeiter zeigen auf Verlangsamung des Pulses, der Atmungs, Herabsetzung des Blutdruckes, vagotonische Reaktion auf Adrenalininjektionen und auf eine Verbesserung von höheren Funktionen des Nervensystems nach 20 - Minuten - langer «Ruhe-Hypnose». Letztere wirkt günstig auch auf ein alkoholisiertes Nervensystem des Hypnotikers (Kap. III).

Untersuchungen des Verf. zeigen, dass Veränderungen des Tiefengrades eines hypnotischen Zustandes durch die Verbalsuggestion in der Tat möglich sind. Sie manifestieren die grössere Bedeutung der bedingten Reize für das menschliche Nervensystem im Vergleich mit den realen (perverse, paradoxe Reaktionen. Kap. IV). Seine Untersuchungen zeigen auch die Möglichkeit den Wasser- und Kohlehydratsstoffwechsel, sowie die Brechreaktion durch das Wort zu beeinflussen. Dies erklärt die Anwendung der Psychotherapie, bei psychogenem Diabetes (Diabetes mellitus und insipidus), sowie beim Erbrechen der Schwangeren. (Kap. VII, VIII, IX). Durch Verbalsuggestion ist es möglich auf den Sättigungs- sowie Hungerzustand und auf die Trophik einen Einfluss auszuüben. Der Einfluss der Verbaleinwirkung tritt besonders deutlich im hypnotischen Zustand zutage.

Die Bedeutung des Wortes ist besonders gross wenn es von einer autoritären Person, insbesondere von Arzt gesprochen wird, wenn die Hirnrinde des Kranken sich in erhöhter Bereitschaft befindet auf alles was mit seinem Arzt verbunden ist zu reagieren. Das Wort wie auch alle anderen, den Organismus aus der Umgebung treffenden Verbindungsreize, kann eine Quelle mehr minder andauernder dynamischer resp. funktioneller Störungen höherer und niederer cerebraler Abteilungen und der denselben unterstellten Funktionen aller inneren Organe, des Herz- und Gefässsystems und des Stoffwechsels, werden.

Dadurch werden Psychoneurosen und Psychovegetoneurosen bedingt aufgebaut auf einem emotionalen, bedingtreflectorischen cortical-vegetativen Mechanismus und werden falsche Bilder von «organischen» Erkrankungen innerer Organe geschaffen. Die-Psychogenese dieser Leiden wird von den Klinikern nicht immer in Betracht gezogen, was zu Fehlern bei der Diagnosestellung und Behandlung führt. Die Lehre von dem Worte muss Beachtung haben auch um der Entwicklung der sogen. jatrogenen Erkrankungen vorzubeugen, wenn nämlich das vom Arzte gesprochene Wort, Diagnosen die der Kranke befürchtet, Krankheitszeugnisse u. s. w. neue Quellen für die Leiden der Kranken werden. Durch alle genannten physiologischen Eigenschaften des Wortes wird auch seine therapeutische Bedeutung bestimmt.

Deshalb haben wir das Recht auch die abstracte Definition der Heilmethode als sogen. «Psychotherapie» durch den mehr konkreten und den Charakter der Therapie ihrem physiologischen Wesen nach bestimmenden Begriff der «Logotherapie» zu ersetzen. Wenn es ja seit jeher gilt, dass jeder Arzt ein unbewusster Psychotherapeut sei, so bekommt dieser Satz heutzutage eine wissenschaftliche Bestätigung, dass, als eines der Hauptwerkzeuge des Arztes, auch das Wort erscheint. Die Lehre von dem letzteren, als einem physiologischen Faktor muss aber die Ärzte aus unbewussten in bewusste Psychotherapeuten verwandeln. Nähere Bekanntschaft mit der Lehre von den bedingten Reflexen muss diese Verwandlung beschleunigen. Der Unterricht in Psychotherapie auf den med. Fakultäten kann jedem Arzt eine rationelle Anwendung derselben im Bereiche seiner Spezialität sichern denn es gibt ja keine solche, wo der Arzt sein Wort in einer oder anderen Weise als Heilmittel nicht ausnutzen könnte.

Solcher Unterricht in Psychotherapie wird auch den jungen Ärzten auf die Notwendigkeit und Bedeutung einer sachkundigen und geschickten Beschäftigung mit dem Kranken und des entsprechenden «psychischen» Einflusses auf denselben hinweisen. Gute psychotherapeutische Ausbildung kann auch eine solide Waffe im Kampfe mit dem Kurpfuschertum bedeuten, dessen Erfolg mit der Sugestibilität seiner Klientur sowie den von der klinischen Medizin öfters ignorierten Störungen von dynamischem Charakter verbunden ist.

Die Setschenow - Pawlow - Bechterewsche Lehre, welche einen physiologischen Untergrund für Psychoneurosen und alle Arten der Psychotherapie ergibt, vernichtet die Schranken, die zwischen dem verschiedenen und zu einander immer zum Schaden des Kranken feindseligen Methoden der Psychotherapie gestanden sind.

«Wachsuggestion», «Suggestion in der Hypnose», «Einreden», «Psychoanalyse» und andere Arten der Psychotherapie, sie alle haben im Grunde dieselben physiologischen Prozesse, die sich von einander nur qualitativ und methodologisch unterscheiden. Aus diesem Grunde müssen alle diese Arten der Psychotherapie ihr wissenschaftliches Existenzrecht haben und sie alle gründen sich auf der Herstellung des dynamisch gestörten Gleichgewichtes zwischen den zwei in der Hirnrinde verlaufenden Grundvorgängen — der Erregung und der Hemmung. Psychotherapie resp. Logotherapie hilft der Schutzanpassung des Organismus an die Umgebung mittels Umgruppierung der mannigfaltigen physiologischen Zustände verschiedener Abteilungen der mosaikartigen Hirnrinde, indem sie in dieser Weise die psychische resp. Relationstätigkeit (Bechterew) jeder einzelnen Persönlichkeit vervollkommnet. Deshalb kann die hypnosuggestive Methode nicht nur eine rein symptomatische, sondern auch eine kausale, bei deutlicher Ursache der entstandenen Psychoneurosen und Reaktivpsychosen, sein.

Indem wir eine unwissenschaftliche, von der wissenschaftlichen Psychotherapie unterscheiden wollen, können wir diese letztere ihrerseits wieder in die kleine (Suggestion im Wachzustand und in Hypnose) und die grosse (Psychagogik, Psychoanalyse) einteilen. Erstere wird eine in verschiedenen Zweigen der praktischen Medizin symptomatisch anzuwendende Hilfsmethode sein. Sie wird auch bei Psychoneurosen mit klarer Ursache ihrer Entstehung angewandt sein müssen. Mit der kleinen Psychotherapie muss jeder Arzt zwecks ihrer praktischen Verwendung vertraut sein. Die grosse bei komplizierten Psychoneurosen Anwendung findende und mit feiner Analyse und Erforschung der ganzen Persönlichkeit verbundene Psychotherapie soll in den Händen eines speziell ausgebildeten Arztes sein.

Die physiologisch begründete Psychotherapie, die zu ihren Zwecken die verschiedenen - den «Wach» und den «Schlafzustand» der Hirnrinde benutzt, ist eine wirklich rationelle nicht im Sinne des Appellierens ad Rationem des Kranken von Dubois, sondern vom Standpunkt einer vernünftigen Begründung der Psychotherapie auf den Prinzipien der positiven Kenntnisse.

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ В ГИПНОЗЕ*)

(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Д-р А. М. Цынкин

(Научно - исследовательская кафедра психоневрологии Укрнауки и психотерапевтич. отделение Укр. Психоневрологического Института НКЗ)

(с 6 - ю кривыми в тексте)

I

Вопрос о гипнозе, как определенном состоянии организма, далеко еще не разработан исчерпывающе и до настоящего времени нет еще единства мнений в определении гипнотического состояния. Представители школы Шарко и до сих пор рассматривают явления гипноза как явления искусственно вызванного истерического невроза. Нансийская школа в лице Bernheim'a, Beaunis, Forel'я, Löwenfeld'a, Moll'я и др. рассматривает гипноз как внушенный сон и на явления гипнотические смотрит как на явления нормального порядка, в основе которых лежит так называемая внушаемость. В настоящее время исследования, главным образом, школ академика В. М. Бехтерева и академ. И. П. Павлова, как бы подтверждая правильность точки зрения нансийской школы, дают нам понимание физиологического механизма развития гипнотического состояния, как процесса условно - рефлекторного сонного торможения, экспериментального сна (Бехтерев¹), Павлов²), Бирман³), Васильев⁴), Платонов⁵). Согласно этой физиологической точке зрения, основанной на эксперименте, если обычный сон есть самостоятельно развивающийся процесс внутреннего торможения, распространяющегося на большие полушария и ниже лежащие отделы головного мозга, то гипнотическое состояние в основе своей имеет процесс внутреннего торможения меньшего распространения, частичное, «парциальное» торможение (Павлов, Бирман).

Несколько иной точки зрения в этом отношении держится проф. Протопопов⁶), который, опираясь на теорию одностипного парабипотического торможения, рассматривает гипнотическое состояние как особую форму жизнедеятельности, не сходную ни со сном, ни с обычной формой бодрствования. И если нансийская и павловская школы отождествляют эти два состояния, то проф. Протопопов не считает такое отождествление возможным, так как «сон и бодрствование, — по его мнению, — не настолько изучены, чтобы с ними можно было сравнивать то, что также подлежит изучению». По его мнению, сравнивать гипноз со сном и бодрствованием — «значит исходить в объяснении из неизвестного».

Проф. Л. Л. Васильев в 1925 году выставил свою, построенную на экспериментальных данных, теорию о двойственной природе торможения, рассматривает гипноз как результат сонного первичного торможения, а не парабипотического, подтверждая таким образом взгляды на гипноз нансийской и павловской школ.

Из этого краткого упоминания о современных взглядах на природу гипноза видно, что все споры концентрируются вокруг вопроса об отождествлении гипноза с обычным сном. Но нельзя не согласиться с приведенным выше мнением проф. Прото-

*) Доложено в психотерап. секции Х. М. О. Дипломная работа Х. М. И.

попова. Действительно, раз у нас нет еще точно определенного представления о сущности сна, то мы, конечно, не можем пока еще окончательно разрешать вопроса о гипнозе путем отождествления его с последним. Необходимы еще дальнейшие исследования и наблюдения и хотя наблюдения и эксперименты и приводят различных авторов к выводу в пользу идентичности этих двух состояний (школы нансиейская и павловская), но все же эти выводы не устраняют еще окончательно разноречий. Этим объясняется необходимость исследований и в других направлениях, а именно исследования физиологического состояния организма в спонтанном и экспериментальном сне могут оказать существенную помощь в разрешении данного вопроса «Но в конечном итоге для нас, — как говорит проф. И. К. Платонов¹⁾, — должен казаться важным вопрос не о том, есть ли гипноз сон или иное своеобразное состояние жизнедеятельности, а является ли состояние гипноза состоянием полезным или вредным для организма, совершаются ли в нем процессы анаболизма или катаболизма». Данные исследования таких тонких физиологических реактивов, как пульс, дыхание и кровяное давление, могут быть ценными при изучении этих состояний животного организма. И мы полагаем, что путем сравнения физиологических реакций в гипнозе и в спонтанном сне, в этом уже определенном состоянии анаболизма, является большая возможность приблизиться к более правильному решению вопроса о сущности гипнотического состояния.

И действительно, в литературе имеется уже немало наблюдений и сообщений из указанной области (Beaunis¹⁾, Bernheim²⁾, Moll³⁾, Tamburini Sepilli, Richet⁴⁾, Бехтерев, Нарбут, Гизе и Лазурский). Но эти исследования касались только изучения пульса и дыхания в гипнотическом состоянии, и ни в одном из классических трудов о гипнозе не упоминается о кровяном давлении в последнем. Да и имеющиеся в литературе данные исследований пульса и дыхания настолько скудны и в то же время разноречивы, что трудно на основании их сделать какие-либо определенные выводы; к тому же эти исследования производились каждым автором на весьма ограниченном количестве объектов. Что же касается кровяного давления, то оно явилось предметом внимания лишь в последние годы. Но и полученные авторами данные не являются достаточными для окончательных выводов. Так, исследования проф. А. В. Гервера не касались давления в самом гипнозе. Что касается исследований Lenk'a (D. m. Woch. 1920. В. 46), то последний находил в гипнозе повышения давления, делая отсюда вывод, что гипнотизируемый находится в аффективном напряжении. Во всем этом мы видели недостаточность данных определенных выводов, и поэтому я с большим интересом и охотой принял предложение проф. К. И. Платонова произвести исследование в этом направлении. Занимаясь в настоящее время изучением пульса, дыхания и кровяного давления в гипнотическом состоянии и в состоянии бодрствования, мы с особым интересом остановились прежде всего на исследовании кровяного давления, так как оно, с одной стороны, «может служить весьма чувствительным физиологическим реактивом на внешние и внутренние влияния, а с другой стороны, как величина непостоянная, оно подвержено различным колебаниям, изучение которых представляет большой интерес для характеристики физиологической картины состояния организма», (акад. В. Я. Данилевский⁵⁾).

Целый ряд авторов (Данилевский, Weber⁶⁾, Kauffmann, Katsch⁷⁾, Pansdorf, Fahrenkamp) занимались изучением состояния кровяного давления при различных условиях. Акад. В. Я. Данилевский изучал влияние на кровяное давление раздражений коры головного мозга и хвоста полосатого тела, Fahrenkamp и Kauffmann получили ряд кривых кровяного давления, измеряя его у гипертоников. И, наконец, в последнее время Katsch, Pansdorf и Müller получили кривые кровяного давления у спящих. Эти исследования показали чуткость кровяного давления ко всякого рода изменениям в организме и естественно нужно ожидать и изменений уровня его в состоянии гипноза. Но в литературе нам не удалось, как уже упоминалось выше, встретить указаний на состояние кровяного давления в гипнозе, что и явилось стимулом для производства изысканий в указанном направлении, и нижеследующее является изло-

жением результатов исследований, произведенных в физиологических лабораториях нервной клиники проф. Платонова и Психоневрологического Инст-та засл. проф. Геймановича.

Но, прежде чем приступить к изложению их, остановимся на кратком описании методики исследования и постановки опытов.

II

Касаясь аппаратуры, нужно заметить, что мы пользовались сфигмометрическим осциллометром Рашона, удобным своей осциллометрической стрелкой, передающей пульсовые колебания и тем вносящим объективизм при исследовании. Об уровне максимального систолического кровяного давления мы судили по минимальным пульсирующим колебаниям стрелки. При проведении исследований мы стремились к постоянству методики, к равным и постоянным условиям опытов. А именно, в отношении механических условий все объекты исследовались всегда в лежащем положении. Кровяное давление измерялось у всех наших объектов на правой верхней конечности, на середине плеча, где приспособлялась манжетка аппарата. Конечность при этом находилась в вытянутом параллельно туловищу положении. Учитывалось также влияние акта пищеварения, а именно, объекты исследовались не менее чем через 3 — 4 часа после еды. В этом отношении добивались наибольшего промежутка времени между приемом пищи и моментом исследования. Если нам не всегда удавалось исследовать всех объектов в одно и то же время дня, то каждого объекта в отдельности мы всегда исследовали в один и тот же час, и, если позволяли делать отступления, то это диктовалось нам теми или иными соображениями. Учитывая времядня, мы вообще придавали большое значение всем периодам так называемого «суточного цикла» (терм. Guillon'a). Принимая во внимание, что, как говорит академик В. Я. Данилевский, кровяное давление в артериях способно подвергаться довольно быстрым изменениям под влиянием различных состояний нервной системы, частью мозга, сердца и проч., мы обращали внимание как на внутреннее, «душевное» состояние объекта в момент исследований, так и на окружающую внешнюю среду. Мы старались, чтоб объект находился в совершенно спокойном эмоциональном состоянии, учитывали настроение объекта и стремились устранить все, что могло бы волновать, раздражать, а также наталкивать на мысли о задачах опыта и т. п. Происходившие же во время опыта изменения настроения объекта и во внешней среде, конечно, учитывались при оценке результатов исследований.

Порядок наблюдений и исследований был таков. Испытуемый укладывался на кушетку, после чего на плече укреплялась манжетка, ровно и плотно прилегавшая к руке. Аппарат находился вне поля зрения объекта. Исследования велись молча, и всякого рода разговоры и, в особенности, всякие объяснения данных исследования, разбор их в присутствии испытуемого совершенно исключались. Особенно большое значение придавалось содержанию внушения: совершенно не касались внушений покоя, дыхания, пульса, расслабления мышц и т. д. Так как приводимые здесь материалы собирались на лицах, в огромном большинстве случаев быстро засыпавших, то для усиления достаточно было общих внушений: «засыпайте, засыпайте, крепче спите», без каких бы то ни было добавочных словесных раздражителей. Обычно, когда все приготовления аппаратуры были закончены, испытуемый отдыхал молча, лежа минут 10 — 20. Исследованию в гипнотическом состоянии предшествовали исследования в состоянии бодрствования и производились они повторно не менее трех раз, затем испытуемый погружался в гипнотическое состояние. Повторными исследованиями кровяного давления в состоянии бодрствования мы старались учесть постоянство кровяного давления в период исследования. Что же касается исследования в гипнозе, в каком-то состоянии испытуемый находился обычно 30 — 40 минут и более, в зависимости от целей данного опыта, то давление измерялось, как в первые минуты сеанса, так и в последующие, через 10 — 15 минут и не менее 2 — 4 раз. Измерения кровяного давления

производились и по пробуждении при том же лежащем положении объекта и повторялись они до получения догипнотического уровня давления. Здесь же укажем в отношении аппаратуры, что вначале ряд исследований кровяного давления был проведен нами также при помощи сфигмоманометра Riva-Rocci. Цифры кровяного давления, измеренного посредством аппарата Rachon'a, оказались выше цифр, полученных нами при исследовании при помощи аппарата Riva-Rocci, что стоит в связи с особенностями аппаратов, манжет их и проч., и поэтому нами представлены данные исследований, проведенных только при помощи одного аппарата app. Rachon'a.

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Здесь мы представляем данные 69-ти исследований на 24 испытуемых, из которых 5 являются больными Харьков. Психотерапевтического отделения диспансера — алкоголиками, остальные — служащие Психоневрологич. Ин-та, факультетск. клиники, курсанты, студенты, красноармейцы. Все объекты, за исключением 13-ти, подвергались усыплению впервые. Возраст наших испытуемых колебался в пределах от 19 до 48 лет. Их имелось 12 мужчин и 12 женщин.

Объекты подвергались обстоятельному исследованию со стороны нервной системы и внутренних органов. Со стороны нервного status'a можно отметить легкую возбудимость н. с. у 10 исслед., сказавшуюся в слегка повышенной возбудимости сухожильных рефлексов; слегка повышенной впечатлительности, эmotivности; функциональных и органических расстройств н. с. у испытуемых не отмечалось ни у одного. Со стороны вегетативной н. с. можно указать, что реакции при физических пробах исследования были амфотерны, можно лишь отметить сердечно-сосудистые рефлексы Aschner'a-Dagnini и соларный рефл., давший незначительные изменения в частоте пульса в пределах от 4—8 ударов в минуту в сторону замедления у одних — у 9-ти — и в сторону ускорения — изврщ. Aschner—у 2-х. Со стороны внутренних органов (сердце, легкие, почки, жел.-кишечн. тракт) можно отметить только так называемую юношескую недостаточность сердца у одного испытуемого; незначительное повышение кровяного давления у трех испытуемых алкоголиков.

При исследовании сон у большинства испытуемых был глубок, т. е. у них не было ни двигательной, ни мимико-соматической реакции на окружающие слабые раздражения — звуковые, болевые и проч., сон сопровождался изолированным раппортом, большою внушаемостью, анестезией, гипотонией мышц и, кроме 5-ти объектов, сопровождался постгипнотической амнезией. Если воспользоваться делением на три степени академика Бехтерева, то состояние этих испытуемых можно определить как глубокий сон, а состояние 5-ти других испытуемых — как средний сон, resp. дремота. Нельзя не отметить, что все исследуемые обнаружили в гипнозе те же явления, которые при проверке оказывались у них и при обычном сне ночью. Так, напр., многие дышали шумно и глубоко одновременно с замедлением дыхания или храпели. Иные вздрагивали слегка, что бывало у них и в обычном сне. По пробуждении усиленно терли веки, лицо покрывалось румянцем, зевали, потягивались и т. п.

В представляемых здесь данных исследований кровяного давления нами учитывалось максимальное — систолическое кровяное давление, так как, как показали наблюдения, изменения минимального кровяного давления были незначительны и сравнительно непостоянны. Нужно сказать, что в отношении минимального кровяного давления клиницисты и физиологи, напр., проф. Р. Brugsch и проф. А. Schittenhelm («Руководство к клиническим методам исследования»), находят, что если исследования максимального кровяного давления могут обладать большей или меньшей точностью в определении истинной величины систолического давления, то исследования минимального кровяного давления едва ли дают хотя бы приближенные величины артериального диастолического кровяного давления.

Перейдем теперь к изложению результатов наших исследований. Для первого опыта был взят быстро засыпающий испытуемый, уже часто усыплявшийся раньше.

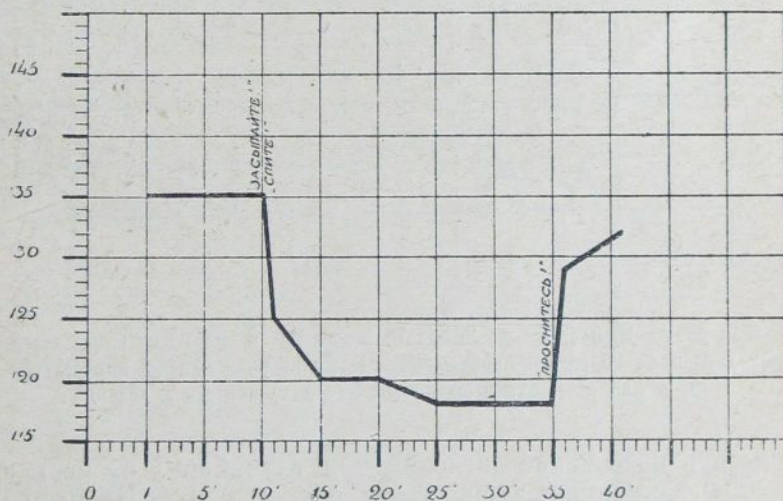
Объект № 1. Протокол № 1. 4/X 1927 г. 11¹/₂ час. утра. Г-ва. 29 л. Объективных признаков нарушений в работе нервной системы и внутри органов нет. Со стороны вегетативной нервной системы рефл. Ашнера изврщен, пульс ускоренный на 5 ударов в минуту. Дермографизм смешанный. «Самочувствие удовлетворительное». Ела в 8 час утра — «пила чай». Кровяное давл. при стоянии 135/80, в сидячем положении 135/80, лежа. пол. 135/80, температура — 36,6°; пульс — 72. При исследовании положение лежащее. На 11 минуте спокойного бодрствования мы начали усыпление коротким внушением «засыпайте, спите»; через несколько секунд опустили веки и сразу производила впечатление заснувшей.

Состояние	Время	Величина кров. давл.		ПРИМЕЧАНИЕ
Бодрствование	1'	Макс. 135	Мин. 80	Пульс 72 в 1 минуту.
	5'	» 135	» 80	
	10'	» 135	» 80	
Гипноз	11'	» 125	» 78	Анестезия, изолирован. раппорт. Пульс 60 в 1 минуту.
	15'	» 120	» 80	
	20'	» 120	» 80	
	25'	» 118	» 80	
	30'	» 118	» 80	
	35'	» 118	» 80	
Пробуждение	36'	» 128	» 82	Проснулась сонной, — «если б дали поспать, спала бы». Пульс 72, чер. 5' чувствовала себя бодрой. После сна постгипнотическая амнезия.
	40'	» 132	» 80	

В данном случае исследование кровяного давления через 1' сна показало падение со 135 до 125 дел. и через 5' спокойного сна максимум кров. давл. упал уже до 120, через следующие 5' — до 118 и так держалось до пробуждения. Итак, в нашем первом опыте в гипнозе обнаружено падение макс. кров. давл. на 17 дел. апп. Пашона. Для наглядности изобразим данные в кривой (см. кривая № 1).

Данный опыт показал заметное падение макс. кровяного давления в первые 5' и незначительное падение к 15 мин. сна, и в дальнейшем кровяное давление проявило наклонность к устойчивости. Необходимо отметить и параллельное замедление пульса, в бодрствовании — 70 в 1', в гипнозе — 60.

Объект № II. Протокол № 1. 10/1 28 г. 6 ч. веч. Я. В - в, 19 лет; профессия — музыкант, уч. - ся. Объективных признаков расстройства нервной системы нет; проба Ашнера дала замедление пульса на 6 ударов, солари. р. без измен.; дермографизм красный, быстро проходящий. Со стороны внутренних органов изменений нет. «Самочувствие хорошее». За час до исследования спал, как всегда, два часа после работы. Ел 4 часа назад, температура 36,7°, пульс 78, кровяное давление в сидячем положении 126/80; в лежачем — 128/80.

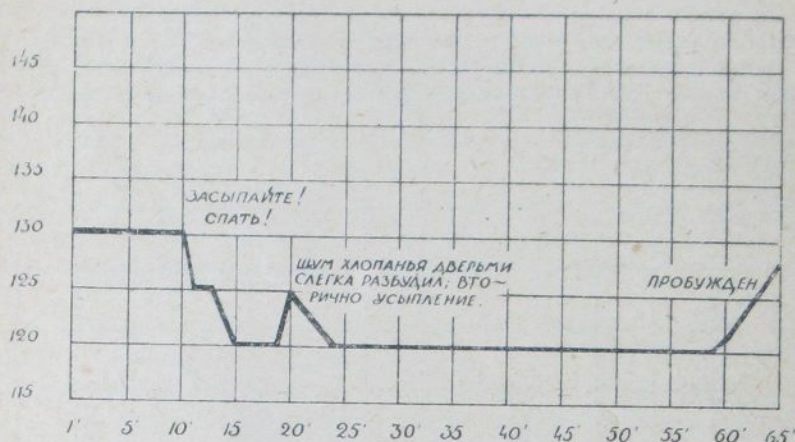


Кривая № 1. Кривая давления у быстро засыпавшего объекта Г-вой. После внушения «засыпайте», «спать» давление в течение первой минуты на 10 делений и продолжало понижаться и в дальнейшем, стабилизировавшись после 15-минутного сна. По пробуждении давление вновь поднялось

Указ. состояния	Время	Кровяное давление		ПРИМЕЧАНИЕ
Бодрствование	1'	Макс. 130	Мин. 80	Пульс 76.
	7'	» 130	» 80	
	10'	» 130	» 80	
Гипноз	11'	» 125	» 80	Засыпает не сразу, окружающие раздражения воспринимаются. Внушения анестезии и проч. выполняются.
	13'	» 125	» 80	
	15'	» 120	» 75	
	20'	» 125	» 75	
	25'	» 122	» 75	
	27'	» 120	» 74	Усыпление вторично на 10-той мин. сна. Пульс 66.
	30'	» 120	» 74	

Указ. состояния	Время	Кровяное давление		ПРИМЕЧАНИЕ
Пробуждение	35'	Макс. 120	Мин. 72	Пульс 66.
	37'	» 120	» 75	
	40'	» 120	» 75	
	45'	» 120	» 75	
	50'	» 120	» 75	Пульс 72. Сперва по пробужд. очень сонный, хотелось задремать. Через 3 мин. самостоят. очнулся, совсем бодрый. Постгипнот. амнезия.
	60'	» 121	» 80	
	65'	» 128	» 80	

В этом опыте можем отметить, что и здесь было падение кровяного давления со 130 до 120 дел. И давление падало не сразу, не так быстро, как в предыдущем случае. Засыпание в данном случае происходило не сразу, а постепенно. Исследование



Кривая № 2. Испыт. В. в. Засыпает медленно и медленно понижается кров. давление; то же при пробуждении. Внешний раздражитель нарушается сам, и при этом отмечено повышение давления на 5 делений

кровяного давления показало, что уровень давления после падения в первую минуту был одинаков (125) в течение последующих минут и только на 4-й мин. сна оно снизилось еще на 5 дел. Нужно отметить, что при пробуждении подьем давления развивался также постепенно, соответственно и медленному пробуждению. В этом случае, как и в первом, имелось замедление пульса в гипнозе на 10 ударов. Здесь же даем кривую макс. кров. давления (см. крив. № 2). Необходимо в данном случае

отметить повышение давления при случайном, от постороннего шума, пробуждении.

Ограничимся лишь этими кривыми, приведенными для наглядности, и в дальнейшем представим результаты остальных опытов в цифрах. Цифры указывают среднее из троекратного измерения в течение 10' каждого состояния.

Объект № III. Н. Д. - на. 42 лет, служ. Об'ективных признаков расстройств со стороны внутрен. орг. и нервн. системы не отмечено. Отмеч. пульс 63 — 66 в 1 мин. постоянно. Со стороны вегетативн. нервн. сист. проба Ашнера дает замедление пульса на 6 ударов в мин.; клиностагич. р. 66/60; дермографизм красный, скоропроходящий; проба Эрбена отрицат., в отношении других проб реакция амфотерна. Подвергалась гипнозу в течение многих лет и огромное количество раз.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 1					
12/X 27 г.	Кров. давл.	130	118	128	Сон с изол. раппортом, повыш. внушаемостью, самопр. анестезией и постгипн. амнезией.
	Пульс	66	57	66	
Прот. № 2					
20/XI 27 г.	Кров. давл.	129	115	128	
	Пульс	63	57	63	
Прот. № 3					
16/XII 27 г.	Кров. давл.	128	118 чер. 20' 106	128	Углубления сна не внушалось. Спала, повидимому, глубже обычного, т. к. проснулась не сразу, долго зевала, потягивалась.
	Пульс	63	57	62	
Прот. № 4					
29/VI 28 г.	Кров. давл.	125	115	120	
	Пульс	70	60	70	
Прот. № 5					
24/VII 28 г.	Кров. давл.	122	112	120	

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 6</i>					
8/VII 28 г.	Кров. давл.	125	115	130	
<i>Прот. № 7</i>					
13/VI 28 г.	Кров. давл.	125	115	120	
	Пульс	63	60	62	

У данного объекта кровяное давление в гипнозе падало в среднем на 12,3 деления.

II. Е - ая, 36 лет. Объективных признаков расстройств н. с. и внутр. органов нет. Считает себя впечатлительной. Пульс 84, дыхание — 15 в мин. Пр. Ашнера отрицат., клиностатич. пр. 84/78, пр. Ербен'а, Негунг'а и проч. отрицательны, дермографизм бледнокрасный, скоропроходящий.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 8					
26/XI 27 г.	Кров. давл.	140	115	135	Сон глубокий (см. крив. № 4, стр. 137).
	Пульс	78	72	78	
Прот. № 9					
27/XI 27 г.	Кров. давл.	138	120	138	Сон глубокий. Амнезия

Падение давления в гипнозе на 25 и 18 делений. Степень глубины сна 27/XI может быть определена тем обстоятельством, что при раздражении сильным фарадическим током (при расстоянии катушек = 0) вызвало только сильную двигательную реакцию, но не пробуждение.

III. Г - ва, 29 лет. Расстройств со стороны н. с. и внутренних орг. не отмечено. Со стороны вегетативн. н. с. пр. Ашнера извращен ускорение пульса на 3 удара в мин. Дермографизм смешан., клиностатич. р. 76/72. Пр. Эрбена отрицат.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 10</i>					
1/XI 27 г.	Кров. давл.	120	103	120	
	Пульс	72	60	72	
<i>Прот. № 11</i>					
5/XI 27 г.	Кров. давл.	132	115	130	
<i>Прот. № 12</i>					
4/XII 27 г.	Кров. давл.	135	118	128	

Падение давления с постоянством на 17 делений.

IV. Я. В - в, 19 лет, музыкант. Со стороны нервн. системы и внутр. орг. нарушений не отмечено. Пульс 72 в 1 мин. Со стороны вегетативн. н. с.: реакция Ашнера — замедлен. на 6 ударов в 1 мин. Дермографизм бледнокрасный, быстропроходящий. Солярн. р. — замедл. на 3 удара в 1 мин. Клиностатич. 78/76. Реакция Эрбена и друг. отрицат.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 13					
12/XII 27 г.	Кров. давл.	120/80 *)	110/80	115/80	Сон не глубокий, с легкой внутр. анестезией, с изолир. рапортом без постгипнот. амнезии. Смутно отдает себе отчет о происходившем вокруг во время сна, вернее — глубокой дремоты.
	Пульс	72	60	72	
Прот. № 14					
10/II 28 г.	Кров. давл.	128/80	120/75	128/80	
	Пульс	76	66	72	
Прот. № 15					
14/IV 28 г.	Кров. давл.	125/78	112/78	122/78	
Прот. № 16					
21/IV 28 г.	Кров. давл.	125/78	118/78	125/78	

Падение давления в гипнозе в среднем на 10 делений.

*) Чертой разделены цифры максим. и миним. кров. давления.

V. Ан - ко, 48 лет, служ., алкоголик. Со стороны внутр. органов: *arteriosclerosis*. Со стороны нерв. системы: вегетоничен.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 17</i>					
11/X 27 г.	Кров. давл.	141/90	130/90	140/90	Изолированный рапорт. Постгипнотическая амнезия
<i>Прот. № 18</i>					
13/X 27 г.	Кров. давл.	140/90	130/90	138/90	
<i>Прот. № 19</i>					
1/XII 27 г.	Пульс	137/84 72	127/84 64	137/88 72	
<i>Прот. № 20</i>					
5/XII 27 г.	Кров. давл.	138/88	130/88	138/88	

Падение давления в среднем на 10 делений.

VI. Ф. Ц. 25 лет. Со стороны н. с. и внутренних органов органических нарушений отмечено. Со стороны аном. впечатлительна, эмотивна. Пульс 60 — 63. Со стороны вегетатив. н. с. пр. Ашнера — замедление пульса на 8 ударов в 1 мин.; клиностагич. р. — 64/60; дермографизм красный, быстропроходящий; остальные реакции без выраженных изменений.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 21</i>					
5/XI 27 г.	Кров. давл.	110	100	110	Изолир. рапорт, постгипн. амнезия. Внушения реализуются легко. «Сомнамбулизм».
<i>Прот. № 22</i>					
8/XI 27 г.	Кров. давл. Пульс	118 63	107 57	120 64	

Падение давления в среднем 10,6.

VII. Я - я. 38 лет, педагог. Нарушения внутренних органов и н. с. не отмечено. Со стороны вегетатив. н. с. реакция Ашнера — пульс замедлен на 6 ударов. Солярн. без изменений. Клиностагич. — 78/72. Реакция Эрбена и других без изменений. Дермографизм смешанный.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 23</i>					
6/XII 27 г.	Кров. давл. Пульс	130/85 72	120/80 68	130/88 74	Сон с постгипнот. амнезией.
<i>Прот. № 24</i>					
16/XII 27 г.	Кров. давл. Пульс	130/88 72	122/87 66	130/88 72	

Падение давления в среднем на 9 делений.

VIII. М - ва, 27 лет. Студентка. Объективных признаков нарушений нервной системы и внутренних органов не отмечено. Со стороны вегет. н. с. амфотонична.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 25</i>					
8/X 27 г.	Кров. давл.	118	110	119	Сон глубокий, с изолир. рапорт., повышен. внушаем.
<i>Прот. № 26</i>					
13/X 27 г.	Кров. давл. Пульс	118 78	108 72	118 78	

Падение давления в среднем на 9 делений.

IX. Н. В. 56 лет, педагог. Со стороны анамнеза — алкоголизм. Со стороны внутренних органов незначительный arteriosclerosis, расширение поперечника cordis на 2 пальца. Органических нарушений не отмечено. Ваготоничен.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 27</i>					
10/XI 27 г.	Кров. давл.	150/90	141/90	150/90	Сон средней глубины.
<i>Прот. № 28</i>					
16/XI 27 г.	Кров. давл.	150/90	140/90	150/90	
	Пульс	75	68	73	

Падение давления в среднем на 9 делений.

X. А - хов. 20 лет, курсант. Из анамнеза — бронхиальная астма, как указывает испытуемый. Со стороны внутрен. органов — юношеская недостаточность сердца. Нарушений со стороны н. с. нет.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 29</i>					
10/II 28 г.	Кров. давл.	118/75	110/75	122/78	Сон глубокий, всегда просыпается с протираанием глаз и потягиванием.
<i>Прот. № 30</i>					
12/II 28 г.	Кров. давл.	122/76	117/76	122/77	
<i>Прот. № 31</i>					
20/II 28 г.	Кров. давл.	120/76	110/76	120/76	
	Пульс	72	68	72	
<i>Прот. № 32</i>					
20/VII 28 г.	Кров. давл.	115/76	106/76	115/76	

Падение давления в среднем на 9 делений.

XI. М. Р - н. 18 лет, слесарь. Со стороны внутренних орг. и н. с. уклонов нет, физически крепок. Пульс 72 — 74 постоянно. Со стороны вегет. н. с. реакция Ашнера — пульс замедлен на 8 ударов. Клиностаг. р. 74/72. Реакция Эрбена, Негунг'a I отрицат. Дермографизм красный, быстроисчезающий. Солярн. р. замедлен на 3 удара в 1 мин.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 33</i>					
10/IX 27 г.	Кров. давл.	130/78	122/77	130/78	Сон глубокий. Амнезия.
<i>Прот. № 34</i>					
20/IX 27 г.	Кров. давл.	130/78	120/78	129/78	
<i>Прот. № 35</i>					
1/XI 27 г.	Кров. давл.	132/78	120/78	130/78	
<i>Прот. № 36</i>					
2/IV 28 г.	Кров. давл.	130/78	120/78	130/78	
	Пульс	74	68	74	

Падение давления в среднем на 10 делений.

ХII. Щ - в. Красноармеец. Никаких нарушений со стороны внутренних органов и н. с. не отмечено. Физически крепок. Пульс 70 — 72. Со стороны вегетативн. н. с. пр. Ашнера — пульс замедлен на 6 ударов. Клиностатич. пр. 72/68. Дермографизм бледнокрасный, быстропроходящий, пр. Эрбена и др. отрицательны.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 37</i>					
16/II 28 г.	Кров. давл.	118/75	110/75	120/78	Сон глубокий, внушения реализуются легко, «сомнамбулизм», амнезия.
<i>Прот. № 38</i>					
18/II 28 г.	Кров. давл.	122/76	115/76	122/77	
<i>Прот. № 39</i>					
23/II 28 г.	Кров. давл. Пульс	122/76 72	110/76 66	120/76 72	

Падение давления в среднем на 8 делений.

ХIII. З - н. 25 лет. Ковторщик. В анамнезе аппендицит, грыжа, после операции явления вегетонического невроза. Со стороны н. с. неврастеничен. Со стороны вегетативн. н. с. пр. Ашнера — пульс замедлен на 8 ударов в 1 мин. Соляр. р. замедл. 8 ударов в 1 мин. Клиностатич. пр. 70/64. Дермографизм красный, не резкий, быстропроходящий.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 40</i>					
2/IV 28 г.	Кров. давл.	120/76	108/76	118/76	Сон глубокий, просыпается с трудом после нескольких внушений.
<i>Прот. № 41</i>					
16/IV 28 г.	Кров. давл.	122/76	108/76	119/76	
<i>Прот. № 42</i>					
20/IV 28 г.	Кров. давл.	120/76	109/76	120/76	
<i>Прот. № 43</i>					
3/V 28 г.	Кров. давл. Пульс	120/76 66	108/76 60	118/76 66	

Падение давления в среднем на 12,2 деления.

ХIV. К - в. 20 лет. Слесарь. Вполне здоров. Атлетического сложения. Со стороны вегетативной н. с. пр. Ашнера, солярн. Эрбена Негунг I отрицат. Клиностатичн. 75/73. Дермографизм смешанный.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
<i>Прот. № 44</i>					
1/XII 27 г.	Кров. давл.	140/80	125/78	140/80	Сон глубокий, изолирован. рапорт, полной постгипнотич. амнезии нет. Помнит смутно некоторые внушения.
<i>Прот. № 45</i>					
8/XII 27 г.	Кров. давл.	140/80	127/78	139/80	
<i>Прот. № 46</i>					
10/I 28 г.	Кров. давл.	140/78	126/78	140/78	
<i>Прот. № 47</i>					
12/I 28 г.	Кров. давл. Пульс	140/78 72	128/78 68 — 66	140/78 72	

Падение давления в среднем на 13,2 деления.

XV. С - ва. 30 лет, служащая. Со стороны внутр. орг. нарушений не отмечено. Со стороны н. с. эмоциональна. Со стороны вегетативн. н. с. амфотонична.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 48					
23/VII 28 г.	Кров. давл.	128	120	128	Сон глубокий, при исследовании испытуемая в сидячем положении. Амнезия.
Прот. № 49					
26/VII 28 г.	Кров. давл.	130	125	128	

Падение давления на 6,5 деления.

XVI. Л - ва. 22 лет. В анамнезе Status reactiva. 3 года назад. В настоящее время беременность 15 мес. Анемична.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 50					
23/VII 28 г.	Кров. давл.	106/70	97/70	108/70	Сон глубокий, быстро реализуются внушения. «Соннабулизм».
Прот. № 51					
25/VIII 28 г.	Кров. давл.	100/70	92/70	102/72	

<i>Прот. № 52</i>					
27/VIII 28 г.	Кров. давл.	100/70	92/70	100/72	

Падение давления в среднем на 8,3 деления.

XVII. Б - ая. 18 лет. Со стороны анимальной н. с. и со стороны внутренних органов нарушений нет. Со стороны вегетативной н. с. амфотонична.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 53					
23/VII 28 г.	Кров. давл.	135/78	132/78	135/78	Положение испытуемой во время исследования сидячее. Сон средн. степ. «Была сильная дремота».
	Пульс	88	82	88	
Прот. № 54					
25/VII 28 г.	Кров. давл.	132/78	128/78	132/78	

Падение давления в среднем на 3,5 деления.

XVIII. И - ва. 28 лет. Со стороны н. с. sclerosis multiplex. Со стороны внутр. органов нарушений не отмечено. Со стороны вегетативн. н. с. пр. Ашнера — извращ. — пульс ускорен на 3 удара в 1 мин. Ортостатич. 80/84. Дермографизм смешанный.

Время		До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 55					
9/IV 28 г.	Кров. давл.	122/70	112/70	125/75	Сон глубокий с изолированным рапортом. Постгипнотич. амнезия.
Прот. № 56					
12/IV 28 г.	Кров. давл.	122/70	115/70	122/75	
чер. 2 ч. 108/70					
Прот. № 57					
20/IV 28 г.	Кров. давл.	120/70	110/70	122/72	
	Пульс	84	78	86	

Падение давления в среднем на 9 делений.

ХІХ. Б - й. 48 лет. В анамнезе алкоголизм. Со стороны н. с. и внутр. органов и со стороны вегетативн. н. с.клонений нет.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
-------	----------	-----------	-------------	------------

Прот. № 58

23/VII 28 г.	Кров. давл.	132/95	128/92	130/92	Сон средн. степ.
	Пульс	72	67	72	

Падение давления в течение первых 10 мин. на 4 дел., на 40 - й минуте сна падение на 8 делений.

ХХ. И - ко. 26 лет. St. praes. анемична. По словам объекта, впечатлительна, эмотивна. Со стороны вегет. н. с. пр. Ашнера — пульс ускорен на 3 удара в минуту. Ортостатич. р. 84/88. Дермографизм смешанный. Пр. Эрбена, Негунг, кляностатич. отрицательны.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
-------	----------	-----------	-------------	------------

Прот. № 59

15/IV 27 г.	Кров. давл.	112/72	97/70	107/75	Сон глубокий, свободное и легкое выполнение внешних. «Сомнамбулизм».
-------------	-------------	--------	-------	--------	--

Прот. № 60

17/IV 27 г.	Кров. давл.	110/70	100/70	109/72	
-------------	-------------	--------	--------	--------	--

Прот. № 61

8/V 27 г.	Кров. давл.	114/70	102/70	118/70	
	Пульс	90	86	90	

Падение давления в среднем на 12,3 деления.

ХХІ. К - ий. 28 лет. В анамнезе реактивное состояние. Алкоголик. Со стороны внутр. органов гипертон. Со стороны н. с. эмотивный.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
-------	----------	-----------	-------------	------------

Прот. № 62

15/VI 28 г.	Кров. давл.	150/80	139/80	150	Амнезия. Просыпается не сразу. Шумное носовое дыхание во время сна.
-------------	-------------	--------	--------	-----	---

Прот. № 63

24/VII 27 г.	Кров. давл.	150/80	140/80	148/80	
	Пульс	104	98	102	

Падение давления в среднем на 10,5 деления.

ХХІІ. С - й. 20 лет, служащий. Со стороны внутр. органов и н. с. нарушений не отмечено. Со стороны вегетативной н. с.: в анамнезе легкая потливость лица и рук. Пр. Ашнера — пульс замедлен на 3 удара в минуту. Кляностатич. 72/69. Ортостатич. 69/74. Пр. Эрбена, солари. и друг. отрицательны. Дермографизм смешанный.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
-------	----------	-----------	-------------	------------

Прот. № 64

21/IV 27 г.	Кров. давл.	120	108	120	Сон глубокий. Амнезия
-------------	-------------	-----	-----	-----	-----------------------

Прот. № 65

15/V 27 г.	Кров. давл.	120	110	120	
------------	-------------	-----	-----	-----	--

Падение давления на 11 делений.

XXIII. С - в. 24 года. Санитар. Со стороны внутренних органов нарушений нет. Со стороны н. с. отмечена впечатлительность. Физически крепок. Со стороны вегетативной н. с. амфотоник.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 66				
24/IV 28 г.	Кров. давл. 119	114	112	Соя средн. степ., амнезия неполная.
	Пульс 72	68	72	

Падение давления на 5 делений.

XXIV. Ш - в. 29 лет. Со стороны н. с. легкая повышенность сухожильн. рефл. Эмотивна. Со стороны внутр. органов нарушений не отмечено. Со стороны вегетативн. н. с. амфотонична.

Время	До гипн.	В гипнозе	После гипн.	Примечание
Прот. № 67				
26/VII 28 г.	Кров. давл. 130	чер. 2' — 120	130	
	Пульс 82	чер. 2' — 76	81	

Итак, вышеприведенные протоколы указывают, что во всех случаях гипнотического состояния максимальное кровяное давление падало. В среднем понижение кровяного давления в гипнозе было у 19-ти объектов от 7—10 делений, а у остальных 7-ми понижалось на 20—25 делений по аппарату Пашона. В связи с главной целью нашего исследования было бы, конечно, необходимо исследовать кровяное давление и в спонтанном сне. К глубокому сожалению, нам по чисто внешним условиям ни разу не удалось произвести нужных исследований в ночном сне. Но нам помог случай, и мы имеем возможность определить уровень давления у двух лиц, никогда не подвергавшихся гипнозу, заснувших не под влиянием внушения, а самостоятельно и совершенно случайно. Испытуемый Г. Г., 20 лет, служащий, ранее не гипнотизировавшийся, был приглашен мною в лабораторию для производства исследований в гипнозе. Но от гипнотизации категорически отказался. Тогда мы ему предложили исследование кровяного давления в бодрствовании, полагая, что в дальнейшем он согласится и на исследование в гипнозе. Кровяное давление в бодрствовании было: макс. 140, мин. 78. После нескольких измерений кровяного давления в бодрствовании в лежачем положении, испытуемый продолжал спокойно отдыхать в том же положении и, с манжеткой от аппарата на руке, случайно, неожиданно для нас, заснул. Когда я подошел к нему через 10 минут, то оказалось, что он спокойно спит и не откликается на зов. Кровяное давление было на 20-й минуте сна макс. 120, мин. 76. Через 5' — 110/76, следовательно, упало на 30 делений и на таком уровне оно держалось в течение получаса сна. Затем громким окликом я его разбудил. По пробуждении на 3-ю минуту бодрствования кровяное давление поднялось до 130.

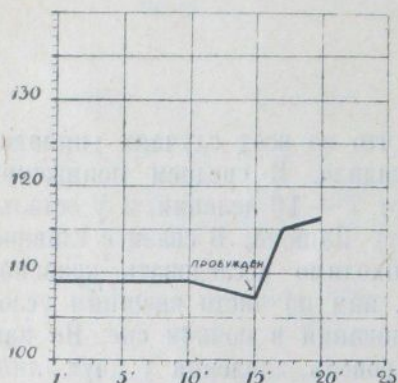
После пробуждения амнезия, удивлен тем, что спал. Заснул, потому что в комнате было тепло, ни о чем не хотелось думать. Рапорта во сне не было. В отношении состояния организма вполне здоров, физически крепок, спортсмен.

Если предыдущее самостоятельное засыпание происходило в лаборатории, куда объект пришел со специальной целью гипнотизироваться и, следовательно, мог иметь место «самогипноз», самостоятельно развившийся условно-рефлекторный сон, то в следующем случае исследование произведено не в лаборатории, а в частной квартире, куда я вечером зашел случайно по дороге из института, имея при себе аппарат Пашона. Собралось несколько человек, и в дальнейшем один из присутствовавших начал читать вслух. Через некоторое время мы заметили, что одна из присутствующих Г. С., 22 лет, студентка, заснула, что с ней часто бывало при монотонном чтении вслух. На разговор, надевание манжеты аппарата внешне не реагировала. Измерение кровяного давления дало цифры 112/70 мин., через 16' проснулась от громкого стука.

Кровяное давление было 121/78; через 5 минут — 122/78. Данные исследования даем в кривой № 3.

Исследование давления по пробуждении в бодрствовании показало, что оно было значительно выше давления во сне. В этих случаях спонтанного сна мы видим понижение максимального кровяного давления. Тут же нужно упомянуть, что Katsch und Pansdorf недавно установили падение максимального кровяного давления во сне и считают, что кривую изменения кровяного давления можно рассматривать, как своего рода кривую глубины сна.

Возвращаясь к исследованиям кровяного давления в гипнозе и исследуя кривые давления, нужно сказать, что в иных случаях кровяное давление падало постепенно, скачками иногда повышалось, затем опять падало. Это было у объектов, засыпавших медленно и не глубоко. Таких было 3. Из них один уже приведен выше (протокол № 2). Повидимому, здесь имело место действие каких-либо привходящих факторов, как, напр., внешних раздражений, случайного раздражения, шума и т. п., как об этом можно судить по данным из протокола № 2, когда на случайный звуковой раздражитель кровяное давление реагировало повышением на 5 делений.



Кривая № 3. Исп. Г. С. Кривая давления спонтанно развившегося сна. Давление оказалось пониженным. По пробуждении поднялось на 13 дел.

Необходимо отметить следующее явление. По предложению проф. Платонова, присутствовавшего на одном из опытов с быстро засыпающим объектом, мы произвели исследование кровяного давления непосредственно после видимого быстрого засыпания объекта с целью выяснения при этом быстроты падения давления. И мы тут же убедились, что кровяное давление уже оказалось упавшим в течение первых же 10 секунд. Дальнейшие исследования в этом направлении и с другими объектами обнаружили аналогичное явление — быстрое падение давления в течение первых 10—20''. Это мы ясно видим на прим. у испытуемых: 1) А. Е-я, 2) Н. Д-на и 3) Г-ва, протоколы опытов которых и соответствующие кривые приводим ниже.

26/XI 27 г. 11¹/₂ час. дня. Испытуемая А. Е-ая 36 лет. Объективных признаков расстройств н. с. нет. По ее словам, впечатлительна. Температура 36,6°; пульс — 84; в лежачем положении — 78; дыхание 15 в 1 минуту. Пр. Aschner'a солари. и Erben'a без изменений. Ела за 4 часа до исследования. «Самочувствие хорошее». Чувствует себя бодрой.

Указ. состояния	Время	Величина кров. давления	Примечание
Бодрствование	1-я мин.	140, п. — 78, дых. — 15 в 1 мин.	К исследованию относится безразлично.
	5 »	138	
	10 »	139	
«Спать»	15 »	140	Засыпает сразу с самопроизвольн. гипотонией мышц, анестезией; на 5 мин. внушена зрительн. галлюцин. (сновидение).
	15 мин. 10 с.	115	
	20 мин.	118	
	25 »	116	
«Проснитесь»	25 мин. 10 с.	130	Полная амнезия.
Пробуждение	26 мин.	140	
	30 »	140	
	30'10''	122	
	35'	120	Амнезия.
Пробуждение	через 50''	135	
	2 мин.	138	
	5 мин.	140	
			Чувствует себя бодрой, отдохнувшей.

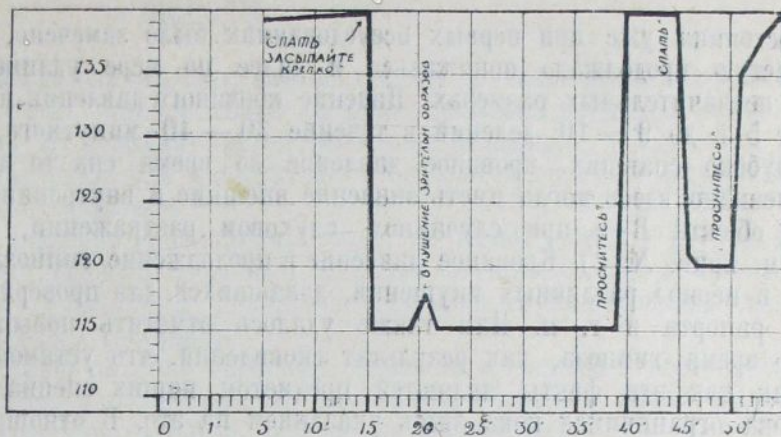
Давление понизилось сразу на 25 делений в течение первых 10 сек. (см. крив. № 4).

16/XI 1927 г. 12 час. дня. Испытуемая № III. Н. Д. - на, 28 лет. Об'ективн. признаков расстройств н.с. нет. Р.Ашнера замедл. на 8 уд. в 1 мин. Солярн. р. 2 уд. в 1 мин. замедл., с непостоян. кровян. давлен. в бодрствовании. Пульс—66; дыхание 14 в 1 мин. «Самочувствие удовлетворительное». Лаборатория и аппаратура хорошо знакомы испытуемой по работе. Положение при исследовании лежачее. До гипноза лежала 15 мин. Засыпает быстро. После слова «спать» закрывает глаза, гипотония мышц, изолированный рапорт, самопроизвольная анестезия, полная амнезия после сна. После исследования, сейчас же по пробуждении сонная, затем, через несколько минут, совершенно пробуждается (см. крив. № 5).

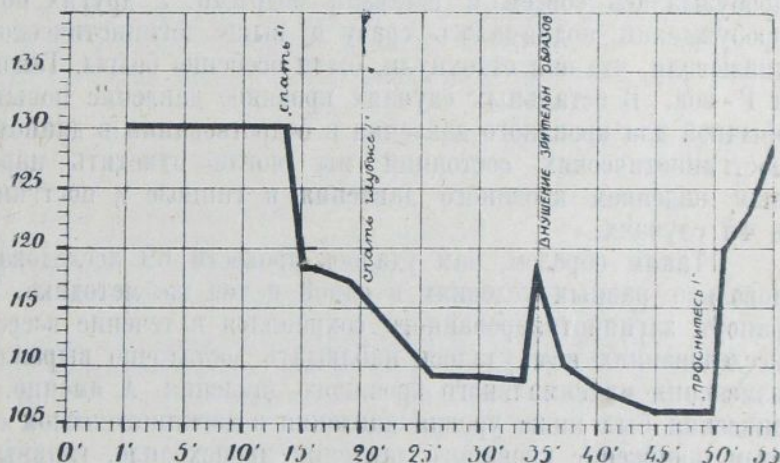
1/XI 1927 г. 10 час. 50 мин. утра. Испытуемая Г-ва (см. опыт 1/XI 27 г., прот. № 12). Поздно легла спать, работала, в общем самочувствие удовлетворительно. Температура 36,6°; пульс 74. Кровяное давление неустойчиво в бодрствовании. Засыпает быстро, с изолированным рапортом; анестезия, гипотония мышц и постгипнотическая амнезия.

В данном случае измерение кровян. давления через 20" после сигнала «спать» указало на падение его до 102 со 120. Сигнал пробуждения на 40-й м. Просыпалась постепенно. Хотелось спать. Проснувшись окончательно после многократных сигналов (см. кривую № 6).

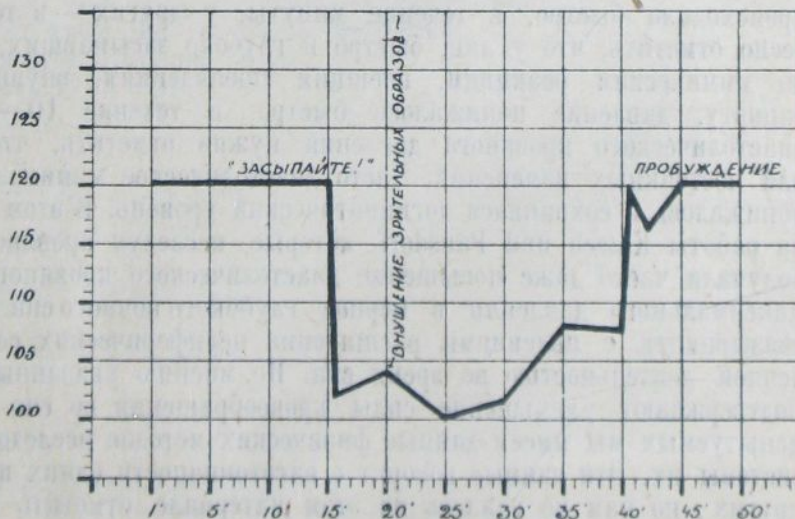
Итак, из кривых №№ 1, 2 и 4, 5, 6 мы видим, что размеры падения кровяного давления были различны. Обычно быстрота понижения шла пропорционально скорости и глубине засыпания, поскольку об этом можно судить по мимике, двигательным реакциям и мышечной гипотонии, а также амнезии, которая всегда являлась при глубоком сне и шла параллельно с большим, свыше 7-ми делений, падением давления. В отношении постоянства кровяного давления в продолжение гипнотического



Кривая № 4. Испыт. Е. я. Гипнотич. сост. глубокое, «сомнамбулизм». Засыпает быстро и глубоко, сист. кров. давл. падает быстро уже в первые 40"; так же быстро нарастает кров. давл. по пробуждении



Кривая № 5. Испыт. Д. - на. Гипнотич. сост. глубокое, наступает быстро, также быстро падение кров. давления. Повышение давления под влиянием зрительных образов (сновидений)



Кривая № 6. Испыт. Г. - ва. Засыпает быстро и глубоко. Кров. давление падает быстро, в первые 20"—со 120 до 102 дел. апар. Патона. Просыпалась постепенно, проснувшись после многократных сигналов. Повышенное давление на 5-й минуте под влиянием внушенных зрительных образов (сновидений)

состояния уже при первых исследованиях было замечено, что кровяное давление зачастую продолжало понижаться и далее по мере удлинения времени сна, правда, в незначительных размерах. Падение кровяного давления в продолжение сна достигает от 5 и до 9—10 делений в течение 30—40-минутного сна. У некоторых лиц, не глубоко спавших, кровяное давление во время сна то повышалось, то понижалось; очевидно, здесь могли иметь значение внешние и внутренние раздражители, как, напр., у объекта В-в при случайном слуховом раздражении, о чем упоминалось ранее (см. крив. № 2). Кровяное давление в продолжение гипноза давало повышение также и в период различных внушений, дававшихся для проверки гипнотического состояния и рапорта и т. п. Нам также удалось отметить повышение кровяного давления во время гипноза, как результат сновидений, что установлено путем опроса объекта. Так как эти факты являются предметом наших специальных исследований, то мы пока ограничимся пока лишь указанием на это. В отношении процесса пробуждения мы можем отметить, что у некоторых объектов (протоколы №№ 1, 2, 4) кровяное давление повышалось не сразу, а постепенно, скачками; почти всегда при этом испытуемые заявляли о своем желании поспать, бывали сонными и только через несколько минут пробуждались совсем и вставали бодрыми. У других объектов кровяное давление по пробуждении поднималось сразу и выше догипнотического уровня, при чем объекты указывали, что они отдохнули, были особенно бодры. Таковы данные у объекта А. Е-й и Г-вой. В остальных случаях кровяное давление повышалось, доходя до величины обычной для кровяного давления в бодрствовании в данном исследовании. В отношении постгипнотических состояний мы могли отметить параллелизм между значительным падением кровяного давления в гипнозе и постгипнотической амнезией из 70 в 45 случаях.

Таким образом, нам удалось провести 69 исследований на 26 испытуемых при довольно равных условиях и одной и той же методике. Во всех 69-ти наблюдениях рапорт загипнотизированного сохранялся в течение всего времени гипноза. В наших исследованиях нам удалось наблюдать достаточно выраженную и постоянную картину изменения максимального кровяного давления. А именно, в гипнозе уровень кровяного давления был ниже уровня давления в догипнотическом состоянии бодрствования. При этом понижение кровяного давления происходило, главным образом, в первый период сна; в дальнейшем, в течение сна, кровяное давление продолжало понижаться, но уже не столь резко. По пробуждении же уровень кровяного давления повышался, выравниваясь с догипнотическим уровнем давления, при чем у одних это выравнивание происходило быстро, в течение минуты, у других — в течение 4—5 минут. Интересно отметить, что у лиц, быстро и глубоко засыпавших, о чем можно было судить по мимическим реакциям, внешним проявлениям, внушаемости и изолированному рапорту, давление понижалось быстро, в течение 10—20 секунд. В отношении диастолического кровяного давления нужно отметить, что мы не наблюдали резких или постоянных изменений. Часто диастолическое минимальное кровяное давление не понижалось и сохранялся догипнотический уровень. В этом отношении можно сослаться на работы Katsch und Pansdorf, которые, исследуя кровяное давление в обычном сне, получали часто даже повышение диастолического кровяного давления при понижении максимального давления в период глубокого ночного сна. Возможно, что эти явления связываются с явлениями расширения периферических сосудов и с пониженной сердечной деятельностью во время сна. По мнению указанных авторов, данные явления подтверждают уменьшение силы кровообращения во сне. Со стороны status'a наших испытуемых мы имеем данные физических методов исследования вегетативной нервной системы их. Эти данные говорят о ваготоничности одних испытуемых, амфотоничности других; но нам не удалось на этом материале отметить особенностей кровяного давления в гипнозе в связи с указанными состояниями вегетативной нервной системы.

ВЫВОДЫ

На основании наших исследований, мы можем прийти к следующим выводам:

1. Во всех наших случаях максимальное кровяное давление в гипнозе всегда падало в пределах от 8 и до 25 делений манометра аппар. Пашона.

2. Быстрота падения давления шла параллельно с быстротой перехода состояния бодрствования в гипнотическое состояние.

3. Величина падения давления, повидимому, стоит в тесной связи с глубиной сонного торможения, и поэтому уровень кровяного давления в гипнозе, как и в спонтанном сне, может служить объективным показателем степени глубины экспериментального сна, госр. гипнотического состояния.

4. Так как между степенью падения кровяного давления в гипнозе и постгипнотической амнезией наблюдается параллелизм, то последняя, очевидно, также может служить критерием для определения глубины экспериментального сна.

5. Кровяное давление может, повидимому, являться тонким показателем при изучении объективных признаков наличия разнообразных, внушенных в гипнозе, состояний.

6. Принимая во внимание наличие падения кровяного давления в гипнозе, можно сказать, что уровень давления может являться одним из объективных признаков, которые смогут в общей сумме отождествить состояние гипноза и спонтанного сна, для чего, конечно, требуются еще дальнейшие исследования различных функций животного организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акад. В. Бехтерев. Об'ективная психология. 1912.
2. Акад. И. П. Павлов. Лекция о работе больных полушарий. 1927.
3. Б. Н. Бирман. Экспериментальный сон (диссертация). 1925.
4. Проф. Л. Васильев. Об основных функциональных состояниях тканей «Новое в рефлексологии». Т. I, 1925.
5. Проф. К. И. Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. «Врачебное дело», 1925.
6. Проф. В. П. Протопопов. Украинский Вестник рефлексологии. 1925. Т. I.
7. Проф. К. И. Платонов. Доклад в заседании психотерапевт. секции X. М. О. 20/III 1928.
8. Ак. В. Бехтерев и д-р Нарбут. Обзорение псих. и неврологии. 1902.
9. Лазурский и Гизе. Обзорение псих. и неврологии. 1900.
10. Beaunis. Гипнотизм. 1886. 2 рус. изд.
11. Bernheim. Hypnotisme et Suggestion. Paris. 1910.
12. Moll. Гипнотизм. Изд. 1912 г.
13. Ак. В. Я. Данилевский. Физиология человека. Т. 1. 1920.
14. Weber. Der Einfluss psych. Vorgänge auf den Körper usw. Berlin, 1910.
15. Katsch und Ransdorf. Münch. Med. Wochenschr. № 50. 1922.
16. Проф. А. В. Гервер. Максимилиановский сборник.
17. Lenk. D. Med. Wochenschr. 1920. В 46.

ZUSAMMENFASSUNG

DER BLUTDRUCK IN DER HYPNOSE

Von D-r. A. M. Zynkin

(Lehrstuhl für wissenschaftliche Untersuchungen im Gebiet der Psychoneurologie, Fakultätsnervenklinik des Medizinischen Institutes Charkow und psychotherapeutische Konsultation des Ukr. Psychoneurologischen Institutes, Leiter Prof. K. I. Platonow)

Der Autor stellte Untersuchungen des Blutdruckes an und zwar im Wachzustande und in der Hypnose, insgesamt 69 an 24 gesunden Objekten (darunter 12 Männer und 12 Frauen). 19 Personen schliefen tief, die übrigen befanden sich in einem mehr oder minder tiefen hypnotischen Zustande. Alle Objekte, mit Ausnahme von 13, wurden erstmalig hypnotisiert. Ausser der erwähnten 69 Untersuchungen wurden auch Kontrollversuche mit veränderter Methodik und unter anderen Bedingungen angestellt. Zur Untersuchung diente der Apparat von Paschon mit sphygmometrischem Oscillometer.

Die angeführten Untersuchungen brachten nachstehende Ergebnisse:

1) In allen Fällen entsprach der Blutdruck in der Hypnose dem 8. bis 25. Teilstrich des Manometers von dem Apparaten von Paschon.

2) Die Geschwindigkeit der Abnahme der Blutdruckes ging mit der Schnelligkeit parallel, mit der sich der Übergang aus dem wachen in den hypnotischen Zustand vollzog.

3) Der Wert des Absturzes des Blutdruckes steht offenbar in enger Beziehung zu der Tiefe der Hemmung im Schläfe und deswegen kann die Höhe des Blutdruckes in der Hypnose als objektiver Index für den Tiefengrad des hypnotischen Zustandes wirken.

4) Da zwischen dem Grade der Abnahme des Blutdruckes in der Hypnose und der posthypnotischen Amnesie ein Parallelismus zu beobachten ist, so darf letztere also auch als Kriterium dienen um die Tiefe des experimentellen Schlafes zu bestimmen.

5) Der Blutdruck kann augenscheinlich als genauer Anzeiger dienen bei der Untersuchung der objektiven Merkmale des Vorhandenseins verschiedener, in der Hypnose suggerierter Zustände.

6) In Anbetracht der Abnahme des Blutdruckes in der Hypnose lässt es sich behaupten, die Höhe des Blutdruckes könne als ein der objektiven Merkmale dienen deren Summe den hypnotischen Zustand mit dem spontanen Schläfe identifiziert; zur Erreichung dieser Summe von Merkmalen sind aber weitere Untersuchungen verschiedener Funktionen des tierischen Organismus notwendig.

ПУЛЬС И ДЫХАНИЕ В СОСТОЯНИИ БОДРСТВОВАНИЯ И В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

(Экспериментальное исследование)

Д-р А. М. Цынжин

(Научно - Исследовательская Кафедра психоневрологии. Укрнауки и психотерапевт. отделение Укр. Психоневрол. Института НКЗ)

При наших исследованиях кровяного давления в гипнозе мы имели возможность отметить определенные постоянные изменения этого давления при переходе из состояния бодрствования в гипнотическое и в продолжение последнего. Изменения эти выражались в падении давления во время гипноза, и если оно повышалось в последнем, то исключительно под влиянием внешних раздражений. Постоянство этих изменений давления в гипнозе заставило нас еще более внимательно подойти также и к вопросу о пульсе и дыхании в гипнозе, являющихся, как и кровяное давление, чуткими реактивами растительной жизни организма. Детальное исследование этих реакций является необходимым и ценным, так как они, наряду с кровяным давлением и другими явлениями процесса обмена, смогут дать картину физиологического состояния организма в гипнозе. Изменения пульса и дыхания в гипнозе уже отмечались и исследовались рядом авторов, но их исследования не дали пока ничего определенного, да они были и немногочисленны.

У Berkheim'a¹⁾ мы встречаем указание, что еще Брэд отмечал изменения пульса и дыхания, при чем указывал, что последние совершаются в гипнозе медленнее, при мускульных же усилиях, при каталепсии, пульс ускоряется. Гейденгайн в 1880 году отмечал во время гипнотического состояния учащение пульса, одновременно расширение глазных щелей, выпячивание глаз, общее потение. Beaunis, проводя эксперименты с внушением учащения пульса, отметил один случай, когда пульс участился при самом гипнотическом засыпании, Liebeault²⁾ указывал, что в гипнозе дыхание становится реже, замедляется кровообращение, понижается температура. Указанному замедлению иногда может предшествовать учащение дыхания. Школа Charcot, широко поставившая исследование объективных признаков гипнотического состояния, все изменения пульса и дыхания приурочивала к «фазам» гипноза, при чем наиболее типичным считалось изменение дыхания в каталептической фазе — дыхание поверхностное и очень редкое, в то время как в других фазах дыхание принимало характер, близкий к типу дыхания обычного для данного объекта в бодрствовании (P. Richet⁴⁾, Tamburini и Sepilli⁴⁾). В свою очередь, нансийская школа в лице Bernheim'a и других, опровергая построение гипноза в виде трех фаз школы Шарко и выдвигая на первый план явления повышенной восприимчивости к внушению в гипнозе, ставила все изменения пульса и дыхания исключительно в связь с привходящими состояниями возбуждения, в котором может находиться гипнотик, в особенности при усыплении путем фиксации при первых сеансах гипноза. При случаях же усыпления путем «тихого» внушения Bernheim у привычных субъектов никаких изменений дыхания и пульса в гипнозе не нашел. Такие же данные сообщает и Crock - fils³⁾. Moll³⁾ отмечал в своих наблюдениях явления замедления пульса и дыхания в одних случаях и отсутствие замедления в других, что объяснял возможностью «гипноза - сна» и «гипноза без сна». В иных случаях он отмечал ускорение дыхания и пульса, что ставил в связь с привходящими состояниями возбуждения при усыплении путем фиксации; такие же явления он наблюдал при продолжительной фиксации, без явлений гипноза.

Говоря о споре двух вышеупомянутых школ Salpêtrière'a и нансийской, академик В. М. Бехтерев⁵⁾ говорит, что разноречивость мнений обеих школ указывает на необходимость тщательного изучения всех проявлений гипнотического состояния. В 1900 г. в лаборатории академ. Бехтерева д-ра Лазурский и Гизе⁶⁾, проводя

исследования пульса в гипнозе у 9 гипнотиков, получили в одних случаях замедление пульса, в других — ускорение, дыхание же замедлялось, становилось реже и глубже. В 1902 году академик В. М. Бехтерев, проводя экспериментальное исследование с внушением в гипнозе аналгезии и записывая при этом графически пульс и дыхание, отметил, что во всех случаях его экспериментов пульс и дыхание в гипнозе замедлялись по сравнению с состоянием бодрствования, при чем дыхание становилось менее глубоким, поверхностным и более равномерным. Описанные ранее Гизе и Лазурским и другими авторами учащения пульса и дыхания при засыпании и в гипнозе Бехтерев объясняет участием эмоций, связанных с усыплением⁷⁾. Доступная нам литература говорит, что эти исследования являются последними в довоенный период и только в 1922 г. Deutsch и Kauf⁸⁾ сообщают, что пульс при их исследованиях учащался при гипнотизировании и в гипнозе. В 1925 г. появилась работа Kirchenberg'a⁹⁾, который у 11-ти исследованных им гипнотиков нашел замедление пульса и понижение кровяного давления в гипнозе. Интересны исследования проф. А. В. Гервера¹⁰⁾, который, проводя психотерапию в гипнозе больных депрессивно-маниакальным психозом, измерял кровяное давление и пульс у них до и после гипноза. Автор в большинстве случаев находил после гипноза по пробуждении учащение пульса и повышение кровяного давления, но данные исследований в самом гипнотическом состоянии им не приведены. Указанное учащение пульса и повышение кровяного давления автор относит за счет повышения тонуса вегетативной н. с., как результат психотерапии в гипнозе.

Приведенные данные истории исследования пульса и дыхания в гипнотическом состоянии указывают на противоречие авторов и отсутствие единства выводов. При этом, если у одних авторов мы встречаем указания на методику и большее или меньшее постоянство условий опыта (Бехтерев) а у других находим упоминания об имевшихся недочетах методики их (Гизе, Лазурский), то большинство авторов не описывает вовсе ни условий опыта, ни методики. Рядом авторов изменения пульса и дыхания в гипнозе учитывались попутно, при постановке экспериментов в других направлениях. Таковы исследования Moll'я, Weber'a, Бехтерева, Гервера и других. Все это, конечно, не могло не отразиться на оценке данных изменения кровообращения и дыхания в гипнозе. Последнее подтверждается тем, что многие авторы (Moll, Бехтерев и друг.) указывают, что учащение пульса и дыхания при засыпании происходило под влиянием привходящих эмоций. Некоторые авторы (Bernheim, Moll и друг.) связывают вообще все изменения пульса и дыхания в гипнозе с привходящими эмоциями и различными условиями при проведении опытов. Bernheim, например, подчеркивает, что учащение пульса и дыхания наступало только при усыплении путем фиксации взора, при «тихом» же усыплении, при устранении всех возбуждающих факторов, пульс не изменялся при его исследованиях. Эксперименты Weber'a, Hoff'a, Hansen'a, Mohr'a, Платонова и друг. указывают на возможность путем словесного воздействия влиять на различные функции вегетативной н. с.; несомненно, можно ожидать изменения состояния последней и при переходе из состояния бодрствования в гипнотическое, а также и в продолжение последнего. Вышеприведенные исследования указывают на ряд возможных изменений кровообращения и дыхания в гипнозе. Указанные выше противоречия в выводах заставили нас внимательно подойти к методике постановки исследований, учитывая и недочеты, выявленные предыдущими исследователями.

В то время как вопрос о природе гипнотического состояния может в настоящее время разрешаться, как вопрос об условно-рефлекторном сонном торможении с большим или меньшим распространением торможения в больших полушариях мозга (Павлов, Бирман), должны быть интересны исследования пульса и дыхания, как органических реакций функционального состояния организма. Так как эти реакции могут быть подвергнуты более или менее точному изучению, то они, как и кровяное давление, были исследованы нами в числе первых при исследовании гипнотического состояния со стороны физиологической.

В клинике проф. К. И. Платонова нами уже наблюдались у некоторых гипнотиков определенные изменения со стороны пульса и дыхания, как и кровяного давления; по предложению проф. Платонова, мы провели систематическое исследование на возможно большем количестве объектов. В наших исследованиях мы ставили себе задачей графически отметить и проанализировать возможные изменения пульса и дыхания в гипнотическом состоянии и повторными исследованиями проследить и проверить постоянство этих изменений. Исследования мы вели в физиологических лабораториях Укр. Психоневрологического Инст-та и факультетской нервной клиники Х. Мед. Института при директоре ее, проф. К. И. Платонове.

Прежде чем приступить к изложению результатов нашей работы, остановимся на кратком изложении методики исследований и постановки опытов.

Касаясь последней, должно указать, что кривые пульса и дыхания мы записывали на кимографе Zuntz'a при помощи воздушного плетизмографа системы акад. В. Данилевского и пневмографа Marey'a при хронографе Jaque. Небольшая часть кривых была также записана на полиграфе системы Boullitte, где записыватели, быть может, не так чувствительны в передаче некоторых изменений в кривой, но на полиграфе мы имеем возможность вести, не прерывая, запись в течение часа и более на непрерывной ленте.

При проведении исследований мы стремились создать одинаковые и постоянные условия опыта. Все испытуемые исследовались в лежачем положении, на руке и на груди укреплялись плетизмограф и пневмограф, при чем рука с воздушным плетизмографом была подвешена на специальной подставке на уровне туловища, с целью устранения возможных движений находящейся в плетизмографе руки. Всем этим мы стремились создать постоянство механических условий опыта. При постановке опыта учитывались также влияние акта пищеварения, а именно, — объекты исследовались, не менее чем через 3 — 4 часа после еды; в этом отношении мы добивались наибольшего промежутка во времени между приемами пищи и моментом исследования. При исследованиях придавалось также большое значение времени дня. При исследованиях мы обращали внимание также как на внутреннее, эмоциональное состояние объекта в момент исследования, так и на окружающую внешнюю среду. Мы стремились к тому, чтобы объект находился в совершенно спокойном «душевном» состоянии, учитывали настроение объекта и стремились устранить все, что могло бы его волновать, раздражать, наталкивать на мысли о задачах опыта и т. п. Происходившие же во время опыта изменения в настроении объекта и во внешней окружающей среде, конечно, учитывались при анализе результатов опыта.

Запись в состоянии бодрствования велась в среднем в течение 10 — 15 минут. Затем приступали к усыплению. Особенно большое значение придавалось содержанию внушения; в этом отношении совершенно не касались внушений покоя, успокоения, не касались дыхания, пульса, расслабления мышц, учитывался тон (императивный и т. п.), каким делалось внушение. В огромном большинстве случаев при усыплении достаточно было общих внушений: «засыпайте, спите крепче» без каких бы то ни было добавочных словесных раздражений. В гипнозе испытуемый находился от 30-ти и до 60 — 70 минут, в зависимости от целей данного опыта, и запись пульса и дыхания велась как в первый период сна в течение 10 — 15 мин., включая и период засыпания, так и через промежутки времени в 15 — 25 минут.

Исследования велись молча и всякого рода разговоры, в особенности объяснение данных исследования в присутствии испытуемого, совершенно исключались.

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Здесь мы представляем данные 79 исследований, произведенных на 28 испытуемых, из которых 5 бывшие 6-ные психотерапевтического отделения диспансера — алкоголики, остальные — служащие Психоневрологического Института, фак. каиники, курсанты, студенты и красноармейцы. Возраст наших испытуемых колебался в пределах от 19-ти до 55 лет; из общего числа испытуемых — 15 мужчин, 13 женщин. Объекты подвергались обстоятельному исследованию со стороны нервной системы и внутренних органов. Большинство испытуемых было нами описано в статье «Кровяное давление в гипнозе», где был изложен их status внутренних органов и нервной системы. Здесь мы кратко отметим только, что функциональные и органические расстройства н. сист. отмечались лишь у 3 испытуемых, из остальных у 8 испытуемых можно отметить легкую возбудимость н. с., сказавшуюся в слегка повышенной впечатлительности, эмотивности. Со стороны органических расстройств нервной системы — у 2-х испытуемых отмечен sclerosis disseminata incipiens с повышением сухожильных рефлексов верхних и нижних конечностей, ослабление кожных брюшных рефлексов. Со стороны status'a вегетативной н. с. можно указать, что реакции при физических методах исследования вегетативной н. с. были амфотерны, можно лишь отметить глазо-сердечный Dagnimi — Aschner'a и солярный рефлекс, давшие незначительные изменения в частоте пульса в пределах от 4 — 8 ударов в 1', в сторону замедления у одних (у 9-ти) и в сторону ускорения — извращенный Aschner — у 2-х. У остальных

испытываемых эти пробы не давали заметных изменений. У 7-ми испытываемых можно отметить сравнительно частый пульс — 84 — 90 — и у одной — дермографизм белый и смешанный. Со стороны внутренних органов (сердце, легкие, почки, жел. - киш. тракт) можно отметить лишь так наз. юношескую недостаточность сердца у одного испытываемого; незначительное повышение кровяного давления у 3-х алкоголиков и явления базедовизма при гипофункции ovaries у одной испытываемой.

Все испытываемые, за исключением 13, подвергались усыплению впервые. При исследованиях наших сон у большинства из них был глубокий, т. е. у них не было ни двигательной ни мимико-соматической реакции на окружающие раздражения (звуковые, болевые и проч.); сон у половины испытываемых сопровождался изолированным рапортом, с хорошей реализацией словесных внушений, с отсутствием внешних реакций на звуковые и болевые раздражения, гипотонией мышц и постгипнотической амнезией. Согласно делению на 3 степени гипнотического состояния (академ. Бехтерев), состояние этих испытываемых можно назвать глубоким сном — таких спящих у нас было 16. Сон остальных можно определить, как сон средней степени, с непостоянно изолированным рапортом, гипотонией мышц, без постгипнотической амнезии, но с повышенной внушаемостью.

Перейдем теперь к изложению результатов наших исследований. Первым мы приведем данные исследования объекта, быстро и глубоко засыпающего, уже часто усыпляемого ранее.

I. 12/III 1927 г. 12¹/₂ час. дня. Испытуемая Д-на, 40 лет. Об'ективных признаков расстройств со стороны внутр. органов и ц. н. с. не обнаружено. Отмечается пульс 63 — 66 ударов в 1' и кровяное давление максимум 130 и минимум 80 по Рашоу постоянно. Проба Aschner'a дает замедление на 4 — 6 ударов в 1 мин. Клиностагич. р. 66/60, дермографизм бледнокрасный, скоропроходящий, проба Эрбена отрицательна. Засыпает глубоко, с повышенной внушаемостью, изолированным рапортом, самопроизвольной анестезией, с выполнением постгипнотического внушения и постгипнотической амнезией. При исследовании самочувствие хорошее. Ела в 9 час. утра. Исследование происходит в лежачем положении. Запись пульса и дыхания начата тотчас по укреплении аппаратуры. На 12-ой минуте спокойного бодрствования — короткое внушение «засыпайте, спите»; веки через несколько секунд сомкнулись и сразу производила впечатление спящей.

Протокол № 1

Состояние	Время	Пульс		Дыхание		Примечание
		Частота.	Сила в мм	Частота.	Глубина в мм	
Бодрствов.	1'	60 — 4,1	20 — 9			
	2'	60 — 4,1	19,2 — 13			
	3 — 4'	60 — 4,2	22 — 8,5			
	5'	60 — 3,6	20 — 10			
	6'	60 — 3,6	22 — 8,5			
	6'20"	62 — 4,5	24 — 11			
	7'	60 — 3,5	20 — 9			
	8'	60 — 3	17 — 11			
	9'	57 — 2,2	8,5 — 2			
	10' — 12'	60 — 3	20 — 9			
Внушение	12'35"	60 — 3	20 — 9			
	12 — 40"	57 — 2,2	17 — 5,5			
Период внушения	12 — 50"	54 — 3	17 — 5			
	13	54 — 3	17 — 5			
Законч. внуш.	13 — 30"	54 — 3	15 — 1,5			
	Спит	14	51 — 3,1	16 — 2,2		

В 12 ч. 35' внушается: «засыпайте, спите». Сейчас же после этих слов закрыла глаза и через несколько секунд производила впечатление спящей.

Состояние	Время	Пульс	Дыхание	Примечание
		Частота, Сила в мм	Частота, Глубина в мм	
Спит.	15 — 16'	51 — 2,4	16 — 3,7	На 16 - й мин. внушено сновидение.
	16 — 20"	60 — 2,2	16 — 4,5	
	16 — 40"	54 — 2,2	18 — 3,5	
	17	54 — 2,2	17 — 2,5	
	Через 20 минут спокойного сна:			
	32'	52 — 2,6	15 — 3,5	На 38 - й мин. внушено пробуждение. Пробужда- условным счетом до 5; при счете 5 открыла глаза, лежит спокойно, запись беспрерывно продолжается. Плетизмограмма отрицательная с момента пробужде- ния, за 15' упала на 6 мм.
	33 — 37'	52 — 2,6	15 — 4	
	38 мин.	54 — 2,8	16 — 4	
	1 (39')	63 — 2,7	20 — 7	
	1 — 20"	63 — 3	17,2 — 7	
Бодрств.	2	66 — 2,7	20 — 7	
	3	63 — 3	20 — 7	

— Чувствует себя «бодрой, как всегда после гипноза».

В данном исследовании пульс, бывший довольно постоянным в бодрствовании, замедлился на 3 удара в 1 мин. уже при усыплении, а в состоянии гипноза это замедление было на 8 ударов по сравнению с пульсом в состоянии бодрствования. В продолжение гипноза пульс продолжал замедляться — с 54 ударов в 1 мин. до 51. При внушенном сновидении пульс участился до 60, затем выравнился до 54. При пробуждении пульс ускорился до 63 ударов в 1 мин. Сила пульсовой волны в данном случае не представляла такого постоянства изменений. Что касается дыхания, то оно, будучи в бодрствовании неравномерным, с частотой в среднем 20 дых. в 1 мин., с глубиной дыхания, изменявшейся от 9 до 11 — 13 мм, при засыпании замедлилось постепенно в течение 30 — 40" до 17 дых. в 1 мин., при чем уже в первые секунды засыпания дыхание стало неглубоким, поверхностным, на уровне линии выдоха. При всем этом дыхание стало более равномерным с соотношением вдоха к выдоху, как 9:8, с большими паузами между вдохами. По пробуждении дыхание участилось в 1-ю минуту до 20 дых. в 1 мин., при чем если частота дыхания не сразу перешла к постоянному уровню, то глубина дыхания быстро, в 1-ю минуту, увеличилась вдвое и уже оставалась в среднем постоянной.

Останавливаясь на плетизмограмме, нужно отметить, что в период 1-й минуты сна наблюдалось нарастание кривой, остававшейся во время гипноза на определенном уровне (см. кривую, (рис. 1 - б и 2 - а). В течение сна волн Траубе-Геринга и Мауера не было. В период пробуждения, с первого же момента его, плетизмограмма становится отрицательной; за 15 секунд она упала на 6 — 8 мм (см. кривую, рис. 1 - б).

Далее снова появляются волны Траубе-Геринга меньшей величины, чем в бодрствовании до гипноза. Пульсовые волны в продолжение бодрствования имеют закругленную, вершину и высоту в среднем от 4-х до 2,8 мм, в гипнотическом состоянии несколько удлиняется диастолическая фаза пульса и слегка высота волны — до 3 — 2,2 мм.

Таким образом, мы имеем явления в замедлении дыхания и пульса при переходе в гипнотическое состояние. Еще более ранним изменением при этом было уменьшение глубины дыхания, при чем она уменьшилась почти втрое. Все эти явления в продолжение 30 мин. гипнотического состояния держались в определенном постоянстве, выявляя тенденцию к дальнейшему замедлению, за исключением периода внушенных сновидений, когда наблюдалось учащение пульса и дыхания. По пробуждении и пульс и дыхание участились, при чем пульс был несколько чаще, чем до гипноза. Плетизмограмма, давшая в первые минуты сна незначительное нарастание, по пробуждении дала более резкую отрицательную плетизмограмму. Интересно исчезновение в гипнотическом состоянии волн Траубе-Геринга и С. Майера в плетизмограмме в связи с тем, что многие авторы связывают наличие этих волн с эмоциональным возбуждением.

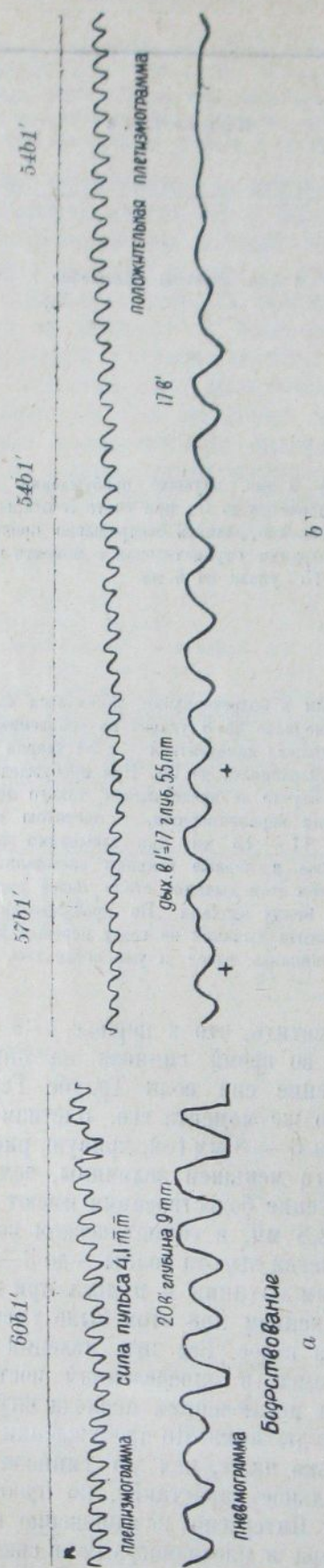


Рис. 1. *a* — бодрств. состояние. *b* — период усыпления. Положительная пневмограмма в конце 1-ой минуты, наибольший подъем ее совпадает с выражением кривой дыхания

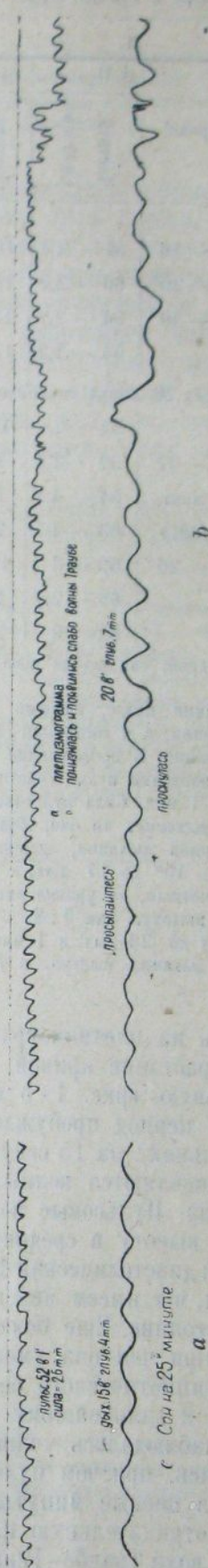


Рис. 2. *a* — Кривые на 25-й минуте гипноза. *b* — Пробуждение. Неравномерность дыхания, возн и отрицательная пневмограмма с появившимся дыхат. вознми

На рис. 1 и 2 непрерывные кривые одного исследования. Читать слева направо

Все указанные явления говорят об определенных изменениях в данном случае и кровообращения и дыхания. При этом амплитуда замедления и ускорения пульса и дыхания не соответствовали друг другу. Здесь же отметим, что максимальное кровяное давление у данного объекта в гипнозе понизилось с 132 в бодрствовании до 128 — 118 в первые минуты сна. Приведем кратко данные изменений пульса и дыхания у нашей испытуемой при остальных исследованиях.

Прот. № 2. 1/I 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз.	Гипн. 20'	Пробужд.	Примечание
Пульс . . .	72 — 1,2 *)	72 — 0,5	68 — 0,5	64 — 0,5	72 — 1,2	Со стороны пульса понижение было на 8 и учащ. на 8. Дыхание замедлено
Дыхание . .	22 — 12	18 — 6	15 — 6,5	16 — 2,5	21 — 12	

Прот. № 3. 23/I 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	Чер. 25 м. сна	Пробужд.	Примечание
Пульс . . .	60 — 1	54 — 1	48 — 1	48 — 1	60 — 1	Замедление п. на 12 уд. в 1 м. и д. на 3 в 1 м.
Дыхание . .	18 — 7	17 — 1,5	15 — 6,5	15 — 7	18,5 — 8	

Прот. № 4. 18/III 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	Чер. 20 м. сна	По пробужд.	Примечание
Пульс . . .	66 — 3,3	60 — 3,2	57 — 4	52 — 3,6	72 — 3	Пульс замедл. на 22 в 1 м. По пробуждении учащение на 20 уд. в 1 мин.
Дыхание . .	22 — 16	16,5 — 4	15 — 7	15 — 2,5	18 — 4	
					15 — 2,8 (Звонок)	

Прот. № 5. 25/IV 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	Чер. 20'	По пробужд.	Примечание
Пульс . . .	57 — 1	54 — 1	51 — 1	53 — 2	60 — 1	Пульс в гипнозе замедлился на 6 уд. в 1 м. дых. — на 3 в 1 м.
Дыхание . .	18 — 9	17 — 3,5	15 — 6,5	16 — 6	17,5 — 5	

Прот. № 6. 29/V 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	Проб.	Бодрств.	Примечание
Пульс . . .	72 — 2,5	66 — 2,2	66 — 1,7	69 — 2	69 — 2,4	При исслед. испыт. в сидячем положении замедление п. на 6 уд. и дых. на 4 — 5 д.
Дыхание . .	21 — 7	16 — 4	16 — 2,5	15 — 3,5	18 — 5,3	

Во всех приведенных опытах повторяются постоянно уже отмеченные в 1-м протоколе исследования изменения пульса и дыхания. В среднем пульс у данной испытуемой замедлялся от 8 до 12 ударов в минуту; по пробуждении пульс возвращался к догипнотическому уровню; в части исследований пульс по пробуждении был чаще цифры пульса до гипноза на 5 — 6 ударов в минуту, что мы видим в протоколе № 4: это совпало с громким звонком, раздавшимся во время пробуждения. Менее постоянным было изменение силы пульса; общим было некоторое уменьшение ее.

Что касается дыхания, то оно замедлялось в приведенных исследованиях в среднем на 4 — 5 дыханий в 1 мин. Более яркими были изменения характера кривой дыхания: почти при всех исследованиях глубина дыхания в гипнозе уменьшалась в 2 — 3 раза, оно становилось поверхностным, на уровне выдоха; паузы между отдельными вдохами значительно увеличивались; вдох к выдоху относился как 5 : 3; 8 : 6; дыхание становилось более равномерным, наблюдались изменения также и в плетизмограмме. В период гипнотического состояния в плетизмограмме исчезали дыхательные волны Траубе-Геринга и волны С. Майера, изредка появлявшиеся в бодрствовании. Плетизмограмма при засыпании слегка нарастала и оставалась на более

*) Вторые цифры — высота воли в миллиметрах.

высоком уровне, по пробуждении же представляла более резкую отрицательную кривую (см. крив., рис. 1 и 2). Шестой опыт был проведен контрольно при сидячем положении объекта и при этом изменении механических условий опыта попрежнему пульс и дыхание в гипнозе замедлялись. Контрольного опыта в состоянии бодрствования при всех равных условиях опыта, но без гипноза, у данной испытуемой провести не удалось, так как при повторных исследованиях ею овладевала сонливость, лишь стоило только ей лечь на привычную кушетку. Повидимому, этим объясняется сравнительно низкая у нее цифра пульсовых ударов в 1 мин. до усыпления при повторных исследованиях; и только в 6-м контрольном опыте при сидячем положении в кресле у испытуемой в начале опыта сонливости не было.

Следующими мы приведем данные исследования испытуемого К-ва, амфотоника, медленно засыпающего.

II. К-в 20 лет. Со стороны внутренних органов и ц. н. с. нарушений нет. Атлетического сложения. Со стороны вегетативной н. с. амфотоничен. Пульс постоянно 75—72; кров. давл. макс. 140; мин. 80 — по Rason'y.

Протокол № 7. 2/XII 28 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	На 25' сна	По пробужд.	Примечание
Пульс	72	70	68	60	70	
Дых.	21—40	19,5—38	18—19,5	15—19	20—38	Замедл. на 6.

Кривую дыхания см. на рис. 3; на этом же рисунке представлено понижение кривой кров. давления в гипнозе на 10-й и 20-й мин. (2-й и 3-й отрезки кривых одного и того же опыта).

Протокол № 8. 8/XII 28 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72	68	66	72	Усыпл. императивн. внут.
Дых.	22	18—1	17	20	Сон средней степени.
Сист. кров. давл.	—	—	—	—	

Протокол № 9. 12/I 29 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	На 25' сна	По пробужд.	Примечание
Пульс	75	75—72	66	66	72	
Дых.	20—38	19—36	16—17	15—17	21—40	
Сист. кров. давл.	140	—	—	128	140	

Протокол № 10. 13/I 28 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз.	На 20' сна	По пробужд.	Примечание
Пульс	78	72	66	66—63	75	Замедл. на 3.
Дых.	20—41	20—36	17—20	17—18	20—40	
Сист. кров. давл.	140	—	126	—	140	

У данного объекта мы видим то же постоянство изменений пульса и дыхания в гипнозе. Сила пульса не представляет постоянства изменений: иногда увеличивалась при дикротизме волны, иногда была значительно ниже. Резко изменялась в данных исследованиях глубина дыхания: в 2—2½ раза. Интересно, что сон у данного испытуемого по степени внушаемости, отсутствию изолированного рапорта и постгипнотической амнезии был средней степени, но замедления пульса были здесь значительны и только в небольшой степени отличались от замедлений пульса у предыдущего, глубоко спавшего объекта; правда, такое сравнение здесь едва ли возможно, так как предыдущий объект по сравнению с данным был астеничен; к тому же в последних повторных опытах уровень пульса у 1 испытуемого был низок по указанной выше причине. Пульс был записан по сист. Ускова и понижение кривой соответств. понижению сист. кров. давл. см. рис. 3.

Далее приведем в кратком обзоре данные исследований всех 28-ми испытуемых.

III. Испыт. Г-ва. 28 лет. Объективных признаков расстройств ц. н. с. и внутренних органов не обнаружено. Со стороны вег. н. с. проба Ашнера — извращен. — ускорение пульса на 3 удара в 1 мин. Дермографизм смешанный. Клиностатич. 73/72. Проба Эрбена отрицательна. Сон глубокий, с изолиров. рапортом, повышенной внушаемостью, постгипнотической амнезией. Засыпает быстро при императивном внушении «засыпайте, спите».

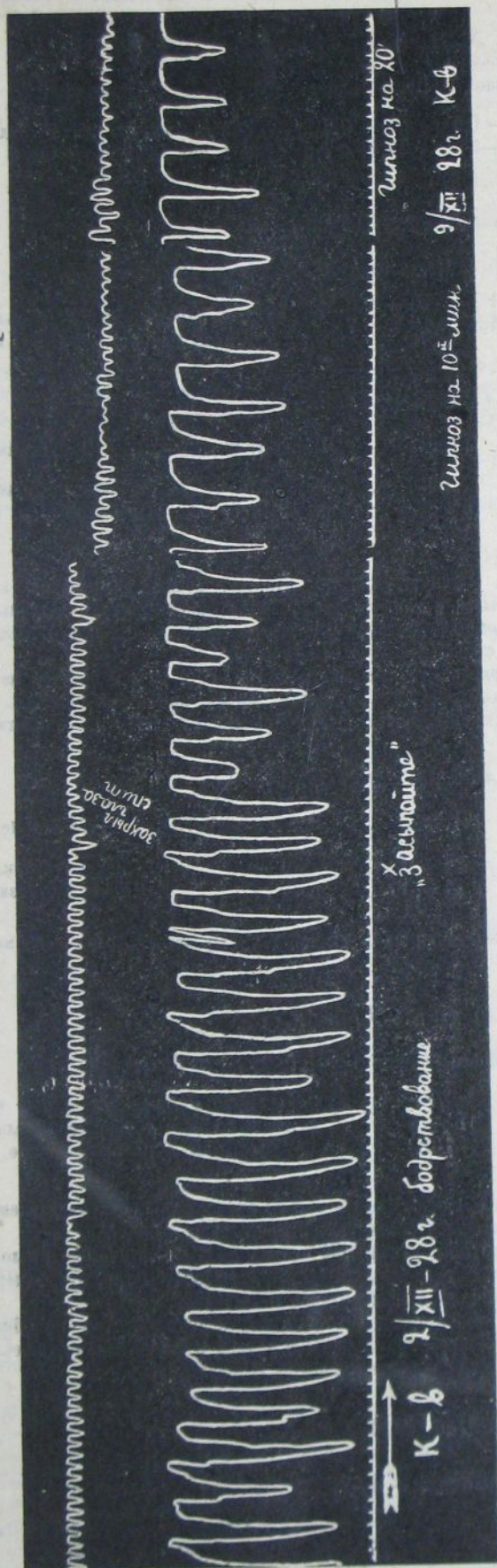


Рис. 3. Кривые давления и дыхания в бодрствующем состоянии и в гипнозе

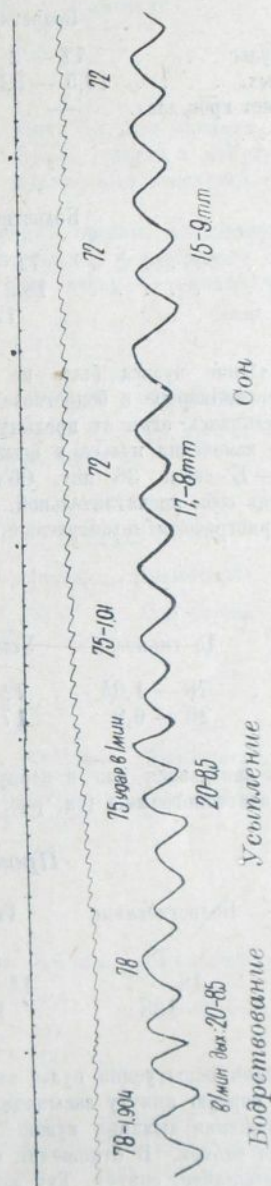


Рис. 4. В гипнозе замедлился дыхание и пульс, а электрограмма перешла в положительную при засыпании. Читать кривую слева направо

Протокол № 11. 15/XI 27 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз.	После гипноза	Примечание
Пульс . . .	71 — 2	64 — 2	60 — 0,9	65 — 0,8	Замедл. пульса на 11 ударов в 1 мин., дыхания — на 3 дх. в 1 мин.
Дых. . . .	18,5 — 8;	17 — 5	16 — 5	21,4 — 7	

Протокол № 12. 1/XI 27 г.

	Бодрств.	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72 — 2	64 — 1	75 — 0,6	Пульс замедл. на 8 ударов в 1 мин., дх. — на 2 д. в 1 м.
Дых.	19,5 — 5,5;	17,9 — 4,5	18,5 — 7	
Сист. кров. давл.	—	—	—	

Протокол № 13. 4/XII 27 г.

	Бодрствование	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72 — 2	60	72	Замедление пульса на 8, дыхания на 3 д. в 1 мин.
Дых.	18,5 — 7	16 — 7,5	19 — 7	
Сист. кров. давл.	120	103	120	

Замедление пульса было на 8 ударов в 1 минуту. Высота пульсов. волны уменьшилась в 2 раза. Дыхание, неравномерное в бодрствовании, замедлилось в гипнозе, стало более равномерным и несколько более глубоким, отличаясь этим от предыдущих исследований. Падение кровяного давления наступало значительно раньше, чем изменения пульса и было в данном случае довольно значительно.

IV. — Е-ская, 36 лет. Объективных признаков расстройств ц. н. с. и внутр. органов не обнаружено. Считает себя впечатлительной. Пульс 84, дыхание 18 д. в 1 мин. Физич. пробы для вегет. н. с. отрицательны. Дермографизм бледнокрасный, скоропроходящий. Засыпает быстро при императивном внушении «засыпайте, спите».

Протокол № 14. 26/XI 27 г.

	До гипноза	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	78 — 1,04	72 — 1	72 — 1	78 — 1	Сон глубокий. «Сомнамбулизм».
Дых.	20 — 6,8	17 — 5,6	14 — 8	20 — 7	

Пульс замедлился уже в первую минуту засыпания на 6 ударов в 1'. Пульсовая волна ясно замедлена. Нарастание плевизмограммы (см. рис. 4).

Протокол № 15 (Е-ая). 27/XI 27 г.

	Бодрствование	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	78	72	78	Сон глубокий. Раздражение фарад. током кат. = 0 вызвало только двигательную реакцию, а не пробуждение.
Дых.	18 — 7	14 — 8	16 — 7	
Кров. давл. .	138	120	138	

У данной испытуемой пульс замедлился на 6 ударов, при чем в то время, как кровяное давление резко упало уже в первую минуту засыпания, пульс замедлялся сравнительно постепенно.

В отношении дыхания нужно отметить, что при замедлении его на 4 д. в 1 мин. оно стало глубже, с замедленным вдохом. В отношении сна можно отметить, что испытуемая засыпала быстро, при императивном внушении «засыпайте, спите». Тут же приводим снимок кривых пульса и дыхания.

V. — Я-я. 38 лет. Педагог. Нарушений со стороны н. с. и внутренних органов не обнаружено. Со стороны вегетативной н. с. при пробе Ашнера — пульс замедлен на 6 ударов в 1 мин. Клиностагич. 78/72. Прочие рефлексы без изменений. Дермографизм смешанный. Сон глубокий — «сомнамбулизм».

Протокол № 16. 24/XII 27 г.

	Бодрств. на 1 мин.	Бодрств. покой на 15 мин. — на 30 м.	Примечание
Пульс.	72	72, 73	Лежала молча, спокойно. «Были изредка различн. мысли».
Дых.	18	17 — 18	
Кров. давл. .	130	130	

Протокол № 17. 6/XII 27 г.

	Бодрств.	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	73	68	70	Сон глубокий «Сомнамбулизм»
Дых.	18 — 5	14 — 2,5	18,4 — 4	
Кров. давл. .	130	120	130	

Протокол № 18. 16/XII 27 г.

	Бодрств.	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72	66	72	
Дых.	17 — 5,4	13 — 2	18,4 — 4	

Если при контрольном исследовании без гипноза пульс и дыхание почти не дали никаких изменений, то при гипнозе пульс постоянно замедлялся уже в первые минуты сна от 5 — 6 ударов в минуту. Дыхание замедлялось на 4 д. в 1 мин. и становилось несколько поверхностнее. Ясно выраженных изменений в плетизмограмме не было.

VI. Л.-нова, 22 г. Органических нарушений со стороны внутренних органов не обнаружено. Анемична. Эмотивна. Пульс 94 — 96 постоянно. Проба Ашнера и прочие отрицательны. Дермографизм смешанный. В гипнотич. состоянии погружается быстро, в течение нескольких секунд. Сон глубокий — «сомнамбулизм».

Протокол № 19. 12/IV 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	93	87	84	90	Сон глубокий.
Дых.	20 — 11	20 — 6	15 — 6	20 — 10	

Протокол № 20. 15/IV 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробужд.	Примечание
Пульс	92	88	84	90	Сон глубокий.
Дых.	20 — 10	20 — 6	15 — 6	20 — 10	

Протокол № 21. 25/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробужд.	Примечание
Пульс	84	74	68	78	Сон глубокий.
Дых.	18	18	15	18	
Сист. кров. давл.	100	93	92	100	

Протокол № 22. 27/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробужд.	Примечание
Пульс	80	78	70	78	Сон глубокий.
Дых.	18	18	15	18	
Кров. давл. .	100	92	92	100	

В данном случае испытуемая по физич. пробам вегет. н. с. напоминает ваготонику. При исследованиях было отмечено замедление пульса на 9 ударов. Замедление наступало постепенно, по пробуждении ускорялось быстро, но было ниже догипнотического уровня. Дыхание замедлялось незначительно, ярче изменялась в гипнозе глубина дыхания, уменьшаясь почти вдвое. Плетизмограмма первых исследований не давала резких изменений сосудистых; нужно заметить, что волны S. Mayer'a, изредка появлявшиеся в бодрствовании, в гипнозе совсем исчезали. Исследования-протоколы №№ 21 и 22 производились при измененном status'e испытуемой, — на 4 — 5 мес. нормально протекавшей беременности. Со стороны вегетативного статуса можно было отметить: р. Ашнера — пульс замедляется с 82 до 72; клиностатич. — 86/84; ортостатич. 84/88. При последних исследованиях пульс замедлялся в гипнозе больше, чем в предыдущих. Плетизмограмма при усыплении была резко положительна — в теч. 15 — 20 сек. нарастала до 10 — 8 мм.

VII. Я.-в. 19 лет. Музыкант. Нарушений внутр. органов и ц. н. с. не обнаружено. Со стороны вегет. н. с.: р. Ашнера — пульс замедляется на 6 ударов в 1 минуту. Дермографизм бледнокрасный быстропроходящий. Солари. рефл. — пульс замедл. на 3 удара в 1 мин.; пульс 72 в 1 м. постоянно. Остальные физические пробы отрицательны. Спит в гипнозе не глубоко, с повышенной внушаемостью, без постгипнотической амнезии; с каждым повторным исследованием сон становился глубже, сопровождался все большей внушаемостью и проч.

Протокол № 23. 2/VI 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	75 — 2	72 — 2	68 — 2,7	78 — 3,1	Сон средней степени. Амнезии полной нет. В гипнозе дикротизм резче.
Дых.	20 — 5,5	18,4 — 5,5	17,5 — 6,5	20 — 7	

Протокол № 24. 5/VI 1927 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72 — 2,5	78 — 2; 70 — 1,5	66 — 1,8	78 — 2	Вдох относится к выдоху, как 8 : 6; плевтизогр. полож. при засып. В бодрств. незнач. учащения Траубе — Г. В гипнозе ослабевают.
Дых.	17 — 14	18,4 — 10	17 — 4,5	18,4 — 16	

Протокол № 25. 2/VII 27 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	67	62 — 8	62,8 — 1,5	63 — 1,7	Дикротизм пульса в гипнозе резко выражен.
Дых.	17 — 8	17,5 — 8	15 — 7	17 — 8	

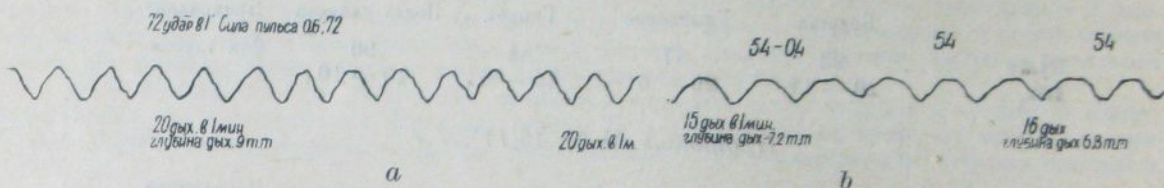


Рис. 5. а — бодрствование. б — гипнотическое состояние

Протокол № 26. 14/X 27 г.

(см. кр., рис. 4)

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	Гипн. чер. 20'	По пробужд.	Примечание
Пульс	78 — 0,8	75 — 0,5	72 — 0,5	72 — 0,5	78 — 0,8	Сон не глубокий, с легкой внушаемостью, анестезией; без постгипн. амнезии.
Дых.	20 — 8,5	20 — 8,5	17 — 8,0	16 — 5,5	18 — 7,5	
Систол. кр. давл. .	120	—	110	—	115; 120	

Протокол № 27. 15/IX 28 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	Гипноз на 25'	По пробужд.	Примечание
Пульс	63 — 11	69 — 3,3	54 — 2,9	54	63 — 3	
Дых.	17 — 7	17 — 7	16 — 8,5	16 — 8	18,4 — 7	

Протокол № 28. 8/XII 28 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	66 — 1	66 — 1	54 — 1	66 — 1,8	
Дых.	18,4 — 8	17 — 8	16 — 7	18,4 — 8	

Кровяное давление при исследованиях постоянно понижалось в гипнозе от 6 и до 10 дел. (Rachon). Данный испытуемый при каждом последующем исследовании засыпал все глубже, поскольку об этом можно было судить по степени понижения кров. давл. и мимико-соматич. реакциям на раздражение. Нужно отметить, что у него при повторн. исследованиях развивалась сонливость в период подготовки к исследованию до усыпления. Замедление пульса в гипнозе в среднем на 6 — 7 ударов в 1 мин. Изменялась и сила пульса, при чем зачастую пульсовая волна увеличивалась, дикротизм пульса становился резче, диастола замедлялась. Интересно некоторое учащение пульса и в меньшей степени дыхания в период усыпления, при чем, как удалось наблюдать, это учащение было, когда одновременно с словесным внушением применялось и поглаживание лба; здесь возможна какая-либо эмоция. Здесь же приводим снимок кривых — рис. 4 к прот. № 26 14/X 27 года.

VIII. Ан-ко. 48 лет, служащий. В анамнезе — алкоголизм. Со стороны внутренних органов — незначительные явления артериосклероза. Со стороны н. с. ваготоничен.

Протокол № 29. 7/X 27 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	78	78	70	75	В гипнозе изолир. рапорт. Повыш. внушаемость. Постгипн. амнезия.
Дых.	20	22	17	20	

Протокол № 30. 13/X 27 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	75	75	66	72	Замедление пульса на 9 ударов в 1 м., дыхания — на 3 д. в 1 мин.
Дых.	20 — 10	18 — 10	17 — 4	20 — 8	

Протокол № 31. 5/XII 27 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	75	70	64	75	
Дых.	20 — 8	18,4 — 6	16 — 4	20 — 7	

Сист. кр. давл. при исследованиях в гипнозе постоянно понижалось от 8 до 10 дел. ап. Пашона.

В данных исследованиях объект засыпал в течение 1—1½ мин. Сон глубокий. Пульс замедлялся на 9—10 ударов в 1 мин.; дыхание — на 3 д. в 1 мин., при чем глубина дыхания уменьшалась вдвое.

IX. Ц.-я. 25 лет. Органических нарушений н. с. и внутрен. органов не отмечено. Со стороны вегет. н. с. рефл. Ашнера — пульс замедляется на 6 ударов в минуту. Соляри. без изменений. Клиноостатич. 78/72; остальные без изменений. Дермографизм смешанный.

Протокол № 32. 20/XII 27 г.

	Бодрствование	Гипноз	Пробуждение	Проснулась	Примечание
Пульс	66 — 1	57 — 0,5	66 — 1	70 — 1	Сон глубокий. Засыпает при слове «засыпайте» быстро при императивн. усыпл. Дыхание (брюшное) стало в гипнозе глубже.
Дых.	22 — 13	20 — 16	22 — 13	22,6 — 12	

Протокол № 33. 5/I 28 г.

	Бодрствование	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	66 — 1,5	56 — 1	68 — 1,2	Сон глубокий — «сомнамбулизм»
Дых.	22 — 12	18 — 15	22 — 12	
Сист. кров. давл.	110	100	110	

Протокол № 34. 6/I 28 г.

	Бодрствование	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	63	56 — 54	66	Без графическ. исследов., путем обычн. подсчета пульса и дых.
Дых.	20	17	20	
Кров. давл.	112	100	114	

В данных исследованиях пульс замедлялся на 8—9 ударов в 1 мин. Замедление это наступало довольно быстро. Нужно отметить, что кровяное давление понижалось гораздо быстрее, уже в первую минуту сна. Сила пульса в гипнозе почти не изменялась. Пульсовая волна в диастоле значительно замедлялась; дикротизм пульсовой волны в гипнозе был резко выражен. Плетизмограмма при засыпании незначительно повышалась, по пробуждении отрицательна. Дыхание (брюшное) замедлялось на 3—4 в 1 мин., становилось постоянно глубже. Интересно отметить сравнительно замедленный пульс в бодрствовании до гипноза в исследованиях — прот. №№ 33, 34; при этом нужно указать, что объект отмечал сонливость, наступавшую в лаборатории при повторных исследованиях.

X. М.-ва. 27 лет. Курсистка. Объективных признаков нарушений н. с. и внутренних органов нет. Со стороны н. с. амфотонична.

Протокол № 35. 29/X 27 г.

	Бодрствование	Бодрств. на 25'	Бодрств. на 30'	Примечание
Пульс	78	77	78	Контрольный, без гипноза
Дых.	22 — 7	22 — 7; 23 — 6	21,8 — 7	

Протокол № 36. 9/X 27 г.

	Бодрствование	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	78	72	78	Замедление пульса на 6 ударов в 1 м., дыхания — на 3,5.
Дых.	22 — 8	18,4 — 5	24 — 9	

Протокол № 37. 6/I 28 г.

	Бодрствование	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	80	73	82	Сон глубокий, с изолирован. рапорт. и повышен. внушен.
Дых.	24 — 8	20 — 6,5; 18,4 — 5,5;	24 — 9	

Здесь в гипнотич. состоянии замедление пульса было на 6 — 7 ударов в 1 мин. Дыхание замедлялось на 3,5 — 5 д. в 1 мин. Кровяное систолическое давление у данного объекта постоянно понижалось на 8 — 10 делений. Пробуждалась испытуемая очень быстро, может быть, с этим связано некоторое учащение пульса и дыхания по пробуждении. Дыхание в гипнозе было менее глубоким, поверхностным.

XI. Н. В. 56 л. В анамнезе — алкоголизм. Со стороны внутренних органов незначительные явления артериосклероза, расширение cordis на 2 пальца влево. Органических нарушений н. с. не обнаружено. Ваготоничен.

Протокол № 38. 10/XI 27 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	77	70	75	Сон не глубокий; средней глубины.
Дых.	21,8 — 12	18,4 — 6	22 — 12	

Протокол № 39. 16/XI 27 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	75	68	73	
Дых.	22 — 11	17 — 6; 16 — 6	21,8 — 10	
Сист. кров. давл.	150	140	150	

Здесь мы имеем замедление пульса в гипнозе от 4 до 8 ударов в 1 мин. Плетизмограмма в течение всего исследования была слегка положительна. Резких изменений при усыплении не дала и по пробуждении была несколько отрицательна. Кровяное давление в гипнозе понижалось со 150 до 140.

XII. В. А. - хов. 20 л. Курсант. В анамнезе бронхиальная астма, по словам испытуемого. Нарушений со стороны н. с. не обнаружено. Ваготоничен, спит глубоко — «сомнамбулизм».

Протокол № 40. 6/II 28 г.

	Бодрствование	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	70	60	72	Пульс замедлялся в гипнозе на 10 уд. в 1 мин., дыхание — на 2,5 — 3 д. в 1 м. Плетизмограмма при засыпании резко положительн., по пробуждении — отрицательна.
Дых.	18,4	16	18,4	
Кров. давл.	118	110	122	

Протокол № 41. 20/II 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72	69	чер. 1 м. 60; 60	69	Замедление пульса на 12 удар. в 1 м., дых. — на 3 д. в 1 м.
Дых.	20	17	17	20	

Протокол № 42. 15/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	78 — 0,8	68 — 0,8;	66 — 0,7	81 — 0,8	Пульс замедл. на 12 уд. в 1 м., дых. — на 3 д.
Дых.	20 — 8	17 — 5	17 — 3	20 — 9	

Протокол № 43. 28/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72 — 0,8	66 — 0,5	60 — 0,5	70 — 1	Замедление пульса в гипнозе на 12 уд. в 1 мин.
Дых.	20 — 10	17,5 — 6	15 — 4	20 — 8	

ХШ. М. Р. - н. 18 лет. Слесарь. Со стороны внутр. орг. и н. с. отклонений от нормы нет. Физически крепок. Пульс — 72 — 74 постоянно. Проба Ашнера — пульс замедляется на 8 ударов в 1 мин. Клиностагич. р. 74/72. Остальные физ. пробы отрицательны. Дермографизм красный, быстро исчезающий. Сон глубокий, повышенная внушаемость, постгипнотическая амнезия, изолированный рапорт.

Протокол № 44. 18/IX 27 г.

	Бодрств.	Бодрствован.	Бодрств. на 30 м.	Примечание
Пульс	72	72	70	Под конец исследования немного сонлив.
Дых.	18,4 — 16	20,4 — 16	18 — 14	

Протокол № 45. 29/IX 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	70 — 4	66 — 4,5	60 — 3	72 — 4,5	
Дых.	20 — 18	20 — 10	17 — 4		
Кров. давл.	128	118	115	129	

Протокол № 46. 2/IV 28 г.

	Бодрств.	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	74 — 3,8	66 — 3	74 — 4	
Дых.	21,4 — 18	17 — 6	22 — 18,5	

Систолическое кровяное давление при исследованиях постоянно понижалось на 10 — 12 дел. аппарата Пашова. Пульс дикротичен, имеются изредка волны S. Mayer'a в бодрствовании. В гипнозе пульс замедлился на 8 — 10 ударов в 1 мин., замедление наступало постепенно в 4 — 5 мин. Плетизмограмма при засыпании несколько нарастает в течение 1 — 2 мин.; по пробуждении отрицательная плетизмограмма в течение 15 — 20 секунд. В гипнозе пульс резко дикротичен, пульсовая волна в диастоле замедлена. Дыхание, неравномерное в бодрствовании, в гипнозе замедлялось на 3 — 4 дых. в 1 мин., становилось резко поверхностным, на уровне выдоха, выдох резко замедлен. Вдох относится к выдоху, как 3 : 10. Дыхание в гипнозе шумное, с храпением.

XIV. Щ. - нов. Красноармеец. Здоров. Атлетического сложения. Пульс: 70 — 72 постоянно. При пробе Ашнера пульс замедлился на 6 ударов в 1 мин. Клиностагич. рефл. 72/70. Дермографизм бледнокрасный, быстропроходящий. Проба Эрбена и проч. отрицательны.

Протокол № 47. 15/II 28 г.

	Бодрствование	Бодрств. на 25 мин.	Бодрств. на 30 мин.	Примечание
Пульс	74 — 72	70	70	Все время слегка сонлив
Дых.	20 — 12	20 — 10	20 — 19	

Протокол № 48. 16/II 28 г.

	Бодрствование	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72	70	66	72	Пульс замедл. на 6 ударов в 1 мин., дых. — на 3,5.
Дых.	18,4	18	15	18	
Кров. давл.	118	112	110	120	

Протокол № 49. 20/II 28 г.

	Бодрств.	Усыпл.	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72 — 3	70 — 3	64 — 2,6	72 — 3,3	Пульс замедл. на 8 удар в 1 мин., дых. — на 3,5 д. в 1 мин.
Дыхание	18,4 — 14	18,4 — 10	15 — 6	18 — 11	

XV. З. - н. 25 лет. Конторщик. В анамнезе — аппендицит, грыжа, после операции явления ваготонич. невроза. Со стороны н. с. неврастеничен. Со стор. вегет. н. с.: проба Ашнера — пульс замедлен на 8 ударов в 1 мин. Солярн. р. замедл. на 8 ударов в 1 мин. Клиностагич. 70/64. Дермографизм красный, не резкий, быстропроходящий.

Протокол № 50. 30/IV 28 г.

	Бодрств.	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	72	64	70	Сон глубокий, просыпается медленно, после нескольких инушений.
Дыхание	18 — 8	15 — 5	18,4 — 7	
Кров. давл.	120	108	118	

Протокол № 51. 3/V 28 г.

	Бодрств.	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	69 — 1,5	60 — 1,5	66,5; 68	После сеанса слетка чувство голода.
Дыхание . . .	18,4 — 9	15 — 4	17 — 7	

Систолическое кровяное давление в гипнозе постоянно понижалось на 12—10 деа. аппарата Пашона. Замедление пульса в среднем на 8—9 ударов в 1 мин. Замедление наступало в первые минуты сна. Дыхание замедлялось на 3—3,5 дых. в 1 мин. Глубина его в гипнозе уменьшалась вдвое. С каждым повторным исследованием сильнее было падение кровяного давления и сон, очевидно, становился глубже. Замедление пульса также в среднем было значительное. Плетизмограмма при засыпании давала небольшое нарастание кривой, по пробуждении была отрицательна. Дикротизм пульса в гипнозе резко усиливался. Дыхательные волны Траубе-Геринга в гипнозе уменьшались, возможно, в связи с уменьшением глубины дыхания.

XVI. С-ва. 30 лет. Служащая. Со стороны внутренних органов нарушений не обнаружено. Со стороны н. с. эмоциональность. Со стор. вегет. н. с. амфотонична.

Протокол № 52. 23/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	84	80	67	82	Сон глубокий — «сомнамбулизм». Положение сидячее.
Дыхание . .	20	88	16	20	
Кров. давл.	128	120	120	128	

Протокол № 53. 28/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	84	80	66	83	Сон глубок. — «сомнамбулизм». Положение сидячее.
Дыхание . .	19	17	16	20	
Кров. давл.	—	—	—	—	

Замедление пульса в гипнозе здесь было на 7—8 ударов в 1 мин., при чем при втором исследовании замедление это наступило раньше и было значительнее. Сопоставить указанное с глубиной сна по признаку внушаемости не удалось, ибо сон был глубокий — «сомнамбулизм» с высокой внушаемостью, и только более резкое замедление пульса и кровяного давления позволяют думать о большей глубине сна.

XVII. Б-кая. 18 лет. Со стороны внутренних органов и ц. н. с. нарушений не обнаружено.

Протокол № 54. 23/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	88	86	82	88	Сон средней степени, в сидячем положении.
Дыхание . .	22	20	18	20	
Кров. давл.	135	132	132	135	

Протокол № 55. 25/VII 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	86	86	82	88	«Была сильная дремота». Сон средней степени. Положение сидячее.
Дыхание . .	20	18	17	20	
Кров. давл.	132	—	128	132	

Замедление пульса в гипнозе на 6 ударов в 1 мин. В продолжение гипнотического состояния пульс продолжал замедляться, рапорт не прерывался. В этих исследованиях пульс замедлился значительней, чем понизилось кровяное давление. Дыхание замедлилось на 3—4 дых. в мин. Если в незначительном замедлении пульса можно отметить соответствие поверхностности сна, то дыхание здесь замедлилось значительно по сравнению с дыханием других испытуемых.

XVIII. И-ва. 28 лет. Со стороны н. с. sclerosis dissemin. incipiens с явлениями пирамид. знаков и отсутствием брюшных рефлексов. Со стороны вег. н. с. проба Ашнера — извращен. — пульс ускорен на 3 удара в 1 мин. Ортостатич. р. 80—84. Дермографизм смешанный. Сон глубокий — «сомнамбулизм».

Протокол № 56. 15/III 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	88	90	78	90—92	Пульс замедлен на 12 ударов в 1 мин., дыхание — на 4—5 д. в 1 мин.
Дыхание . .	22—11	22—12	17,5—4,5	21,8—9	

Протокол № 57. 20/IV 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	88	80	78	90 — 92	Пульс замедлен на 12 ударов в 1 мин., дыхание — на 4 — 5 д. в 1 мин.
Дыхание . .	22 — 10	21,8 — 12	18,3 — 4	20 — 12	

Протокол № 58. 22/IV 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	84	80	72 — 70	84	Пульс замедлился в гипнозе на 12 ударов в 1 мин. Дыхание — на 8 дых. в 1 мин. Дыхание становилось поверхностным.
Дыхание . .	20 — 10	20 — 8	17 — 3	20 — 8	

Протокол № 59. 25/IV 28 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	80	78	70 — 68	84	Сон глубокий — «сомнамбулизм».
Дыхание . .	20 — 11	20 — 10	16 — 4	20 — 10	

Систолическое кровяное давление в гипнозе обычно понижалось на 9 — 10 делений.

Замедление пульса в среднем на 2 — 10 ударов в 1 минуту. Нужно отметить, что пульс при усыплении обычно ускорялся на 2 — 3 удара в 1 мин. Указанное явление наблюдалось при внушении сна императивным тоном и при прикосновении ко лбу (пассы). При устранении указанных приемов этого ускорения мы уже не замечали. Плетизмограмма резких определенных изменений не давала, можно лишь отметить отрицательную плетизмограмму в течение нескольких секунд по пробуждении. Дыхание в гипнозе замедлилось на 4 д. в 1 мин.; глубина его уменьшилась вдвое. При внушении сновидений пульс участился до 90 — 96 ударов, дыхание — до 30.

XIX. Б.-й. 48 лет. В анамнезе алкоголизм. Со стороны н. с. — неврастеничен. Со стороны внутренних органов нарушений не отмечено.

Протокол № 60. 23/VII 28 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс . . .	72	67; чер. 40' — 65	72	Сон средней степени.
Дыхание . .	18	16	18	
Кров. давл.	132 — 95	128; чер. 40' — 120	130	

Протокол № 61. 24/VII 28 г.

	До гипноза	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	72	66	72	Сон средней глубины.
Дыхание . .	20	17	18,5	

Замедление пульса на 5 — 7 ударов в 1 мин. Дыхание замедлилось на 2 — 3 дых. в 1 мин. Замедление это происходило не быстро, в течение 2 — 3 мин. Кровяное давление понизилось уже в первые 1 — 2 мин. В данных исследованиях пульс замедлялся несколько сильнее, чем понижалось кровяное давление. Гипнотическое состояние было не глубокое, без изолированного рапорта, была сильная дремота, и этим можно объяснить весьма незначительное замедление пульса, дыхания и понижение кровяного давления. Исследование проводилось не графически, а путем обычного подсчета пульса и дыхания.

XX. И.-ко. 26 лет. Анемична. По словам объекта, впечатлительна, эмотивна. Со стороны вег. н. с. при пробе Ашнера — пульс ускоряется на 3 удара в 1 мин. Ортостатическ. р. 84/88. Дермографизм смешанный. Проба Эрбена и проч. отрицательны.

Протокол № 62. 8/IV 27 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс . . .	90 — 1	84 — 0,5	90 — 93	Сон глубокий — «сомнамбулизм». Пульс замедл. на 6 уд. в 1 мин., дыхание — на 3 д. в 1 мин.
Дыхание . .	20 — 7	17 — 4	20 — 7	

Протокол № 63. 22/V 27 г.

	До гипноза	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	93 — 1	87 — 1	84 — 0,5	93 — 0,8	Замедление пульса на 6 ударов, дыхания — на 3,5 — 4 д. в 1 мин.
Дыхание . .	20 — 5	22 — 4,5	18,4 — 4	22,5 — 6	

Протокол № 64. 15/XI — 28 г.

	До гипноза	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	90	88	84	88	Сон глубокий — «сомнамбулизм».
Дыхание . .	20 — 7	19,5 — 5,5	17 — 4	20 — 6	

Кровяное давление в гипнозе постоянно понижалось с 112 до 100. Засыпание всегда происходило быстро. Сон был глубокий, с изолированным рапортом и повышенной внушаемостью. Пульс при всех исследованиях замедлялся в среднем от 6 до 9 ударов в 1 мин. Дыхание было менее постоянно, неритмично в бодрствовании; в гипнозе оно замедлялось на 3,5 — 4 д. в 1 мин., становилось несколько поверхностней и более равномерным.

XXI. Ш - п. 27 лет. Со стороны внутренних органов и ц. н. с. отклонений не отмечено. Ваготоничен.

Протокол № 65. 7/II 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	78 — 0,9	78 — 0,9	69 — 0,6	75 — 1,7	Сон глубокий.
Дыхание . .	20 — 12,5	20 — 11,5	17,5 — 11	19 — 10	

[Протокол № 66. 15/II 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	Гипноз на 30 м.	По пробуждении	Примечание
Пульс . . .	75 — 2,6	72 — 2,6	66 — 2,6	66 — 2,5	75 — 3	Сон глубокий.
Дыхание . .	18,4 — 10	17 — 9	15 — 9	15 — 8,5	18,4 — 10,5	

Плетизмограмма и кривая дыхания объекта в бодрствовании представляли картину неустойчивости сосудистого тонуса — были резкие волны S. Mayer'a, небольшие волны Траубе - Геринга; дыхание было глубоким, неравномерным. В гипнозе пульс замедлялся в среднем на 8 — 9 ударов в 1 мин.; дикротизм в гипнозе выявлялся резко. При засыпании плетизмограмма нарастает, по пробуждении — резко отрицательна. Волны S. Mayer'a в гипнозе уменьшились вдвое; появлялись изредка; дых. волны Траубе - Геринга сохранились. По пробуждении снова усилились волны S. Mayer'a и Траубе - Геринга. Дыхание у испытуемого было в бодрствовании глубокое, с неравномерной глубиной, с четкими волнами вдоха и выдоха. В гипнозе дыхание замедлилось на 3,5 — 4 д. в 1 мин., стало незначительно поверхностней, отличаясь этим от дыхания большинства других испытуемых. Возможно, что изменения глубины дыхания индивидуальны у каждого объекта и соответствуют общему типу его дыхания.

XXII. Ю - й. 22 лет. Служащий. Вполне здоров. Ваготоничен.

Протокол 67. 23/IV 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс . . .	64 — 5	63 — 5	58 — 4,4	62	Сон средней степени. Дремота без изолированного рапорта.
Дыхание . .	18,4 — 8	17 — 7,5	13 — 6	17 — 8	

Протокол № 68. 3/V 27 г.

	Бодрств.	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс . . .	63 — 3,9	58	57	62	Сон средней степени — «сильная дремота».
Дыхание . .	17 — 7,5	16 — 6	15,5 — 5,5	—	

У данного испытуемого пульс замедлялся на 5 — 6 ударов в 1 мин. при погружении в поверхностное гипнотическое состояние. Ярче изменения на плетизмограмме: дикротизм пульсовых волн в гипнозе резко усилился, пульсовые волны с более острой вершиной, замедленной диастолой. Плетизмограмма при засыпании слабо положительна, в момент пробуждения отрицательна. Дыхание в среднем замедлилось от 3 — 5 дыханий в 1 мин. Замедление пульса в гипнозе было в иные минуты и сильнее, но здесь мы представили лишь среднюю цифру пульса и дыхания.

XXIII. К - бий. 28 лет. В анамнезе реактивный алкоголизм. Со стороны внутренних органов гипертоничен. Эмотивен.

Протокол № 69

	До гипноза	В гипнозе	По пробуждении	Примечание
Пульс	104	98 ; 90	100	Сон средней степени. После гипноза амнезия. Шумное носовое дыхание в гипнозе.
Дыхание	24	20 ; 18	22	
Сист. кров. давл.	150/80	140/80	148/80	

В данном опыте пульс, очень частый и напряженный в бодрствовании, замедлялся по погружению в гипнотическое состояние на 14 ударов в 1 мин., несмотря на сравнительно неглубокий сон, без быстрого и полного выполнения внушений, но с амнезией и изолированным рапортом. Замедление пульса и дыхания было значительное (дыхание — на 6 дых. в 1 мин.). Возможно, что указанное зависело от явлений гипертензии и, поскольку гипнотическое состояние понизило гипертенус вегетативн. н. с., резко замедлились и пульс и дыхание.

XXIV. С-й. 20 лет. Служащий. Со стороны внутренних органов и н. сист. нарушений нет. Впечатлителен. Физически крепок. Со стороны вег. н. с.: в анамнезе — легкая потливость лица и ладоней рук. Проба Ашнера — пульс замедляется на 3 удара в 1 мин. Клиностатич. р. 72/69. Ортостатич. 69/74. Проба Эрбена и другие — отрицательны. Дермографизм.

Протокол № 70. 15/IV 27 г.

	До гипноза	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72	68	64	70	Сон средней глубины.
Дыхание	21,8 — 10	20 — 7	17 — 3	20 — 7	

Протокол № 71. 21/IV 27 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	68	60	57	72	Сон глубок.
Дыхание	20 — 10	17 — 3	16 — 2	22 — 7	

Протокол № 72. 15/VI 27 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	63	60	54	68	Сон глубок.
Дыхание	18,4 — 7	16 — 3	15 — 2	18,4 — 6	

Систолическое кровяное давление в гипнозе в среднем понижалось на 11 делений аппарата Пашона. Сон с каждым последующим сеансом становился глубже. Пульс замедлялся при первых исследованиях на 8 ударов в 1 мин. и при последующих — на 11 и 12 ударов в 1 мин. Дикротизм пульса, ясно выраженный и в бодрствовании, в гипнозе резко усилился. Одновременно замедлилась диастола. При засыпании плетизмограмма значительно нарастала, при пробуждении же была отрицательна в течение 20 — 40 секунд. Дыхание замедлялось в среднем на 4 д. в 1 мин. Резко изменялась глубина его — в 3 раза — с замедленным выдохом.

XXV. С-в. 24 года. Санитар. Со стороны внутренних органов нарушений не обнаружено. Впечатлителен. Физически крепок. Со стороны вег. н. с. амфотоничен.

Протокол № 73. 28/IV 28 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	60 — 7,5	60 — 8	54 — 5	60 — 8 ; 72 — 6,5	Сон средней глубины, без изолированного рапорта.
Дыхание	17 — 14	18,4 — 16	16 — 3	17 — 15; 18,4 — 13,5	

Протокол № 74. 28/V 28 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	72 — 6	66 — 7	72 — 5	Сон средней глубины. Пульс дикротичен, в гипнозе дикротизм резче. Кров. давл. измер. апар. Riva Rossi.
Дыхание	18,4 — 4	16 — 4	—	
Кров. давление	119	114	117	

Протокол № 75. 24/V 28 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	66 — 6, 3	66 — 5,5	60 — 5	72 — 5	Пульс дикротичен. В гипнозе дикротизм резче. Сон ср. глубины.
Дыхание	18,4 — 10	16 — 8	16 — 3	20 — 7	

Здесь сон, сначала неглубокий, с каждым последующим исследованием становился глубже. Изолированного рапорта не было. Внушаемость значительно повышалась. Кровяное давление (систолич.) в среднем понижалось на 5 делений. Пульс замедлялся в среднем на 6 ударов в 1 мин. Сила пульсов, волны понижалась, дикротизм

в гипнозе становился резче, плетизмограмма при засыпании повышалась, по пробуждении резко падала. Дыхание незначительно замедлялось, при чем становилось несколько глубже, с замедленным выдохом (см. крив. рис. 6).

Протокол № 75 24/V 28 г.

XXVI. Ш - я. 29 лет. Со стороны н. с. — легкое повышение сухожильных рефлексов. Эмотивна. Со стороны внутренних органов нарушений не обнаружено. Со стороны вегет. н. с. амфотонична.

Протокол № 76. 26/VII 28 г.

	До гипноза	Гипноз	После гипноза	Примечание
Пульс	82	76	82	Сон средней степени.
Дыхание . . .	18	16	18	
Кров. давл. .	130	120	130	

Пульс замедлялся на 6 ударов в 1 мин. Дыхание — на 2 дых. в 1 мин. Сон был неглубок и замедление пульса и дыхания, наступившие, правда, в первые минуты сна, были также незначительны.

XXVII. Л - р. 25 лет. Со стороны н. с. sclerosis disseminata incipiens, с понижением брюшных рефлексов и повышением сухожильных. Симптом Ромберга. Эмотивен.

Протокол № 77. 25/XII 28 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз на 30 м.	По пробуждении	Примечание
Пульс	72	70	64	72	Сон средней степени.
Дыхание . . .	21,8 — 8	18,4 — 8	17 — 2	18,4 — 8	
Кров. давление.	132/78	125/78	122/70	130/78	

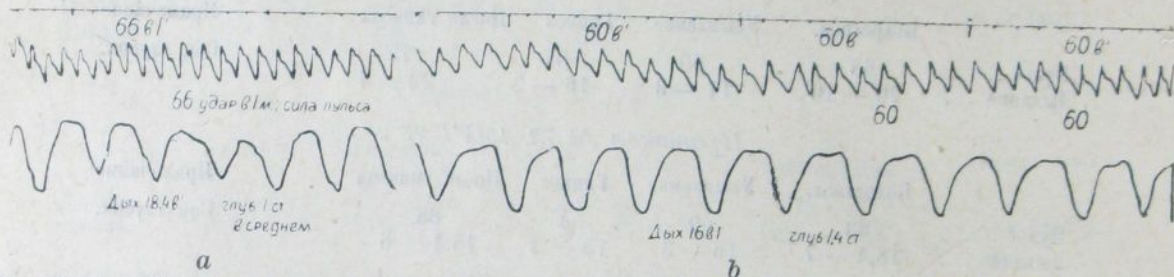


Рис. 6. а — Бодрствование; б — гипнотическое состояние на 12-ой минуте. Пульс замедлился на 6 ударов в 1', дыхание замедлилось на 2 в 1' и стало глубже и ровнее

Протокол № 78. 6/I 29 г.

	Бодрствов.	Усыпление	Гипноз	По пробуждении	Примечание
Пульс	75	72	60	70	Сон глубокий.
Дыхание . . .	21,8 — 10	20 — 7	16 — 3	20 — 10	
Кров. давл.	132/78	126/78	120/78	130/78	

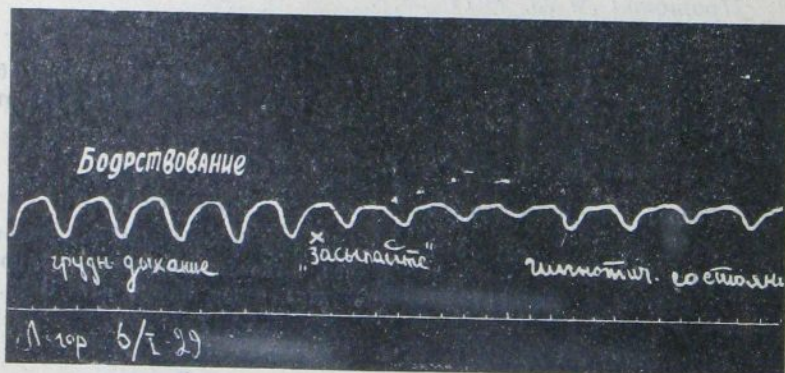


Рис. 7. Объект Л - ой. Кривая дыхания в бодрств. и гипнотич. состоянии

с изолированным рапортом, постгипнотической амнезией и проч. Большая глубина сна сопровождалась и большим замедлением пульса и дыхания. Здесь ярким является изменение глубины дыхания: в гипнозе оно быстро стало неглубоким, поверхностным на линии выдоха, с замедленным выдохом. Исчезновение дыхательных волн Траубе - Геринга, возможно, зависело от поверхности дыхания (см. крив. рис. № 7).

Замедление пульса в гипнозе здесь было на 8 и на 12 ударов в 1 мин. На плетизмограмме дых. волны Траубе - Геринга, в гипнозе они постепенно исчезли. Плетизмограмма, бывшая все время исследований слегка положительной, по пробуждении резко отрицательна. Дыхание замедлилось на 4 дых. в 1 мин. и во 2 исследовании на 3,5 дых. в 1 мин. Спал испытуемый при первом исследовании средним сном, с явлениями flexibil. coegeta, повышенной внушаемостью без изолированного рапорта. При втором исследовании сон был значительно глубже.

В заключение считаем необходимым остановиться на случае, где изменения дыхания и пульса выразились особенно резко. Дело касается б-ной Т-р (30 лет, morbus Basedowi), находившейся в факультетской клинике и бывшей под наблюдением д-ра Грундфест.

Обычно в бодрствовании пульс у больной был 117—120, дыхание 26—30. Отмечался резкий exophthalmus, белый тупой дермографизм, небольшое увеличение щитовидной железы и гипофункция яичников.

При погружении в гипнотическое состояние пульс постоянно замедлялся со 117 ударов в 1 мин. до 105, 104; дыхание замедлялось с 26 дыханий в 1 минуту до 20 и 18. Сон был средней глубины. Гипотония мышц, смутный отчет об окружающем, сильная тяжесть век и конечностей; при повторных исследованиях сон становился глубже и пульс замедлялся сильнее: со 117 уд. в 1 мин. до 100; дыхание замедлялось на 6—8 дыханий в 1 мин. При гипнотизировании проводилось медленное, постепенное усыпление без специальных внушений, которые касались бы дыхания, успокоения и проч. В данном опыте мы имеем значительное замедление пульса и дыхания в гипнозе при сравнительно неглубоком сне*). В гипнотическом состоянии тонус вегетативной н. с. несколько понизился, что и дало значительное замедление пульса и дыхания в гипнозе. Такие же явления значительного замедления пульса и дыхания в гипнозе у гипертоников мы приводили ранее в протоколе № 69, у испыт. К-го; прот. №№ 38, 39,—Н. В. Эти данные, указывая, с одной стороны, на положительное влияние гипнотического состояния на ненормальное кровообращение и на дыхание, вместе с тем являются очень интересными в отношении суждения о тонусе вегетативной н. с. в гипнозе. Они позволяют думать об изменении тонуса в сторону гипосимпатикотонии, конечно, при указанных условиях опыта, в гипнозе без привходящих внушений эмоциональных состояний.

Наблюдение над базедовичкой, так же, как и предыдущие, указывает на связь и известный параллелизм между замедлением пульса и дыхания и глубиной сна, а именно, при повторном исследовании пульс замедлялся сильнее параллельно с увеличением других признаков: гипотония мышц, изолир. рапорт. и проч.

Подводя итоги наших исследований, неизбежно приходится прийти к выводу, что пульс и дыхание в гипнозе замедляются. Касаясь каждого из них в отдельности, надо сказать, что замедление пульса наступает уже в первые минуты гипнотического состояния. У быстро засыпающих же, при императивном внушении, это замедление наступало более ускоренным темпом. При повторных внушениях (усыплениях) в течение гипнотического состояния пульс продолжал несколько замедляться у одних, у других он давал ряд колебаний (учащение — замедление), связанных, возможно, с окружающими раздражителями, внушением, сновидениями. Всего лишь у 3-х (И-ва С-в, В-в) в период самого внушения (усыпления) пульс иногда даже учащался, но при дальнейшем засыпании он замедлялся. Замедление пульса в среднем было: у глубоко спящих — от 8—10—12 (Д-на, Г-ва, Е-я, Л-в, К-в, Щ-в, Щ-н, Р-н и проч.); у слабо спящих — от 3-х и до 7 (В-в, П-а, С-в).

Таким образом, имеется до известной степени параллелизм в замедлении пульса и глубине сна. Интересно, что как у лиц с частым пульсом (90—96), так и у лиц с медленным пульсом (66—72) замедление происходило приблизительно в одинаковых цифрах, представляя для первой группы замедление на $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{15}$, а для второй группы на $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ пульса. По пробуждении пульс возвращался к догипнотическому уровню, при чем у части испытуемых (сюда входят также и объекты с частым пульсом) по пробуждении пульс был в первые минуты чаще на 2—4 удара, чем до гипноза. У части испытуемых пульс по пробуждении оставался несколько замедленным, хотя становился уже не столь равномерным, как в гипнотическом состоянии.

Что касается исследований силы пульса, то она у некоторых становилась в гипнозе несколько выше, с более сильной дикротической волной (В-в, Р-н). Эти явления

*) Необходимо указать, что эта базедовичка настолько «отдыхала» во время сеанса и настолько себя хорошо чувствовала после этих «гипнозов — отдыхов», что очень охотно подвергалась повторным экспериментам. В связи с этими гипнотизациями у нее восстановился ночной сон.

наблюдались как раз у лиц с медленным и высоким пульсом, в 66—72 ударов в 1 минуту в бодрствовании. Тут же скажем, что у этих же объектов мы заметили повышение плетизмографической кривой как в первые минуты сна, так и в течение всего гипнотического состояния. У других испытуемых сила пульса понижалась (Д-на, И-ко, Г-ва) при большом замедлении пульса—на 7—10 ударов в 1 минуту. Слегка положительная плетизмограмма наблюдалась и у других испытуемых в период засыпания и в первые минуты сна.

Помимо указанного, были нарастания плетизмограммы, происходившие медленно в течение ряда минут сна. При пробуждении плетизмограмма у большинства была слабо отрицательна, т. е. понижалась постепенно в течение одной минуты или 40—50 секунд. У некоторых плетизмограмма понижалась довольно быстро и на кривой отмечались волны S. Мауег'а, обычно бывшие у данных объектов и в состоянии бодрствования.

Фиксируя указанные данные при анализе кривой, мы внимательно останавливались на явлениях волн Траубе-Геринга и S. Мауег'а. Во всех наших исследованиях мы могли отметить, что указанные волны, отмечавшиеся между прочим только у пяти испытуемых (Д-на, Щ-н, С-в, Р-н, Л-р), в гипнотическом состоянии уменьшались, при чем ундуляции Траубе-Геринга и Д-ной и Щ-на уменьшались, у других же исчезали, а волны S. Мауег'а исчезали у всех, кроме Щ-на, у которого они значительно ослабевали; по пробуждении же волны S. Мауег'а и ундуляции снова возникали; волны S. Мауег'а возникали и у Р-мана, у которого в гипнотическом состоянии они не отмечались.

Таким образом, можно отметить группу испытуемых (Д-на, Г-ва, И-ко, Л-ва, Ю-ский, Е-ая, С-нова, И-ва, Л-гор, К-в), для которых общим является замедление пульса, у глубоко спящих на 8—10 и у средне спящих на 5—7 ударов в 1 минуту при засыпании, и последующее замедление в продолжение гипноза на 2—3 удара в минуту, незначительное повышение плетизмограммы при засыпании и в течение сна; отрицательная плетизмограмма по пробуждении, исчезновение волн S. Мауег'а и ундуляций у некоторых в гипнозе.

У второй группы к вышеуказанным явлениям присоединяются резкие усиления дикротизма пульсовой волны (вообще у большинства этих испытуемых пульс более высокий, дикротичный). Плетизмограмма повышается в течение гипнотического состояния резче, чем у испытуемых первой группы. Замедление пульса у лиц второй группы было приблизительно в тех же размерах, что и в первой.

Итак, мы видим, что наряду с явлениями замедления кровообращения у второй группы ярко выявляются и изменения тонуса периферических сосудов в сторону понижения его. Но нужно сказать, что при анализе указанных явлений мы больше основывались на картине пульсовой волны, а не плетизмограммы, где не исключена возможность также зависимости изменений от физических влияний. При исследованиях при помощи воздушного плетизмографа необходимо иметь это в виду. При наших исследованиях мы наблюдали и случай учащения пульса в гипнозе. Последнее обыкновенно наступало у глубоко спящих лишь при внушенных сновидениях, слуховых галлюцинациях, внушенных эмоциях и т. п. У испытуемых, спавших сном средней степени без изолированного рапорта, пульс обычно учащался и при звуковых и других внешних раздражениях, иногда не доходя до догипнотического уровня, а иногда был чаще последнего (испыт. Е-я, И-ва). Как мы уже говорили выше, учащение пульса наблюдалось также и при усыплении у некоторых объектов. Обычно при этом отмечалась связь с привходящими моментами: императивный тон внушения, применение пас-сов, непривычность условий исследования при первичных опытах, привходящие эмоции. При устранении указанных моментов явления учащения пульса обычно не наблюдались.

Таким образом, мы можем говорить о замедлении пульса в гипнозе, как о явлении постоянном.

Что касается изменения дыхания в гипнозе, то оно, согласно вышеприведенным исследованиям, обычно замедлялось в размерах от 3 и до 6 дыханий в минуту. В отношении связи степени замедления дыхания с глубиной сна можно указать на

протоколы №№ 60, 61, где при неглубокой степени сна дыхание замедлялось всего на 1—2 дых. в 1 минуту. Яснее, чем замедление дыхания, было изменение типа дыхания, а именно: уже в первые минуты сна изменялась глубина дыхания. У большинства испытуемых при этом дыхание становилось менее глубоким, поверхностным на уровне выдоха и при этом более равномерным. Глубина дыхания уменьшалась зачастую в 2—3 раза, при чем в продолжение гипноза она продолжала уменьшаться, дыхательные волны становились пологими, с ясно выраженным на кривой нисходящим коленом волны выдоха. У других испытуемых (таких было меньшинство) дыхание в гипнозе, наряду с замедлением, становилось глубже на $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{3}$ глубины его в бодрствовании. В продолжение гипноза дыхание продолжало несколько углубляться, становилось равномерней, с более замедленным выдохом. Возможно, что эти изменения глубины дыхания индивидуальны для каждого испытуемого. Общим для всех исследований было постоянное изменение типа дыхания уже в период засыпания и в первые минуты сна. Изменение глубины и общего типа дыхания у большинства испытуемых было одним из более ранних изменений при наступлении гипнотического состояния.

У некоторых испытуемых частота пульса и дыхания в бодрствовании была очень непостоянна, часто то замедлялась, то учащалась: пульс от 3—4 удар. в 1 минуту и дыхание на 2—3 дых. в мин. (испыт. Г-ва, Щ-н, Ил-ко, С-нов). Такое непостоянство сглаживалось и даже совсем исчезало в гипнозе. Исчезали и сглаживались в гипнозе отмеченные в плетизмограмме волны S. Mayer'a, существование которых связано с продолжительными колебаниями сосудистого тонуса*); уменьшались и дыхательные волны Траубе-Геринга. Ряд исследователей (Вундт, Вебер и др.) считают присутствие указанных волн признаком эмоционального возбуждения, и следовательно, исчезновение или уменьшение их в гипнозе может указывать на эмоциональное успокоение, связанное с уменьшением силы кровообращения и дыхания в гипнотическом состоянии.

Если мы сопоставим теперь данные изменений кровяного давления, пульса и дыхания в гипнозе, то можем отметить, что и замедление пульса и дыхания, и понижение систолического кровяного давления говорят об общей картине уменьшения силы кровообращения и дыхания в гипнотическом состоянии. Следует отметить, что понижение тонуса периферических сосудов, отмеченное на плетизмограмме, у некоторых объектов совпадало с явлениями небольшого повышения диастолического кровяного давления после гипноза. Наиболее ранним и постоянным изменением в наших исследованиях явилось понижение систолического кровяного давления; далее, в течение последующих минут гипнотического состояния, можно было отмечать изменение типа дыхания, замедление пульса и дыхания.

Замедление пульса не всегда происходило параллельно с понижением кровяного давления, не было параллелизма и в амплитуде замедления пульса и понижения кровяного давления. Были и случаи значительного замедления пульса при сравнительно малом понижении кровяного давления. Это наблюдалось при неглубоких гипнотических состояниях (испыт. Б-кий, К-й, Б-ая, Ш-н). Что касается дыхания, то наиболее ранним и четким, у некоторых испытуемых частично совпадающим со временем понижения кровяного давления, было изменение типа дыхания.

Все эти постоянные изменения кровяного давления, пульса и дыхания в гипнозе, особенно значительные у гипертоников, позволяют говорить об определенных изменениях тонуса вегетативной нервной системы в сторону гипосимпатикотонического состояния.

Итак, явления замедления пульса и дыхания в наших опытах оказываются явлениями постоянными и закономерными. Закономерность эта подчеркивалась также и тем, что она сохранялась при измененных механических условиях опыта. При сне в сидячем положении наблюдалось то же, что и в лежащем положении. Контрольные исследования в спокойном состоянии бодрствования в обычных условиях эксперимента, но без гипноза, не давали ясных изменений пульса и дыхания, и если при некоторых этих опытах и наблюдалась тенденция к замедлению (прот. № 47), то последнее

*) Акад. В. Данилевский. «Физиология человека». Т. I, стр. 378.

совпадало с развивающейся от долгого спокойного лежания сонливостью. Следует также отметить, что повторные исследования при одних и тех же условиях опыта вызывали сонливость уже во время подготовительной работы к исследованию. Возможно, что в таких случаях количественная разница в цифрах догипнотических и гипнотическом состоянии была не так велика. Указанное появление сонливости в начале исследования можно понимать как явление, развившееся условно-рефлекторным порядком. Условно-рефлекторным же механизмом развития гипнотического состояния объясняется и явление углубления гипнотического состояния при повторных исследованиях, что нам пришлось неоднократно наблюдать в нашей работе (протоколы №№ 19, 20, 21, 22, 23, 24, 65, 66). Итак, резюмируя результаты наших исследований, мы приходим к следующим выводам:

1. Пульс в гипнозе обычно замедлялся на 4—12 ударов в 1 минуту. В большинстве случаев — на 8—9, в среднем — на 7 ударов в минуту.

2. Замедление обычно наступало в первые минуты сна, продолжалось же оно в дальнейшем в течение более длительного гипнотического состояния, только в меньшей степени, на 2—3 удара в минуту.

2. Помимо замедления пульса, плетизмограмма давала изменение тонуса периферических сосудов у ряда испытуемых: у лиц с дикротичным пульсом дикротизм становился резче. При засыпании и в продолжение гипноза плетизмограмма давала явления нарастания кривой; по пробуждении же плетизмограмма была отрицательной. (В гипнозе обычно исчезали волны S. Mayer'a и Траубе-Геринга, которые так часто сопровождают эмоциональные колебания).

3. У некоторых испытуемых, при общем замедлении пульса и дыхания в гипнозе, в период усыпления пульс и отчасти дыхание несколько учащались (при методе усыпления поглаживанием по лбу и проч.).

Учащения пульса и дыхания наблюдалось при внушенных сновидениях и случайных внешних сильных слуховых раздражениях.

4. Дыхание в гипнозе обычно замедлялось в среднем на 3—5 дых. в минуту; глубина дыхания в огромном большинстве опытов в гипнозе уменьшалась в 1,5 и в 2 раза по сравнению с бодрствованием, и дыхательные волны на кривой были более пологими с замедленным выдохом. Дыхание в гипнозе становилось более равномерным, в отдельных же случаях — и более глубоким.

5. Тип дыхания (глубина) изменялся обычно уже в первые минуты, а у иных и в первые секунды сна, являясь таким образом, как и кровяное давление, объективным признаком наступления гипнотического состояния.

6. Замедление пульса и дыхания, а также и понижение систолического кровяного давления позволяют говорить о гипнотическом состоянии, как о состоянии гипосимпатикотоническом, и данные пульса и дыхания в гипнозе смогут войти в число материалов, объективно доказывающих наличие изменений в сфере вегетативной нервной системы. И пульс и дыхание при глубокой степени сна замедлялись значительно больше, чем при сне средней степени, представляя до некоторой степени параллелизм с глубиной сна.

7. Из всех затронутых нами реакций наиболее чувствительной и постоянной является, повидимому, реакция со стороны кровяного давления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bernheim. Hypnotisme et suggestion. Paris 1910
2. Бони. Гипнотизм. Исследования физиологические и психологические. 1889
3. Moll. Гипнотизм. Изд. 1907
4. P. Richet. Клиническ. исследов. большой истерии.
5. Бехтерев. К объективн. признакам гипнотич. сост. Обзор. Невр. 1902.
6. Обзорение Неврол. и псих. 1900 г. Пульс и дыхание в гипнотическом состоянии. Лазурский и Гизе.
7. Бехтерев и Нарбут. К объективным признакам гипнотического состояния — «Обзорение психиатрии и невроств». 1902.
8. F. Deutsch und E. Kauf. Zschrft für der ges. experim. Med. 1923. Bd. 34
9. Kirschenberg E. Zentrblt für d. ges. Neur. und Psych. 1925 B. 41.
10. Проф. Гервер. Максимилиановский сборник 1925 года.

AUTOREFERAT

PULS UND ATMUNG IM WACHEN ZUSTANDE UND IN DER HYPNOSE

Von Dr. A. M. Zynkin

(Lehrstuhl für wissenschaftliche Untersuchungen im Gebiet der Psychoneurologie der Ukrnauka und psychotherap. Abteilung (Leiter Prof. Dr. Med. K. I. Platonow) des Ukr. Psychoneurologischen Institutes. (Direct. Prof. Dr. Med. A. J. Heymanowitsch))

Untersuchungen wurden an 23 gesunden Versuchsobjekten und an 3 Subjekten mit organischen Defekten angestellt (darunter war eine Kranke mit Basedow und 2 mit Sclerosis disseminata incipiens); insgesamt waren 14 Männer und 12 Frauen untersucht. 16 Personen in tiefem hypnotischen Schlaf, die übrigen 10 schliefen weniger tief. Abgesehen von 13, wurden alle übrigen erstmalig der Hypnose unterworfen.

Für die Registrierung der Pulsgraphik bediente man sich des Luft-Plethysmographen von Akad. B. Danilewsky und für die graphische Darstellung der Atmung des Pneumographen von Marey; die Registrierung erfolgte mittels des Kimographen von Zuntz und des Polygraphen von Boullitte. Mit jedem Objekt wurden 3 bis 4 Untersuchungen angestellt.

Die durchgeführten 79 Untersuchungen ergaben nachstehende Resultate: der Puls war in der Hypnose meist um 4—12 Schläge in 1 Minute verlangsamt, bei tiefschlafenden Subjekten sogar um 12 Schläge; bei leichterem oberflächlicherem Schlafe betrug die Verzögerung 4—8. Selbige trat gewöhnlich in den ersten Minuten des Schlafes ein und hielt auch im weiteren Verlaufe des hypnotischen Zustandes an, jedoch in geringerem Grade. Ausser der Verlangsamung des Pulses zeigte das Plethysmogramm Änderungen des Tonus der peripheren Gefässe während der Hypnose bei einer Reihe von Versuchspersonen: bei Personen mit dikrotischem Puls trat der Dikrotismus schärfer auf. Beim Einschlafen und teils während der Hypnose zeigte das Plethysmogramm Erscheinungen einer Steigerung der Kurve, beim Erwachen hatte die Kurve aber einen negativen Verlauf. In der Hypnose schwanden meist die Wellen von Traube-Hering, während die Wellen von S. Mayer geringer wurden oder auch schwanden. Bei einigen Versuchspersonen zeigte der Puls und die Atmung in der Hypnose im allgemeinen eine Verzögerung, während des Einschlafens waren beide aber etwas beschleunigt, meist wohl im Zusammenhang mit konkurrierenden Emotionen. Auch bei suggerierten Traumen war eine derartige Beschleunigung nachweisbar.

Die Atmung in der Hypnose wurde bei allen Subjekten im Durchschnitt um 4—5 in 1 Min. verlangsamt, wobei sie bei der überwiegenden Mehrzahl der Personen oberflächlich wurde, die Atmungswellen wurden seichter und die Expiration verzögert. In einzelnen Fällen wurde die Atmung dagegen tiefer.

Der Typus der Atmung änderte sich meist schon in den ersten Minuten des Schlafes, und wurde somit gleich dem Blutdruck zu einem objektiven Merkmal des Eintrittes des hypnotischen Zustandes.

О ВЛИЯНИИ ИНЪЕКЦИЙ АДРЕНАЛИНА НА КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СНА (ГИПНОЗА)

Д-р Р. Я. Шлифер

(Из психотерапевтического отделения диспансера при Украинском Психоневрол. Институте НКЗ)

Neilig и Hoff*), изучая изменение вегетативной н. с. в естественном сне, производили исследование реакции на инъекции адреналина. Последняя производилась у душевно-больных, крепко спавших и не просыпавшихся во время всего эксперимента. Вводился $1 \text{ cm}^3 \text{ Sol. adrenal. } 10/00$ под кожу, как в сонном состоянии, так и в состоянии бодрствования. В этом последнем получалась обычная адреналиновая кривая подъема кровяного давления. При введении того же раствора в том же количестве во время ночного сна у одних реакция на инъекции совершенно отсутствовала, у других кривая поднималась на ничтожную высоту; получалась так наз. ваготоническая реакция на адреналин. У нескольких же неврастеников, страдавших бессонницей ночью, во время их ночного бодрствования была проделана та же проба. В ответ на инъекцию получалась «бодрствующая кривая». Отсюда авторы делают вывод, что ваготоническая реакция свойственна именно сонному состоянию организма и не обуславливалась ночным временем. Одновременно, для проверки правильности этого предположения, они воспользовались «гипнотическим» сном у четырех глубоко спавших объектов. У них всех инъекция адреналина не вызывала, как и в естественном сне, повышения кровяного давления.

Авторы считают, что реакция на эту инъекцию в гипнозе может служить показателем степени глубины последнего. Я произвела исследование в том же направлении, но не с целью определения глубины гипноза реакцией на адреналин. Мои исследования предприняты были для накопления материала в связи с разрешением вопроса о природе самого гипнотического состояния. Как по чисто внешним условиям, так и по трудности подыскания желающих подвергнуться исследованию, я не могла провести опытов над спящими спонтанным сном. Пришлось ограничиться пока лишь исследованием реакции на адреналин во время гипноза, имея возможность выбора подходящих лиц из среды пациентов психотерапевтического отделения при Украинском Психоневрологическом Институте. Эксперименты производились в кабинете психотерапевтического отделения. Давление измерялось аппаратом Riva-Rocci с наложением манжетки на правое плечо. Объекты во время исследования находились всегда в лежачем положении и опыты начинались после полного их отдыха. Каждому объекту вводился $1 \text{ cm}^3 \text{ Sol. adrenalini } 10/00$ **) под кожу выше локтя. Во время опытов в кабинете соблюдалась полная тишина. С объектами не вступали ни в какие разговоры, чтобы не вызывать эмоций. Являлись они на исследования через шесть часов после еды. Им также предлагалось перед началом опыта освободить по мере надобности кишечник

*) Klin. Woch. 1925 № 46.

**) Оригинальная упаковка Parke-Dewis

О ВЛИЯНИИ ИНЪЕКЦИЙ АДРЕНАЛИНА НА КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СНА (ТИПНОЗА)

Д-р Р. Я. Шлифер

(Из психотерапевтического отделения диспансера при Украинском Психоневрол. Институте НКЗ)

Neilig и Hoff*), изучая изменение вегетативной н. с. в естественном сне, производили исследование реакции на инъекции адреналина. Последняя производилась у душевно-больных, крепко спавших и не просыпавшихся во время всего эксперимента. Вводился 1 см³ Sol. adrenal. 1⁰/₀₀ под кожу, как в сонном состоянии, так и в состоянии бодрствования. В этом последнем получалась обычная адреналиновая кривая подъема кровяного давления. При введении того же раствора в том же количестве во время ночного сна у одних реакция на инъекции совершенно отсутствовала, у других кривая поднималась на ничтожную высоту; получалась так наз. ваготоническая реакция на адреналин. У нескольких же неврастеников, страдавших бессонницей ночью, во время их ночного бодрствования была проделана та же проба. В ответ на инъекцию получалась «бодрствующая кривая». Отсюда авторы делают вывод, что ваготоническая реакция свойственна именно сонному состоянию организма и не обуславливалась ночным временем. Одновременно, для проверки правильности этого предположения, они воспользовались «гипнотическим» сном у четырех глубоко спавших объектов. У них всех инъекция адреналина не вызывала, как и в естественном сне, повышения кровяного давления.

Авторы считают, что реакция на эту инъекцию в гипнозе может служить показателем степени глубины последнего. Я произвела исследование в том же направлении, но не с целью определения глубины гипноза реакцией на адреналин. Мои исследования предприняты были для накопления материала в связи с разрешением вопроса о природе самого гипнотического состояния. Как по чисто внешним условиям, так и по трудности подыскания желающих подвергнуться исследованиям, я не могла провести опытов над спящими спонтанным сном. Пришлось ограничиться пока лишь исследованием реакции на адреналин во время гипноза, имея возможность выбора подходящих лиц из среды пациентов психотерапевтического отделения при Украинском Психоневрологическом Институте. Эксперименты производились в кабинете психотерапевтического отделения. Давление измерялось аппаратом Riva - Rocci с наложением манжетки на правое плечо. Объекты во время исследования находились всегда в лежачем положении и опыты начинались после полного их отдыха. Каждому объекту вводился 1 см³ Sol. adrenalini 1⁰/₀₀**) под кожу выше локтя. Во время опытов в кабинете соблюдалась полная тишина. С объектами не вступали ни в какие разговоры, чтобы не вызывать эмоций. Являлись они на исследования через шесть часов после еды. Им также предлагалось перед началом опыта освободить по мере надобности кишечник

*) Klin. Woch. 1925 № 46.

**) Оригинальная упаковка Parke - Davis

и мочевой пузырь. Над женщинами эксперимент производился не во время *meneses*. Каждый больной подвергался двум исследованиям: одно производилось в состоянии бодрствования, другое — в гипнозе, на следующий день или через день. Мы имели в своем распоряжении 5 человек, охотно согласившихся на эксперименты, хорошо засыпавших и с последующей амнезией.

Все объекты уже неоднократно подвергались моей гипнотизации, быстро и глубоко засыпали.

Приводим протоколы:

Опыт № 1. Объект Ус-ва, 55 лет. Alcoholismus. 5/III 26 г. в 9 часов вечера. Присутствует д-р Вейнер. Опыт в состоянии бодрствования. Положение объекта лежащее. После 20-минутного отдыха кровяное давление 106. В 9 час. 40 мин. вечера инъекция Sol. adr. 1 см³ 1‰.

Через 5 мин. кровяное давление	109	
» 10 мин.	»	120
» 15 »	»	120
» 20 »	»	126
» 25 »	»	127
» 30 »	»	129
» 35 »	»	130
» 40 »	»	126
» 45 »	»	112
» 50 »	»	106

Сильное головокружение, озноб, чувство страха, тревога, бледность кожи лица, дыхание прерывистое, пульс 104 — 110 в 1'.

Все субъективные явления исчезли. Через 20 минут после опыта жалуется на головокружение и слабость.

Опыт в гипнозе. 6/III 26 г. в 9 час. 40 мин. вечера в тех же условиях. После 20-минутного отдыха в лежащем положении кровяное давление 106, состояние бодрствования. В 10 час. усыпляется. Спит глубоко. Во сне кровяное давление — 100. В 10 час. 10 мин. — инъекция.

Через 5 мин. кровяное давление	100	Самочувствие хорошее. Спит глубоко. Дыхание спокойное, ровное.
» 10 »	»	100
» 15 »	»	100
» 20 »	»	100
» 25 »	»	100
» 30 »	»	100
» 35 »	»	100
» 40 »	»	100
» 45 »	»	100
» 50 »	»	100

Разбужена была в 11 час. 20 мин. По пробуждении кровяное давление 106.

У данного объекта в бодрствовании имеется бурная реакция на инъекцию адреналина. В гипнозе же ее не было совершенно.

Опыт № 2. Объект, С-н 31 г.

8/III 26 г. Присутствует проф. Платонов. Исследование в состоянии бодрствования. После 10-минутного отдыха в лежащем положении кровяное давление 113 мм. В 8 час. 20 мин. веч. инъекция Sol. adren. 1‰ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	130	
» 10 »	»	143
» 15 »	»	143
» 20 »	»	120
» 35 »	»	111
» 50 »	»	114

Самочувствие плохое, бледность лица, жалобы на слабость, чувство страха, полуморочное состояние, головокружение, пульс 124.

Самочувствие хорошее, пульс 76 в 1'.

Следовательно, у данного субъекта реакция на адреналин в состоянии бодрствования выразилась повышением кровяного давления на 30 мм.

Опыт в гипнозе. 9/III 26 г. Присутствует проф. П. После обычного отдыха в течение 20 мин. кровяное давление 114. В 9 час. 15 мин. веч. усыплен. Через 10 минут по усыплении кровяное давление 110 пульс 68 в 1'. В 9 час. 30 мин. веч. инъекция Sol. adren. 1‰ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	110	
» 10 »	»	110
» 15 »	»	112
» 20 »	»	112
» 25 »	»	110
» 30 »	»	110
» 35 »	»	110

Внешних реакций нет никаких. Спокойно спит.

Через 10 минут по пробуждении кровяное давление 113, самочувствие хорошее. Как всегда после гипноза, чувствует себя бодрым, освеженным. В этом опыте кровяное давление при инъекции раствора адреналина в гипнотическом состоянии вызвала подъем ртутного столба аппарата Riva-Rossi всего на 2 мм и некоторое учащение пульса.

Опыт № 3. Объект Ш - р. 20 лет Hysteria. 12/II 26 г. Присутствует студент 5-го курса Нейдер. Опыт в состоянии бодрствования. Положение объекта лежащее. После 20-минутного отдыха кровяное давление 80. Самочувствие хорошее. В 9 час. 40 мин. инъекция Sol. adren. 1⁰/₁₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	90	
> 10 >	>	98
> 15 >	>	102
> 20 >	>	124
> 25 >	>	126
> 30 >	>	126
> 35 >	>	110
> 40 >	>	90
> 45 >	>	80

Озноб, чувство страха, плачет.

После опыта через 25 минут успокоилась, но головокружение не проходило.

Опыт в гипнозе. 13/II. При тех же условиях. После 20-минутного отдыха кровяное давление в состоянии бодрствования 80. Погружается в экспериментальный сон. Спит глубоко. Во сне кровяное давление 70. В 10 час. инъекция Sol. adrenalini 1⁰/₁₀₀ — см³.

Через 5 мин. кровяное давление	72	
> 10 >	>	72
> 15 >	>	72
> 20 >	>	72
> 25 >	>	72
> 30 >	>	72
> 35 >	>	70
> 40 >	>	70
> 45 >	>	70

Спит глубоко, дыхание ровное, спокойное.

Пробуждена в 11 час. 10 мин. Самочувствие хорошее. Полная амнезия. Кровяное давление 80. В данном случае при умеренной реакции в состоянии бодрствования не было совершенно никакой реакции в гипнозе.

Опыт № 4. Объект Г - б. 24 года. Psychasthenia. Опыт в бодрствовании 8/X 26 г. Присутствует студент 5-го курса Нейдер. Самочувствие объекта хорошее. После 20-ти минут отдыха кровяное давление в лежащем положении 90. В 10 час. инъекция Sol. adrenalini 1⁰/₁₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	100	
> 10 >	>	115
> 15 >	>	115
> 20 >	>	120
> 25 >	>	148
> 30 >	>	148
> 35 >	>	148
> 40 >	>	117
> 45 >	>	100
> 50 >	>	90

Самочувствие плохое, озноб, сердцебиение.

Через 25 минут после опыта самочувствие хорошее, кровяное давление 90.

Опыт в гипнозе. 9/10 26 г. В тех же условиях. После 20-ти минут отдыха кровяное давление 90. Погружается в экспериментальный сон. Во время гипнотического состояния кровяное давление 84. В 10 час. веч. инъекция Sol. adrenalini 1⁰/₁₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	88	
> 10 >	>	88
> 15 >	>	88
> 20 >	>	88
> 25 >	>	88
> 30 >	>	88
> 35 >	>	84
> 40 >	>	84
> 45 >	>	84
> 50 >	>	84

Самочувствие хорошее. Пробужден в 11 час. 10 мин. Кровяное давление 90. В этом случае инъекция адреналина дала повышение всего лишь на 4 деления.

Опыт № 5. Об'ект Ж - хов. 32 лет. Alcoholismus chr. 5/X 26 г.

Опыт в бодрствовании. Присутствует студент 5 - го курса Нейдер. Положение во время опыта лежащее. После 20 - минутного отдыха кровяное давление 109. В 10 час. инъекция Sol. adr. 1⁰/₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	180	
» 10 »	180	Самочувствие плохое, пульс 120 в 1', дыха-
» 15 »	180	ние прерывистое, покраснение лица, общий
» 20 »	150	тремор.
» 25 »	109	

Через 25 минут после опыта самочувствие стало лучше, но все еще жаловался на тошноту и слабость.

Эксперимент в гипнозе. 7 - го мая 1926 г. в тех же условиях.

В бодрствовании кровяное давление 109. Погружается в экспериментальный сон. Спит глубоко. Во сне кровяное давление 102. В 10 час. инъекция Sol. adrenalini 1⁰/₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	105	
» 10 »	105	Спит спокойно. Храпит.
» 15 »	105	
» 20 »	112	
» 25 »	105	

По пробуждении в 11 час. 10 мин. кровяное давление 109. Самочувствие хорошее. У данного об'екта мы имели быстрое, резкое повышение давления на инъекцию в бодрствовании и замедленную и незначительную реакцию, всего на 10 дел., в гипнозе.

Опыт № 6. Об'ект М - кова. 29 лет. the pulm. В III. 21/V 26 г. Опыт в бодрствовании. Присутствует студент 5 - го курса Нейдер. После 20 - ти минут отдыха кровяное давление 114. В 10 час. веч. инъекция Sol. adr. 1⁰/₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	180	
» 10 »	187	Озноб, сильное сердцебиение, тремор всего
» 15 »	187	тела, тошнота и рвота.
» 20 »	114	

После опыта через 30 минут успокоилась. Тошнота и слабость не проходили.

Опыт в гипнозе. 22/V 26 г. Условия те же. После 20 - ти минут отдыха кровяное давление 114. Погружается в экспериментальный сон. Спит глубоко. В гипнозе кров. давл. 110. В 10 час. вечера инъекция Sol. adrenalini 1⁰/₀₀ — 1 см³.

Через 5 мин. кровяное давление	110	
» 10 »	110	Спит спокойно, дыхание ровное.
» 15 »	110	
» 20 »	110	

Пробуждена в 11 час. Самочувствие хорошее. Кровяное давление по пробуждении 114. В этом случае под'ема давления при инъекции в гипнозе также не было.

Итак, во всех моих случаях инъекция Sol. adr. 1⁰/₀₀ 1 см³ всегда давала в бодрствующем состоянии повышение кровяного давления в той или иной, но в достаточно выраженной, степени. Так, у Ус - вой (опыт № 1) — на 24 деления. У С - на (опыт № 2) — на 30 дел., у III - р (опыт № 3) — на 46 дел., у I - б (опыт № 4) — на 58, при чем у всех под'ем был постепенный и соответственно кривой давления нарастали, наряду с субъективными жалобами, и об'ективные признаки реакции преимущественно со стороны сосудистой системы. В двух остальных случаях (опыты №№ 5 и 6) реакция в бодрствовании наступала крайне быстро и бурно как со стороны давления, так и со стороны других отделов вегет. н. с. Что касается гипнотического состояния, то в нем мы имели совершенно иную картину. В трех случаях реакции не было вовсе, а в других трех если и была, то незначительная. В одном из них (опыт № 5) — да-

вление поднялось лишь на 10 делений, в другом (опыт № 6) — на 4 деления, а в третьем (№ 2) всего лишь на 2 дел. Это повышение относится к объектам, проявившим бурную реакцию в состоянии бодрствования на инъекцию той же дозы адреналина. Не нужно говорить, что результаты пока небольших исследований совпадают с таковыми Heilig'a и Hoff'a. Явление разницы реакций в различных состояниях наших объектов и объектов указанных авторов настолько резки и постоянны, что можно определенно говорить о ваготоническом состоянии вегетативной н. с. у данных испытуемых в состоянии гипноза.

Не могу не сожалеть, что я вынуждена была ограничиться лишь шестью объектами, так как характер самих исследований не привлекал желающих подвергнуться им. Из 13-ти человек 7 не явились после пробной инъекции в состоянии бодрствования. Но полученные на наших объектах результаты таковы, что они могут быть соответствующим образом учтены.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR FRAGE ÜBER DEN EINFLUSS DER ADRENALININJEKTIONEN AUF DEN BLUTDRUCK IN HYPNOTISCHEM ZUSTANDE

Von Dr. R. J. Schliffer

Zwecks Feststellung des Zustandes des vegetativen Nervensystems während der Hypnose wurde die Methode der Injektionen (1 ccm Sol. Adrenal. 1^o/₁₀₀ P. D.) an 6 Subjekten angewendet, die in tiefen «hypnotischen» Schlaf versunken waren. Die Injektionen riefen, wenn sie in wachem Zustande vorgenommen wurden, durchweg in allen Fällen eine positive Reaktion seitens des Blutdruckes hervor. Bei 4 Versuchspersonen stieg der Blutdruck um 24—58 Teilstriche, bei den übrigen 2 um 71 resp. 83. In hypnotischem Zustande stieg der Blutdruck bei denselben Personen nach der Injektion entweder überhaupt gar nicht oder er nahm bloss um einige Teilstriche (4 bis 10) zu.

Eine solche Steigerung wurde bei den beiden letzteren Personen beobachtet, die in Wachzustand mit einer heftigen positiven Reaktion auf die Injektion geantwortet hatten.



К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СНА (ГИПНОИДНОГО СОСТОЯНИЯ) НА ВЫСШИЕ НЕРВНЫЕ ФУНКЦИИ

Д-р А. Н. Мацкевич

И - т НКЗ и Научно - исследовательская кафедра психоневрологии Укрнауки (Секция Психотерапии)

В то время, как жизнь все с большей настойчивостью выдвигает необходимость применения психотерапии в состоянии гипноза в различных его степенях, и притом в различных отраслях медицины, оценка и анализ природы и сущности этого явления находятся еще во власти самых противоречивых мнений научных авторитетов.

Известный в качестве лечебного фактора еще с XVIII века, гипноз становится предметом пытливейшей научно - исследовательской мысли только в новое время.

По мере того, как научная мысль все больше проникает в область гипноза, все больше крепнет уверенность в том, что это не патологический процесс, а состояние нормальное, которое может быть вызвано у всякого здорового организма, часть западно - европейских школ и авторитетов, — Liébeault, Bernheim, Forel, Oskar Vogt, Brodmann, Löwenfeld Trömmner и др. — не находят достаточных оснований для того, чтобы предположить существенное различие между обоими этими состояниями. По мнению этих авторов, как процесс засыпания, так и пробуждения, психические изменения, сопровождающие эти состояния, даже рапорт и суггестивные моменты при этом, дают возможность провести известную параллель между гипнозом и спонтанным сном. Но если западно - европейские школы в анализе сущности гипноза постепенно становятся на здоровую почву, то еще в большей мере ведет нас русская школа физиологов от мистики, иррациональности к простоте и ясности физиологического обоснования в толковании этого вопроса.

Рассматривая всю жизнь, начиная от простейших механизмов и кончая человеком, как бесконечный ряд до высочайшей степени усложняющихся уравниваний во внешней среде, и сводя психическую деятельность к ряду закономерных ответов на раздражение со стороны внешнего мира, Павловская школа кладет элемент специфического рефлекса и в природу сна. Изучая лабораторно проблему сна, она тем самым дает возможность приблизиться к природе гипноза. Устанавливая точку зрения на сон и внутреннее торможение, как на один и тот же по существу процесс, Павловская школа говорит: «... раз мы принимаем раздробленность сна в больших полушариях, явление человеческого гипнотизма становится понятным»... В диссертации д-ра Бирмана, вышедшей из лаборатории И. П. Павлова, гипноз отождествляется с «экспериментальным сном» и рассматривается как явление, в основе которого лежит процесс внутреннего торможения и гипноз отличается от сна ограниченностью в распространении тормозного процесса.

Проф. В. П. Протопопов, исходя из принципа доминанты Ухтомского — с одной стороны, и вторичного «парабиотического» торможения Введенского — с другой, сводит сущность гипноидного состояния к реакции со-средоточения, указывая на одновременное повышенное функционирование («стойкое возбуждение, протекающее в центрах, приобретающее значение господствующего фактора...») и явления задержки на периферии... и «тормозящее способность других центров реагировать на импульсы...».

Проф. Л. Л. Васильев, анализируя природу торможения, расчленяет последнее, выставляя одновременно с «парабиотическим» еще и сонное торможение, которое он и кладет в основу гипноидного состояния.

Становясь в учении о гипнозе на точку зрения современной физиологии высшей нервной деятельности и рассматривая гипноз, как «условный сонный рефлекс, воспитанный на врожденном рефлексе — сне», проф. К. И. Платонов присоединяется к точке зрения Павловской школы и проф. Л. Л. Васильева. Основываясь на своих массовых наблюдениях над здоровыми и больными и на данных экспериментального исследования, он держится того взгляда, что состояние гипноза есть состояние покоя, отдыха, анаболизма.

Изучение сущности гипноза является слишком сложной проблемой для того, чтобы она могла быть сразу в целом охвачена. Целесообразным поэтому должно явиться изучение его по отдельным звеньям; данная работа, любезно предложенная мне проф. Платоновым, и не претендует на большее. Цель ее — осветить, подчеркнуть только одну небольшую часть этого многообразного вопроса, а именно: влияние гипнотического состояния на высшую нервную деятельность индивидуума, — на отдельные элементы ее, предполагая, что эти данные могут быть полезными для решения вопроса — является ли состояние гипноза состоянием анаболизма или нет? Основным вопросом, подлежащим освещению в моей ориентировочной экспериментальной работе, является анализ этих функций в *постгипнотическом состоянии*. Моя попытка обратиться к литературе по этому вопросу в нашей постановке опытов не дала положительных результатов.

Я нашла указания на исследования психических функций лишь в состоянии гипноза, но не после него, и притом — дающие противоречивые результаты. Oskar Vogt первый показал возможность экспериментально получить одностороннее повышение известных психических явлений в гипнотическом состоянии при помощи внушения. Trömpner исследовал зрение, слух, обоняние, тактильное температурное чувство в гипнозе и в состоянии бодрствования и приходил к выводу, что так назыв. острота чувства, порог ощущений, являются устойчивой величиной только при нормальном бодрственном состоянии, а при гипнотическом подвергается сильному воздействию внушения. Исследованию памяти в гипнозе мы обязаны Richet, Delbœuf'у, Dichas, Beaunis, Pitres'у, Dessoir'у. Max Dessoir указывает в своих экспериментах на глубокое ослабление памяти в гипнозе: гипнотизированный запоминал меньшее количество букв, чем бодрствующий. У Beaunis нет никакой существенной разницы между гипнозом и бодрствованием. Месмерист Wienholt настаивает на обострении памяти в гипнотическом состоянии. Исследуя процессы восприимчивости и фиксируя свое внимание на времени реакции, Hirschlaf нашел, что время реакции меньше в глубоком гипнозе, чем в состоянии бодрствования. Albert Moll указывает на то, что исследование времени реакции в гипнозе еще не согласовано между собою у некоторых авторов. У Стенли Холла мы находим значительное сокращение времени реакции. В его экспериментах оно равнялось: до гипноза — 0,328 сек., во время гипноза — 0,193 сек., через 30 ч. после гипноза — 0,348 сек.

Данные экспериментов Williams'a и James'a противоречат полностью выводам Стенли Холла. Beaunis в своих опытах указал на то, что при помощи соответствующего внушения время реакции в гипнозе может быть сокращено. Опыты же Henic'a, Воротынского, Бехтерева обнаружили удлинение времени реакции в гипнозе. Fremand и Grosq усилие умственной деятельности в гипнозе приписывают усилению в этом состоянии концентрации внимания. Бехтерев и Мясичев в своей работе «О влиянии гипноза и внушения в нем на простой и сочетательный двигательные рефлексы», применяя на 13 объектах методику сочетательных рефлексов для исследования гипнотического состояния, показали, что внушения, вызывающие стенический эффект, способствуют проявлению сочетательного рефлекса. Наоборот, внушения, вызывающие астеническую реакцию, дают тормозный эффект. В другой работе Бехтерев нашел, что сосчитывание простых чисел и связывание представлений в гипнозе шло быстрее при требовании ускорить соответствующие процессы, чем без такого требования.

Все указанные литературные данные только косвенно могут отвечать на интересующий нас вопрос, так как я, как указано было выше, преследовала анализ постгипнотического состояния.

Исследование влияния «гипнотического» сна на высшую нервную деятельность индивидуума в моей постановке опытов расчленилось на следующие основные моменты: первым моментом было исследование высших функций в *постгипнотическом состоянии* — в условиях обычного лечебного сеанса гипноза, с общей лечебной бодрящей инструкцией при полном отсутствии специальной инструкции об улучшении этих функций; следующим, не менее существенным моментом, было влияние на высшие функции условно-рефлекторного сонного торможения при условии отсутствия общей бодрящей инструкции, а только при словесной инструкции: «спите, спите глубоко». Понятно, что наряду с этим представилась необходимость исследования влияния на те же функции у тех же объектов естественного отдыха, покоя, сна. Далее мне удалось

сравнить влияние на высшие функции центральной нервной системы спонтанного ночного сна с влиянием на таковые экспериментального сна, сопровождавшегося словесной инструкцией, внушающей состояние, соответствующее нормальному сну.

Мною исследовались: 1) способность сосредоточения, выявляемая методом прокаливания, очеркивания или отсчитывания по принципу реакции выбора; 2) способность зрительной репродукции — отбора линейных фигур; 3) способность непосредственного воспроизведения по слуху ряда словесных раздражителей, предложенного в определенную единицу времени; 4) способность непосредственного воспроизведения по слуху ряда чисел, предложенного в определенную единицу времени; и наконец 5) помимо указанного выше, важнейшим ингредиентом моей работы я считаю исследование словосочетательных функций, рефлексосохранительной функции коры — как называет их Иванов-Смоленский. Для этого я пользовалась как методом ответных реакций на ряд словесных раздражителей в количестве 20 индифферентных слов (Юнгковский ассоциативный эксперимент), так и методом анализа количества речевых реакций (свободных ассоциаций, возникших у испытуемого при определенных условиях в промежуток времени в 3 минуты). В первом случае мной преследовался не анализ типа ответных реакций, а преимущественно определение скрытого периода, протекающего между дачей раздражения и ответной реакцией. Дело в том, что тип ответной реакции, обусловленной определенными данными прошлого опыта, не может различаться в незначительный промежуток времени, протекающий в нашем случае от одного до другого эксперимента. В виду того, что оба опыта, как первый (до гипноза), так и второй (после гипноза), проводились мною в сравнительно небольшой промежуток времени, я подбирала тестовой материал так, чтобы была исключена возможность привыкания к нему и, вместе с тем, не нарушался принцип экспериментирования по определенному методу; для этого я использовала метод изолированных тестов, т. е. отдельные тесты из набора Бернштейна, Рыбакова, Россолимо и др. для первого опыта (до сеанса гипноза) и варианты их для второго опыта (после сеанса гипноза).

Материал, добываемый при экспериментально-психологических исследованиях, может быть ценным и для рефлексологии, если данные опыта рассматривать совершенно независимо от субъективных процессов, а лишь со строго объективной точки зрения, так как они делаются в условиях опыта — говорит Бехтерев. Также и у Иванова-Смоленского мы находим следующее: «Взяв какой-нибудь экспериментально-психологический метод, мы используем его в соответствии с нашими специальными задачами, однако мы абсолютно отказываемся от каких бы то ни было экскурсий в область субъективной психологии».

Объектами для эксперимента являлись алкоголики, невротики и группа здоровых, — всего в количестве 34 человек — 12 для первой постановки опытов, 11 — для второй. Из этого количества 7 человек было подвергнуто кроме того исследованию до и после естественного отдыха; на 11 объектах, независимо от основных групп, проверялось влияние естественного сна и отдыха; 1 из объектов, входящих в основную группу, исследовался, помимо того, в эксперименте со спонтанным ночным сном. Всего опытов над всеми проведено было свыше 82. Моим подопытным материалом, по заданию, могли быть исключительно лица с воспитанным сонным торможением (относительно давние гипнотики). Не желая поэтому нарушать прочности условно-рефлекторного торможения, воспитанного в ряде сеансов определенным лицом, на которое у больного выработался уже рефлекс, я, для большей объективности и единства полученных данных, прибегла к любезным услугам проф. Платонова, врачей наркодиспансера — Истомина, Бельгова, Гальперина. Критерием для определения степени гипноза было состояние полной отрешенности гипнотика от окружающего мира, отсутствие реакции на внешнее раздражение, а также в последующих опытах гипнозирования изменение кровяного давления, пульса и дыхания. Не вдаваясь в подробное описание методики моих экспериментов, что приходится делать по чисто внешним условиям, ограничусь лишь указанием на то, что во всех опытах испытуемые исследовались мною после трудового дня (между 6 — 7 часами вечера), т. е. в состоянии утомления; после исследования подвергались усыплению и сейчас же по пробуждении следовал второй опыт и притом с вариантами тестов экспериментального метода, в целях

предупреждения привыкания к тесту, как указано мною было выше. Точно также при исследовании влияния естественного сна (отдыха) объект подвергался опыту в те же часы — к концу трудового дня (после работы) и по пробуждении от сна — последующему опыту, также с вариантами тестов. Как «гипнотический», так и естественный сон — отдых в нашей постановке опытов, во всех их вариантах, длился 20 м., так как, в основном, мы исходили из обычного сеанса, психотерапии (гипносуггестии), не желая нарушать методический его распорядок. Поэтому, в целях максимального единства условий экспериментирования, мы придерживались этого вынужденного отрезка времени в наших экспериментах.

Перехожу к изложению первой серии опытов исследования высших функций в постгипнотическом состоянии — в условиях обычного лечебного сеанса-гипноза с общей лечебной бодрящей инструкцией («вы отдыхаете, будете чувствовать себя бодро, хорошо»... и т. д.) при полном отсутствии специальной инструкции (внушения) об улучшении этих функций.

Методика моего эксперимента была следующая. Больной исследовался мной после трудового дня, т. е. ему в состоянии утомления его предварительно давалась инструкция, подготовляющая положительную установку объекта к опыту. Длительность опыта, предшествующего гипнозу, простиралась от 25 до 50 минут, в зависимости от индивидуальных особенностей испытуемого, после этого больной подвергался обычному гипнотическому сеансу, в основе которого лежало словесное внушение, создававшее положительную установку у больного на борьбу с нежелательным для него болезненным явлением; помимо общей бодрящей инструкции, *специального прямого постгипнотического внушения об улучшении отдельных высших функций не было*. Длительность сеанса равнялась 20 минутам, при чем на терапевтическое внушение уходило 5 минут. За этим сейчас же следовал второй опыт, уже с вариантами тестов экспериментального исследования по причинам, указанным выше. Во избежание громоздкости в изложении материала, в целях более легкого усвоения основных положений, я считаю нужным привести лишь некоторые протоколы опытов.

Для количественного учета я полученные данные обозначила в процентах, выражающих отношение решенных тестов к количеству предлагаемых тестов. Так как каждый процесс исследовался мною по 10 тестам, обусловленным методом, то я в количественном учете полученных данных исходила из числа решенных тестов в отношении этих 10-ти тестов. Остановимся на следующих протоколах, как более типичных.

ОПЫТ ДО СЕАНСА ГИПНОЗА

ОПЫТ ПОСЛЕ СЕАНСА ГИПНОЗА

(с бодрящей инструкцией)

3/VI 28 г. А. 51 год. Ремесленник. Запойное пьянство, был делирий.

I. ПРОЦЕСС СОСРЕДОТОЧЕНИЯ

(устойчивость внимания с выбором)

Пришел чрезвычайно утомленный после тяжелого рабочего дня. Внимание низко, легко отвлекаемо и истощаемо; правильно прокалывает 4 таблицы; высота процесса равна 40%.

Хорошая относительно устойчивость внимания, прежнего колебания процесса — нет; высота процесса равна 70%.

II. СПОСОБНОСТЬ ЗАПОМИНАНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

(линейных фигур)

Отбор линейных фигур слаб, неправилен; правильно отобрал 5 фигур; наряду с этим 4 ложно воспроизведенных; высота процесса равна 50%.

Отбор фигур абсолютно правилен. Высота процесса равна 100%.

III. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СЛОВЕСНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ

(запоминание элементов речи)

Воспроизведение из ряда предложенных экспериментатором слов очень неуверенно и слабо. С трудом называет 3 слова из 10; высота процесса равна 30%.

Воспроизведение слов из предлож. ряда удовлетворительно, называет 6 слов из 10.
Высота процесса — 60%.

IV. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СО СЛУХА РЯДА ЧИСЕЛ

(запоминание чисел по слуху)

Репродукция ряда предлож. эксперим. чисел относительно достаточная (6 чисел); высота процесса равна 60%.

Репродукция слаба; много ложно произведенных чисел; высота процесса равна 40%.

V. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(свободные ассоциации)

В течение 3-х мин., положен. экспериментом, называет только 46 слов. Ассоциации однообразны, но координированы.

По причине усталости, выдерживает эксперимент только в течение 2', называет за это время 68 слов; ассоциации координированы.

VI. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(свободные ассоциации Юнга)

Ответная реакция адекватна. Пример: «книга — 2'' — тетрадь; обед — 1 1/2'' — завтрак; церковь — 1'' — часовня; и т. п. Скрытый период равен — 2,2''.

Ответная реакция на ряд словесных раздражителей адекватна; скрытый период равен 2''.

Резюме: сравнивая в данном случае состояние высших функций у испытуемого до и после гипноза, мы видим, что в состоянии постгипнотическом значительно (почти вдвое) поднялась кривая внимания; вдвое возросла способность запоминания зрительных образов; вдвое усилилась способность воспроизведения ряда слов; заметно облегчился процесс ассоциирования, как это видно из эксперимента на свободные ассоциации (здесь количество ассоциаций в 2-х минутный промежуток времени значительно превысило таковое в 3-х минутный промежуток) и в ассоциативном Юнговском эксперименте (сократился скрытый период); помимо того, на 5 минут сократилась общая длительность эксперимента; что касается способности воспроизведения ряда чисел, и тут таковая понизилась (на 20%). (См. диагр. № 1, столбик 4 слева).

5. 17/VII 29 г. Б. 52 года, рабочий. Привычное пьянство.

I. ПРОЦЕСС СОСРЕДОТОЧЕНИЯ

(устойчивость внимания с выбором)

Устал. вялые реакции. Способность сосредоточения ослаблена чрезвычайно: легко истощаема; прокалывает правильно 5 таблиц из 10. Высота процесса равна 50%.

Хорошая способность сосредоточения; прокалывает 8 таблиц из 10. Высота процесса равна 80%.

II. СПОСОБНОСТЬ ЗАПОМИНАНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

(линейных фигур)

Очень слаб отбор из предложенного экспериментатором ряда линейных фигур. Высота процесса равна 50%.

Отбор линейных фигур точен, быстр. Высота процесса равна 78%.

III. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СЛОВЕСНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ

(запоминание элементов речи)

С заметным усилием воспроизводит 4 слова из ряда предлож. экспер. Высота процесса равна 40%.

Репродукция слов относительно удовлетворительна (воспроизводит 6 слов). Высота процесса равна 60%.

IV. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СО СЛУХА РЯДА ЧИСЕЛ

(запоминание чисел по слуху)

Воспроизводит 6 чисел из предложенного экспер. ряда в 10. Высота процесса равна 60%.

Репродукция чисел удовлетворительна. Воспроизводит 7 чисел; высота процесса равна 70%.

V. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(свободные ассоциации)

Объем ассоциаций в течение 3' ограничен; ассоциации скудные — в 3' дает 44 слова.

Объем ассоциаций повысился; ассоциации однообразны, координированы; в 3' называет 53 слова.

VI. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(Эксперимент Юнга)

Ассоциации адекватны; частью высшего типа; процесс ассоциирования заторможен, протекает с усилением. Пример: «книга — 6" — книжка; обед — 15" — нож; церковь — 10" — дом; школа — 1" — учение; писать — 12" — грамота; война — 6" — революция; шалить — 3" — баловаться; и т. п. Скрытый период очень растянут — равен 5,5". Общая длительность эксперимента равна 37'.

Ответы адекватны, часто высшего типа; период между словом-раздражителем и ответной реакцией заметно укорачивается. Пример: «урок — 2" — учение; буква — 4" — грамота; мокрый — 1" — вода; лампа — 1" — свечка; театр — 1 1/2" — развлечение; кушать — 1" — пища; и т. п. Скрытый период = 3,2". Общая длительность эксперимента — 25'.

Резюме: постгипнотическое состояние у данного объекта характеризуется следующими особенностями: повышением способности сосредоточения (на 30%); улучшением отбора линейных фигур (на 28%); повышением способности репродукции слов вдвое; повышением способности репродукции чисел (на 10%); значительным облегчением процесса ассоциирования (в Юнговском ассоциативном эксперименте скрытый период сократился почти вдвое); повысился объем ассоциаций в эксперименте на свободные ассоциации сокращением общей длительности эксперимента на 12'. (См. диагр. № 1, столб. 5 слева).

6. 18/VII 28 г. 3. 38 лет, рабочий. Невропатическая конституция; привычное пьянство.

I. ПРОЦЕСС СОСРЕДОТОЧЕНИЯ

(устойчивость внимания с выбором)

При хорошей способности сосредоточении заметно все же устает к концу эксперимента; высота процесса 80%. (Ошибки на предпоследних 2-х таблицах). Жалуется на усталость.

Высокая способность сосредоточения; живые реакции; прокалывает правильно 9 таблиц (из 10); высота процесса 90%.

II. СПОСОБНОСТЬ ЗАПОМИНАНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВ

(линейных фигур)

Чрезвычайно затруднен отбор и узнавание ряда линейных фигур: одинаковое число как правильно, так и ложно отобранных фигур (3); высота процесса 30%.

Быстрый и точный процесс отбора линейных фигур; высота процесса 78%.

III. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СЛОВЕСНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ

(запоминание элементов речи)

Воспроизведение ряда обусловленных экспериментом слов недоступно вовсе; высота процесса равна 0.

Свободно, легко воспроизводит 6 слов из предлож. экспериментатором ряда в 10. Высота процесса 60%.

IV. НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ РЕПРОДУКЦИЯ СО СЛУХА РЯДА ЧИСЕЛ

(запоминание чисел по слуху)

Называет 6 чисел правильных при одном произвольном; высота процесса 60%.

То же, но произвольно названных чисел нет; высота процесса 60%.

V. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(свободные ассоциации)

Относительно живые, достаточно координированные ассоциации (парк, трамвай, станок, токарь, фрезер и т. п.). В 3' произносит 55 слов.

Живые, довольно разнообразные, координированные ассоциации. В 3' называет 69 слов.

VI. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

(Эксперимент Юнга)

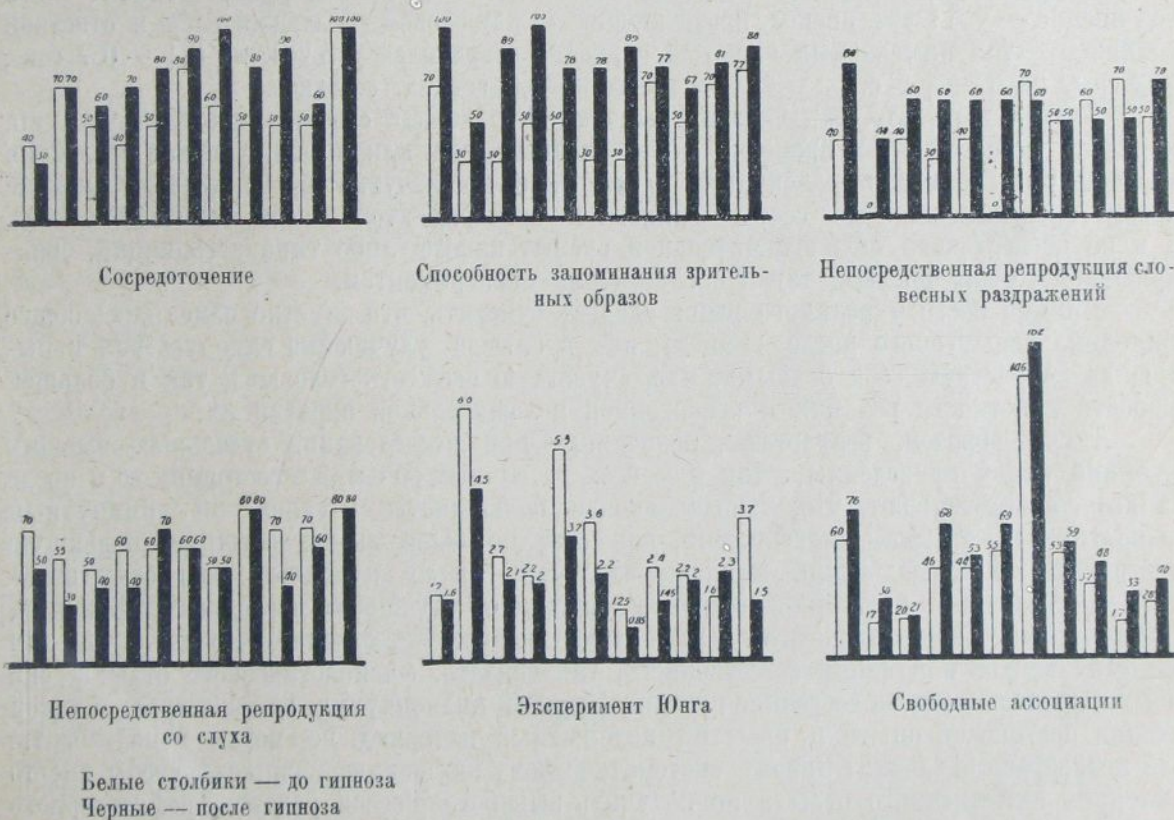
Ассоциации адекватны, временами заторможены; замедлены. Например: обед — 1" — ложка; книга — 5" — ручка; часы — 3" — цепочка; революция — 3" — флаг; кукла — 3" — девочка; молоко — 2" — кувшин и т. п. Скрытый период продолжителен — равен 3,6". Общая длительность эксперимента равна 45'.

Прежний тип ассоциаций; но прежней заторможенности не наблюдается. Скрытый период равен 2,2". Общая длительность эксперимента 25'.

Резюме: в постгипнотическом состоянии в данном случае улучшилась способность сосредоточения (высота процесса поднялась на 100%); значительно возросла способность отбора линейных фигур (в 2½ раза); колоссально возросла способность репродукции

Диаграмма № 1

ВЛИЯНИЕ 20-МИНУТНОГО ГИПНОЗА - ОТДЫХА НА ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИИ Н. С. У 11 ЧЕЛОВЕК



слов (вместо 0 — 60%; заметно улучшился процесс ассоциирования, что доказывает укорочение скрытого периода в ассоциативном Юнговском эксперименте (на 1,1") и увеличение объема ассоциаций в промежуток времени 3 минуты (69 слов вместо 55). Не изменился количественно процесс воспроизведения чисел, но качественно улучшился, что доказывает отсутствие произвольно названных чисел. Заметно повысилась продуктивность психомеханики, за что говорит сокращение общей длительности эксперимента почти вдвое.

Детальное рассмотрение состояния высших функций в каждом из всех случаев до и после гипноза — сравнительная качественная и количественная оценка результатов данных, убеждает нас в следующем.

Сосредоточение в постгипнотическом состоянии улучшилось у всех 11 чел., из них: у 6 чел. оно поднялось на 30 — 40%, т. е. в 2 — 3 раза против прежнего, у 2 чел. оно поднялось на 10% и у 2 чел. оно не изменилось.

Зрительный анализ улучшился у всех 11 чел. — у 3 чел. на 11%, у 2-х чел. на 17%, у 2 чел. от 20 до 30%, у 4 чел. от 40 до 50%.

Воспроизведение ряда слов возросло у 8 чел. — у 1 чел. на 10%, у 2 чел. на 20%, у 1 чел. на 30%, у 2 чел. на 40% (от 2 — 6 раз), у 1 чел. на 60%.

Один случай не дал изменения в состоянии до и после гипноза — здесь допустим предел колебания высоты процесса; в двух из следующих трех случаев с понижением в постгипнотическом состоянии воспроизведения слов следует обратить внимание на *прерванный из-за объективных условий сеанс гипноза*.

Воспроизведение ряда чисел в постгипнотическом состоянии возросло только у 2-х из всех случаев, у остальных же понизилось.

Заметное улучшение в постгипнотическом состоянии пало на ассоциативные процессы. Так, объем свободных ассоциаций увеличился у 3 чел. почти в 2 раза, у 8 чел. — на 10 — 20 слов, точно также значительно уменьшилось число задержек.

Ассоциативный (Юнгковский) эксперимент обнаружил значительное улучшение — у 11 чел. период, протекающий между словом-раздражителем и ответной реакцией — так называемый скрытый период — сократился у 5 чел. на 0,1 — 0,7 сек., у 2 чел. на 1 — 1,1 сек., у 4 чел. на 2,2 — 2,6 сек., т. е. вдвое.

В виду того, что, как указано было мною в начале статьи, определенный тип, характер ассоциации, непременно обусловленный тем или иным уровнем развития индивидуума, не может различаться в короткие промежутки времени (протекающие между экспериментом до сеанса гипноза и экспериментом после сеанса гипноза), я и не преследовала цели сравнительной оценки какого-либо типа ассоциаций, обнаруживаемого как первым, так и последующим экспериментом.

Помимо всего указанного выше, следует отметить, что заметно изменилось общее состояние испытуемого после гипноза, как в смысле улучшения самочувствия испытуемых («чувствую себя бодрым», или «чувствую свежесть головы»), так и большей живости и легкости реакций и выраженной положительной окраски их.

Таким образом, результаты, полученные при исследовании отдельных высших функций как у приведенных, так и у всех остальных объектов в состоянии до и после гипноза, обнаруживают, что, в подавляющем большинстве случаев, 20-минутный сеанс гипноза-отдыха, включающий, как сказано было выше, обычную бодрящую инструкцию и последующий экспериментальный сон со внушением «вы отдыхаете» и т. д. без прямого постгипнотического внушения об улучшении исследуемых функций, в значительной мере содействует улучшению таковых. Естественно, что наряду с этим предстал вопрос о влиянии естественного, так сказать, физиологического отдыха — сна той же длительности на состояние высших функций индивидуума. Так как сразу в такой именно постановке опыта я прежний подопытный материал не могла использовать, как подвергавшийся длительному систематическому внушению в гипнозе, чтобы вместо состояния естественного отдыха не получить выработавшегося условно-рефлекторного сонного торможения, я намеренно отдала последнюю постановку опыта на определенный промежуток времени. Только через несколько месяцев по окончании исследованными лицами обычного курса психотерапии я предприняла исследование в этом направлении лиц, ранее уже подвергшихся эксперименту, указанному выше. В виду того, что объективные условия мешали мне исследовать всю прежнюю группу в целом (большая часть больных живет в других городах), я привожу данные об исследовании только 5-ти лиц из них.

Исследовались те же функции, что и при первой постановке опыта. Испытание также проводилось по окончании дневной работы. После первого испытания испытуемым предоставлялась возможность полного отдыха в совершенно изолированной затемненной комнате, при условии полного отсутствия экстрараздражителей. При чем давалась следующая инструкция: «Мы первый опыт окончили; теперь укладывайтесь, как на своей постели; никто и ничто вам не будет мешать». При этом мы не препятствовали развитию сна, если таковой наступал, что наблюдалось у 4-х из наших

объектов, у 5-го наблюдалось состояние легкой дремоты. Бодрящих инструкций не давалось. Такое состояние длилось 20 минут, после чего исследовались повторно те же функции, по вариантам прежних изолированных тестов. Результаты исследования представлены в нижеследующих цифрах (см. диагр. № 2).

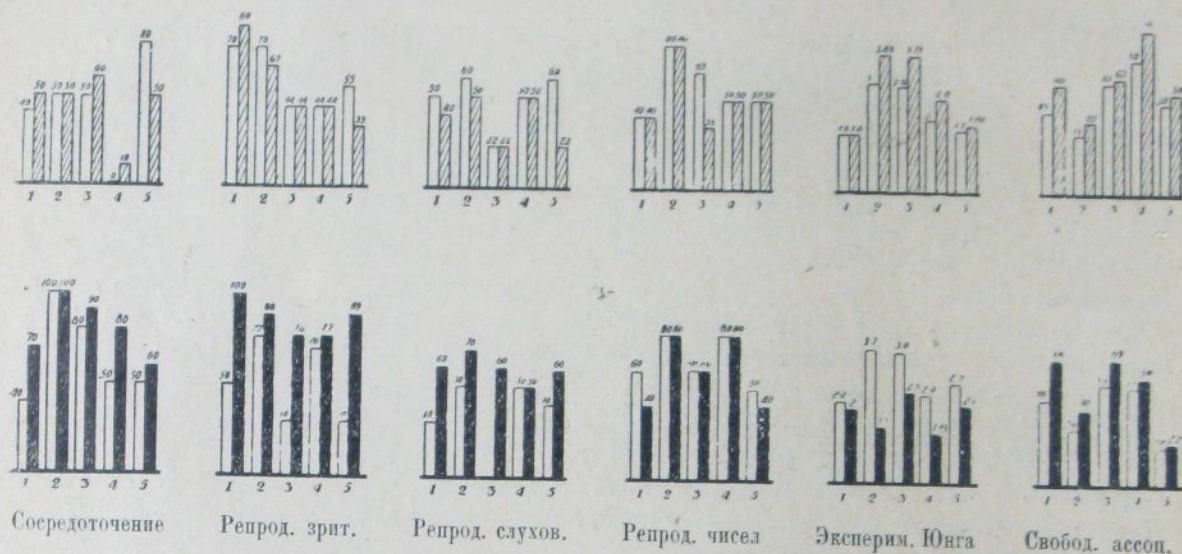
	Данные опыта до гипноза - отдыха	Данные опыта после гипноза - отдыха	Данные опыта до естественного отдыха	Данные опыта после естествен- ного отдыха
I. А. Сосред.	40 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Репрод. зрительн.	50 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	89 ⁰ / ₀
Репрод. слов	30 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀
Репрод. чисел	60 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀
Экспер. Юнга, скр. пер.	2,2 сек.	2 сек.	1,6 сек.	1,6 сек.
Своб. ассоц.	3 м. — 46 слов	3 м. — 68 слов	2 м. — 30 слов	2 1/2 м. — 50 слов
II. Т. Сосред.	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Репрод. зрит.	77 ⁰ / ₀	88 ⁰ / ₀	78 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀
Репрод. слов	50 ⁰ / ₀	70 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Репрод. чисел	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀
Экспер. Юнга, скр. пер.	3,7 сек.	1,5 сек.	3 сек.	3,85 сек.
Своб. ассоц.	3 м. — 29 слов	3 м. — 40 слов	1 м. — 50 слов	1 м. — 13 слов
III. Зв. сосредоч.	80 ⁰ / ₀	90 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀
Репрод. зрительн.	30 ⁰ / ₀	78 ⁰ / ₀	44 ⁰ / ₀	44 ⁰ / ₀
Репрод. слов	0 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	22 ⁰ / ₀	22 ⁰ / ₀
Репрод. чисел	60 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	65 ⁰ / ₀	33 ⁰ / ₀
Экспер. Юнга, скр. пер.	3,6 сек.	2,5 сек.	2,95 сек.	3,75 сек.
Своб. ассоц.	3 м. — 55 слов	3 м. — 69 слов	50 сек. — 17 слов	40 сек. — 14 слов
IV. Г. сосредоч.	50 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	0 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀
Репрод. зрител.	70 ⁰ / ₀	77 ⁰ / ₀	44 ⁰ / ₀	44 ⁰ / ₀
Репрод. слов	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Репрод. чисел	80 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Экспер. Юнга, скр. пер.	2,4 сек.	1,45 сек.	2 сек.	2,6 сек.
Своб. ассоц.	3 м. — 53 слов	3 м. — 59 слов	3 м. — 74 слов	3 м. — 91 слов
V. З. сосредоч.	50 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	80 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Репрод. зрител.	30 ⁰ / ₀	89 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀	33 ⁰ / ₀
Репрод. слов	40 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	60 ⁰ / ₀	22 ⁰ / ₀
Репрод. чисел	50 ⁰ / ₀	40 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀	50 ⁰ / ₀
Экспер. Юнга, скр. пер.	2,7 сек.	2,1 сек.	1,7 сек.	1,85 сек.
Своб. ассоц.	3 м. — 20 слов	3 м. — 22 слова	3 м. — 50 слов	2 м. — 36 слов

Таким образом, представилась возможность у одних и тех же 5-ти объектов проследить за состоянием отдельных функций как в зависимости от влияния на них 20-тимин. гипноза-отдыха, так и такой же длительности естественного кратковременного сна. Оказалось, что у всех 5-ти объектов, при одних и тех же условиях

экспериментирования (в смысле общего самочувствия, времени эксперимента, характера труда), почти в подавляющем большинстве случаев гипноз - отдых повышал функции сосредоточения, репродукции и ассоциирования, в то время как так называемый естественный сон той же длительности либо совсем не влиял, либо иногда влиял обратно. Для подтверждения вышесказанного я позволю себе привести таблицы, наглядно иллюстрирующие разницу в колебании высот отдельных процессов в двух постановках опыта: во - первых, до и после гипноза - отдыха, во - вторых, до и после естественного отдыха у одного и того же индивидуума.

Диаграмма № 2

ВЛИЯНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОТДЫХА (верхний ряд) И ГИПНОЗА - ОТДЫХА НА ВЫСШИЕ ФУНКЦИИ Н. С. ОДНИХ И ТЕХ ЖЕ 5 - ТИ ОБЪЕКТОВ



Следующая таблица, изображающая среднее колебание высот отдельных функций у одних и тех же объектов, при одних и тех же условиях эксперимента: 1) до и после сеанса психотерапии и 2) до и после естественного сна, с еще большей наглядностью доказывает разницу между этими состояниями в смысле влияния их на высшие функции.

	До гипноза - отдыха	После гипноза - отдыха	До сна	После сна
Сосредоч.	64	80	46	44
Зрител. анализ	51	86	58	55
Репрод. слов	34	60	48	37
Скрыт. период речев. реакции	2,9	1,9	2,1	2,7
Объем речев. реакций	40	51	44	42

Следовательно, у одних и тех же объектов по прошествии 20 - минутн. сеанса психотерапии заметно повысилось сосредоточение, значительно улучшился зрительный анализ, вдвое повысилась репродукция слов, почти вдвое сократился период скрытой речевой реакции и заметно увеличился объем их.

Если же мы теперь проследим влияние естественного сна той же длительности у тех же объектов на высшие функции, то в последнем случае обнаружим всюду ухудшение. Такая строгая закономерность в колебании функций в зависимости от влияния на них гипнотического и естественного сна, наблюдаемая уже на небольшой, сравнительно, группе лиц, заставила меня провести проверочный эксперимент, в кото-

И нужно сказать, что особой разницы между сном, легкой дремотой и отдыхом — в смысле влияния их на состояние высших функций — в моих опытах не наблюдалось.

Неравенство в колебании исследованных функций в состоянии 1) до и после гипноза-отдыха (лечебного) и во 2) до и после естественного отдыха, сопутствующего сном — можно, очевидно, в значительной мере приписать тому, что в последнем случае, повидимому, продолжает еще сказываться нерассеивающееся сонное торможение. 20-минутный сон, после дня утомления, безусловно, не в состоянии полностью восстановить равновесие утомленного организма. И действительно, если после лечебного сеанса психотерапии испытуемые все, за исключением одного, который не спал, отмечали у себя «свежесть головы», бодрость, обнаруживали живые реакции положительной окраски, то в последнем случае — после естественного сна либо отдыха неизменно повторялось: «спать хочется», «клонит ко сну»... «спал, дремал, но свежести не чувствую»...

Следовательно, приходится предположить, что уже одна, общая бодрящая инструкция в гипнозе, без специальной инструкции об улучшении интеллектуальных функций, устраняет это сонное торможение. Как же тогда будет действовать условно-рефлекторное сонное торможение без бодрящей инструкции, внушающей объекту отдых, бодрость, хорошее самочувствие и т. п.? Для разрешения этого вопроса я прибегла к постановке опыта, в котором должно было быть исключено влияние общей бодрящей инструкции.

Испытуемый исследовался в состоянии утомления, после дня работы (6 — 7 час. веч.), по вышеуказанным тестам: затем подвергался гипнозу только с инструкцией «спите, спите глубоко» — после 20-ти минут «гипнотического» сна, испытуемого будили и подвергали испытанию по вариантам изолированных тестов. В этой серии опытов мною исследовалось 11 человек: в число их вошли алкоголики, 3 случая реактивного невроза. Трое из приведенного числа объектов не спали и дали точно те же данные, какие мы наблюдали в опытах после естественного сна и отдыха. Анализ в этой группе, следовательно, мною подверглось 8 случаев.

Рассматривая каждый из них в отдельности, я и здесь обнаружила определенную закономерность в полученных результатах, а именно: очень незначительно улучшились сосредоточение, зрительный отбор: понизилась репродукция словесная, как и в предыдущей серии опытов, пала репродукция чисел; но положительное влияние гипнотического сна сказалось в заметном ускорении в постгипнотическом состоянии темпа речевых реакций и увеличении объема их. Проверка на этой же группе объектов естественного сна той же длительности удалась только на двух объектах. При этом оказалось, что у одного после сна (пришлось будить), у другого после дремоты получились одни и те же результаты, т. е. понизились сосредоточение, зрительный анализ, репродукция слов; заметно замедлился темп речевых реакций и незначительно только увеличился объем речевых рефлексов. Эти данные полностью подтверждают таковые, наблюдавшиеся в предыдущих опытах, с естественным отдыхом и сном. Для удобства сравнительной количественной оценки результирующих данных всех 3-х серий опытов, привожу сводную таблицу, изображающую среднее колебание в них функций в естественном отдыхе и в постгипнотическом состоянии с соответствующими инструкциями.

1. Естественный отдых без каких бы то ни было инструкций

	До	После
Реакция сосредоточ.	84	78
Репродукция зрительн.	69	65
Репродукция чисел	68	64
Скрытый период речев. реакции	1,5	2
Свободн. ассоц.	81	86

2. Гипноз с одной только инструкцией «спите», «спите глубоко»

	До	После
Репродукция сосредоч.	35 ⁰ / ₀	41 ⁰ / ₀
Репродукция зрительн.	53 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀
Репродукция словесная	60 ⁰ / ₀	57 ⁰ / ₀
Репродукция чисел	50 ⁰ / ₀	51 ⁰ / ₀
Скрытый период речев. реакции . .	2,3	1,7
Свободн. асоц.	53	71

3. Гипноз-отдых с лечебным внушением и бодрящей инструкцией

	До	После
Реакция сосредоч.	56 ⁰ / ₀	75 ⁰ / ₀
Репродукция зрительн.	61 ⁰ / ₀	81 ⁰ / ₀
Репродукция словесная	42 ⁰ / ₀	59 ⁰ / ₀
Репродукция чисел	63 ⁰ / ₀	55 ⁰ / ₀
Скрытый период речев. реакции . .	3	2,1
Свободн. асоц.	49	62

Теперь, если мы проследим за колебанием процессов, начиная от группы с естественным сном и кончая группой со сном, сопровождающимся общей лечебной инструкцией, то мы как бы по ступеням обнаружим подъем их, в зависимости от влияния на них указанных состояний. Если взять *первую ступень — сон естественный*, то он уже в наших опытах увеличивает объем самопроизвольных речевых реакций; зато в остальном все понижает, сказываясь особенно заметным замедлением темпа речевой реакции. На 2-ой промежуточной ступени находится экспериментальный сон с инструкцией «спите, спите глубоко». Здесь, как и в естественном сне понизилась репродукция слов, но уже улучшились, правда незначительно, сосредоточение, зрительный анализ и *как и после сеанса с общей бодрящей инструкцией, сократился период скрытых речевых реакций и заметно возрос объем их*. Следовательно, слова «спите, спите глубоко» оказались более сильным раздражителем для организма в смысле их воздействия на восстановление его равновесия, чем самостоятельно развившийся сон той же длительности, что соответствует данным, наблюдавшимся в экспериментах проф. Платонова^{*)}.

Таким образом, если в группе опытов с естественным сном сонное торможение, наступая самопроизвольно, постепенно, обнаруживает еще, очевидно, следы торможения по пробуждении, то в экспериментальном сне инструкция «спите, спите глубоко» сразу повергла нашего объекта в сон, и притом более глубокий, что, очевидно, способствовало большему восстановлению функций.

На самую высокую — третью — ступень мы ставим состояние высших функций у индивидуума после обычного сеанса психотерапии (с общей бодрящей инструкцией, но без специальной инструкции об улучшении интеллектуальных функций). Здесь мы наблюдаем картину более или менее равномерного улучшения *всех функций*, за исключением репродукции чисел, о которой речь будет ниже. Зато в группе опытов с обычным сеансом психотерапии общая бодрящая инструкция, полностью устраняя по пробуждении это торможение, дает подъем функции, свидетельствующей о восстановлении равновесия утомленного организма.

Такая гибкость и сила слова в гипнотическом состоянии побудила меня, несмотря на определенную закономерность в результатах приведенных опытов, прибегнуть

^{*)} Проф. К. И. Платонов. Слово, как физиологич. и лечебный фактор.

к пробному эксперименту, в котором мне удалось сравнить влияние на высшую нервную деятельность спонтанного ночного сна с влиянием на таковую условно-рефлекторного сна, сопровождавшегося словесной инструкцией о том, что объект в гипнозе подвергнут нормальному сну.

Объект исследовался мною после тяжелого трудового дня в 10 ч. 15 минут вечера, в состоянии резко выраженного утомления. Сначала эксперимент был проведен с гипнозом, а затем, в тот же вечер, со спонтанным сном. После первого опыта объект подвергался воздействию гипноза, сопровождавшегося следующей речевой инструкцией: «засыпайте, спите глубоко, вы спите как ночью, когда вы проснетесь, вы будете чувствовать себя, точно вы спали, как обычно, всю ночь». Измеренное кровяное давление в гипнозе даило понижение сначала со 135 до 120, а после инструкции «спите как ночью» еще упало со 120 на 110, а пульс с 60 упал до 56. После 20-минутного сеанса гипноза утомление, сонливость, наблюдавшиеся раньше у испытуемой, сменились бодростью, живостью реакции, резко повысилась репродукция зрительная и слуховая; в два раза сократился период речевых реакций и в два (почти) раза увеличилось количество речевых реакций в 3 минуты.

Нижеследующая таблица наглядно иллюстрирует вышесказанное:

	До гипноза	После гипноза
Сосредоточ.	40%	40%
Репродукц. слов	55%	78%
Скр. пер. реч. реакц.	4 сек.	2 сек.
Общ. кол. реч. реакц.	44 слов	78 слов

Следует отметить, что последующий опыт после сеанса гипноза велся в 11 ч. 15 мин. веч.

После же спонтанного ночного сна опыт, проведенный в 5 ч. 20 м. утра, дал следующие результаты:

Сосредоточение оказалось равным	40%
Словесная репродукция	66%
Скр. пер. речевой реакции	2 сек.
Общ. количество речевых реакций	78 слов

Следовательно, и последний опыт подтвердил, что внушенный ночной сон и спонтанный ночной сон оказались почти адекватными в деле улучшения рефлексоохранительной функции.

После изложения результатов исследования влияния гипнотического состояния на утомленный организм, я сочла не лишним упомянуть о данных из другой работы, в которой я проверяла влияние гипнотического состояния на высшие функции отравленной алкоголем нервной системы. Этот вопрос давно уже интересовал проф. Платонова, и, по его мнению, соответствующий эксперимент должен являться существенным разрешением вопроса об анаболических свойствах гипнотического состояния.

При лечении алкоголиков подмечено, что последние, являясь в нетрезвом виде, после гипнотерапевтического сеанса уходили из кабинета врача отрезвленными. Проводя вместе с проф. Платоновым эту специальную работу, я считаю уместным поделиться результатами пока одного из наших исследований, произведенного на одном объекте. Уже одно это предварительное исследование полностью подтвердило данные, полученные мною на 11 объектах первой из указанных мною выше серий опытов.

У испытуемой исследовались — репродукция словесная с помощью слухового анализа и речевые рефлексы как в смысле анализа скрытого периода реакции, так и общего количества речевых рефлексов, обнаруживаемых испытуемой в промежуток времени в 3 минуты. После этого опыта испытуемая подвергалась опьянению, для чего ей давалось 150,0 портвейна. Через 6 минут после этого, когда испытуемая начала обнаруживать все признаки, сопутствующие опьянению, она подверглась повторному опыту, исследующим те же функции, при чем оказалось, что алкоголь дал резкое торможение в течение речевых рефлексов, заметное падение репродукции словесной. Вслед за этим объект подвергался 20-минутному гипнозу с внушением «спите», «спите глубоко». Исследования пульса и кровяного давления обнаружили падение как одного, так и другого. Разбуженная через 20 минут, испытуемая бодр, обнаруживает живые реакции, и третий опыт, в котором исследовались

вышеуказанные функции, обнаружил резкое повышение их. В 2 раза сократился период скрытой реакции, в $2\frac{1}{2}$ раза поднялись остальные процессы. На следующий день проведен контрольный эксперимент по проверке влияния на опьяненный организм самого 26-тиминутного периода времени самостоятельного отрезвления. Методика эксперимента предыдущая. Испытуемая исследуется до опьянения, во время опьянения на 6-й и 26-й мин. Самостоятельное отрезвление не обнаруживает заметного колебания высших функций в положительную сторону. Тогда испытуемая сразу подвергается гипнозу, длительностью в 10 минут, сопровождаемому инструкцией «спите», «спите глубоко». 10-тиминутный гипноз обуславливает не только общее резкое улучшение самочувствия, живые реакции, но и резкий подъем репродукции словесной, заметное увеличение количества речевых рефлексов и сокращение периода скрытой реакции.

Нижеприведенная таблица с наглядностью иллюстрирует сказанное.

Опыт № 1

Опыт № 2

	До опьянения	В состоянии опьянения через 6'	После гипноза 20-тиминутн. длительности	До опьянения	Опьянение		После 10-ти минутного гипноза
					Через 6'	Через 26'	
Словесная репродукция	50%	23%	80%	60%	30%	40%	75%
Скрытый период речевой реакции	2 сек.	4 сек.	2 сек.	2 сек.	4 сек.	3,5 сек.	1,8 сек.
Общее количество речевых реакций в промежутках времени в 3 минуты	70 сл.	20 сл.	98 сл.	98 сл.	45 сл.	50 сл.	89 сл.

Указанные данные показывают, что достаточно было только в первый раз 20-тиминутного, а второй 10-тиминутного гипнотического состояния для того, чтобы повысить общее состояние опьяненной алкоголем испытуемой и высшие ее функции.

Гипнотическое состояние восстановило нарушенные алкоголем функции, что в достаточной мере проливает свет к выяснению вопроса о возможности и целесообразности гипнотизирования алкоголиков в состоянии их опьянения.

Таким образом, уже в моей ориентировочной работе, можно сказать, строгая закономерность в полученных у наших объектов данных позволяет мне прийти к заключению, что после гипноза — отдыха:

- 1) Реакция сосредоточения, выявляемая методом прокалывания либо зачеркивания по принципу реакции выбора, заметно улучшается.
- 2) Способность непосредственного воспроизведения ряда словесных раздражителей с помощью слухового анализа возрастает.
- 3) Способность непосредственного воспроизведения ряда чисел с помощью слухового анализа понижается.
- 4) Способность зрительного анализа в виде последующей дифференциации и отбора (узнавания) линейных фигур из ряда, обусловленного экспериментом, значительно возрастает.
- 5) Быстрота выявления ответной речевой реакции на словесный раздражитель (ассоциативный Юнгковский эксперимент) заметно возрастает.
- 6) Количество речевых реакций, возникающих у данного индивидуума в одну единицу времени (свободн. ассоциац.), заметно увеличивается.

Таким образом, гипноз-отдых повышает в постгипнотическом состоянии сочетательные функции индивидуума как в смысле возрастания количества образуемых связей, так и ускорения темпа работы.

Как мы можем подойти к анализу полученных данных? Как уже неоднократно указывалось, если 20-тиминутный физиологический сон давал зачастую понижение функции, что, повидимому, как уже упоминалось, обуславливалось продолжающимся еще действием сонного торможения, то почему же при гипнозе-отдыхе той же длительности это сонное торможение не сказывается? Дело, повидимому, заключается в действии обще-лечебной бодрящей инструкции: «вы отдохнули», «будете чувствовать себя бодро» и т. д.

Слово, как речевой сигнал, на определенное раздражение, неизменно повторяясь в прошлом опыте человека, становится для него реальным раздражителем, адекватным основному раздражителю. Такие данные мы находим у Бехтерева. Эти же данные определенно подчеркивает Павловская школа, и особенно это подтверждается экспериментами проф. Платонова.

Достаточно проанализировать результаты, полученные последним и его сотрудниками при лечении неукротимой рвоты беременных, достаточно проследить вегетативные сдвиги, обусловленные словесным раздражением в ряде его экспериментов, чтобы больше уяснить полученные мною теперь результаты моих исследований.

Бодрящая лечебная инструкция есть символ определенного бодрого состояния организма, на которой в прошлом опыте объекта воспитана реакция. Чем же может быть объяснена сила влияния бодрящей инструкции? Сила влияния этой инструкции потому еще, очевидно, велика, что с анаболическим процессом, сном, обуславливающим полное торможение других функций организма, не встречая конкурирующих доминант и исходя от лечебного лица, является вместе с последним максимальным доминирующим очагом возбуждения, легко образующимся в гипнотическом состоянии.

На какие же мысли нас наводят эти исследования? 1) *Вне всякого сомнения, 20-тиминутный гипноз-отдых, несмотря на свою кратковременность, в связи с соответствующей речевой инструкцией повышает общий тонус организма и, тем самым косвенно улучшает и высшие функции.*

2) *Вне всякого сомнения, гипнотическое состояние не ухудшает, а улучшает высшие функции, но эти функции улучшаются еще больше при общей бодрящей словесной инструкции, которая является обычной в наших лечебных сеансах психотерапии, и наконец*

3) *20-тиминутный гипноз-отдых с инструкцией внушающей, состояние, соответствующее ночному сну, повидимому, является адекватным в своем биологическом значении ночному спонтанному сну.*

В виду того, что вопрос как о методах, так и о сущности суггестивной терапии встречает большие разногласия, все больше возникает необходимость идти по пути строго объективной проверки его в условиях лабораторного эксперимента. Поэтому в моей ориентировочной работе закономерность полученных мною данных заставляет меня в дальнейшем углубить и расширить эту работу.

После того как мною будут приумножены еще варианты опытов, сравнивающие силу гипнотического и естественного сна, при условии удлинения последнего, после того как мною будет закончена проработка этого вопроса на а) определенных возрастных группировках, б) профессиональных группировках (одинаковые условия утомления), в) определенных нозологических группировках, — я смогу с большей убедительностью подчеркнуть те положения, к которым я пришла.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR FRAGE DER WIRKUNG DES EXPERIMENTELLEN SCHLAFES (HYPNOTISCHEN ZUSTANDES) AUF DIE PSYCHISCHEN FUNKTIONEN

Von **Arz A. Mazkewitsch**

(Aus dem Ukrainischer Institut der Psychoneurologie (Direktor Prof. Dr. Med. A. Heymanowitsch) Section der Psychotherapie (Leiter Prof. Dr. Med. K. Platonow))

In seiner experimentellen Orientierungsarbeit untersuchte der Verfasser die Wirkung von Hypnose und natürlicher Ruhe von gleicher Dauer auf die psychischen Funktionen. Es wurden die Konzentrationsfähigkeit, Reproduktion von Gesichts- und Gehörseindrücken, sowie die Assoziationsprozesse vor und nach der Hypnose bzw. der natürlichen Ruhe, erforscht.

Er hat sich dabei ergeben, dass Ruhe in der Hypnose in viel höheren Masse, als natürliche Ruhe, die mnemonisch-assoziativer Funktionen erhöht.

Die hypnotische Ruhe erhöht die Kombinationsfähigkeit des Individuum, im Sinne der Beschleunigung des Arbeitstempo, sowie der Steigerung der Zahl der gebildeten Verbindungen. Die hypnotische Ruhe ist somit der Zustand des Anabolismus des Nervensystems.

К ОБЪЕКТИВНОМУ ДОКАЗАТЕЛЬСТВУ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

(Экспериментально - психологическое исследование)

Проф. К. Н. Платонов и Е. А. Приходивный

(Научно - исслед. кафедра психоневрологии Укрнауки)

К интереснейшим феноменам, вызываемым в гипнотическом, а иногда и в бодрствующем состоянии, принадлежит явление, относящееся к изменению личности под влиянием одного лишь внешнего словесного раздражителя. Результаты этого словесного воздействия настолько разительны, что, несмотря на то, что эти явления давно известны, они и до настоящего времени, подобно другим феноменам гипноза и внушений, вызывают еще у многих удивление, недоумение, а иногда полное отрицание. Хотя настоящий уровень наших знаний в области изучения высшей деятельности н. с. и позволяет нам уже удовлетворяющим образом освещать механизмы психической деятельности и вместе с этим явления внушения в бодрственном состоянии и в экспериментальном сне, гесп. гипнозе, но все же некоторые из этих явлений, искусственно вызываемых путем словесного воздействия, приковывают к себе еще большее внимания и требуют более объективных научных доказательств. К такого рода явлениям принадлежит упомянутое выше превращение личности и, в частности, возвращение данного взрослого объекта в более ранние, детские, годы его жизни. Всем, знакомым с экспериментальной гипнологией и гипнологической литературой, известно, что достаточно взрослому гипнотику сказать всего лишь три слова: «вам шесть лет», чтобы он, проснувшись, вел себя соответственно этому возрасту, в мельчайших деталях выявляя присущие последнему особенности. При этом изменения касаются как круга и качества представлений, эмоций, отношений к окружающему, так и соответствующих изменений речи, почерка и др. внешних двигательных реакций. Мы не будем здесь описывать последние. С картинками этого эксперимента можно познакомиться в классических трудах о гипнозе прежних и современных авторов. Да и не эта внешняя сторона должна нас интересовать.

При наблюдении такого рода экспериментов всегда у всех возникал и до сих пор возникает вопрос: что это — факт или артефакт? Есть ли это действительная репродукция детства, или это подражательная игра таланта, или искусная игра «истеричек», вводящих в заблуждение наивных исследователей?

Нужно сказать, что до настоящего времени этот вопрос нельзя еще считать окончательно разрешенным. Это подчеркивается и известным современным гипнологом д-р Моллем в предисловии его к вышедшему в 1926 году 2-му немецк. изд. исследований, произведенных в 1893 году в этом направлении известным психиатром, проф. Венского унив-та, Kraft-Ebing'ом. Одна уже потребность опубликования в Германии в настоящее время старых исследований прошлого столетия указывает на возникший интерес к этому, еще не в полной мере научно освещенному феномену. В этих исследованиях автор представил достаточно научно для его времени

обоснованные доказательства не артефакта, а факта. Но эти доказательства вызвали глубоко-отрицательную критику авторитетов, несмотря на, казалось бы, достаточную для той эпохи научную аргументацию, исходящую из-под пера такого авторитетного клинициста, глубокого и добросовестного аналитика, каким являлся известный всему медицинскому миру психиатр.

В 1893 г. он впервые сделал, оставшуюся и донные единственной, попытку научно исследовать внушенно-превращенную в детство личность здоровой, как наследственно, так и индивидуально, и отнюдь не истеричной 33-летней m - He Kl. Piegel. Демонстрация эксперимента на заседании 13/VI 1893 г. 0-ва невропатологов и психиатров в Вене вызвала сомнения в подлинности внушенных состояний, а венский проф. Benedikt назвал эти эксперименты, как и все учение о гипнозе, «глухим вздором» и проф. Kr.-Ebing'a считал жертвой обмана истерички, издававшейся над фантастами, поэтами и знаменитыми учеными: «Психолог, — заявил он, — если этого захочет, тотчас же разоблачит комедию, разыгранную медиумом Kraft-Ebing'a». К сожалению, до настоящего времени, насколько нам известно из литературы, никто из психологов не разоблачил этой «комедии», повидимому, потому, что господствовавшая и до сих пор господствующая на Западе субъективная психология не могла этого сделать, но это в настоящее время может быть сделано как экспериментальной, так и «объективной психологией», resp. рефлексологией Бехтерева.

Достаточно ли было у проф. Kraft-Ebing'a доказательств действительного превращения личности и каковы были его аргументы? Приступая впервые к исследованию внушенных возрастных состояний, проф. К.-Е. поставил для разрешения следующие вопросы. Действительно ли в таких случаях имеется репродукция прежней личности, которая может быть вновь призвана из подсознания к жизни каким-либо приемом, или здесь мы имеем дело с разыгрыванием роли. При положительном разрешении первого вопроса эти эксперименты, по мнению автора, «имели бы выдающееся научное значение, подтверждая аксиому эмпирической психологии о том, что все переживания оставляют следы в памяти и при известных условиях могут быть репродуцированы. Они указывали бы также и на ценность гипноза для экспериментальной психологии». Будучи, на основании прежних своих наблюдений, склонным к признанию, что тут репродуцируется не фантастическое, а действительное «я», проф. К.-Е. поставил своей задачей доказать это. И последняя, по его мнению, могла бы быть разрешена следующими современными ему приемами: 1) частыми повторениями опыта и сравнением результатов, т. е. сравнением пробужденных т. о. личности объекта в его детские годы, пользуясь, следовательно, процессом идентификации; 2) сравнением почерка лица, перенесенного в свое детство, с подлинными образцами почерка, сохранившимися с соответствующего времени.

Нельзя сказать, что эти приемы, кроме последнего, могли бы считаться строго объективными, а потому и строго научными. В первом случае, а в особенности во втором, вносится слишком много субъективизма. Да и второй прием не всегда может оказаться возможным. Но для проф. К.-Е. обстоятельства сложились довольно благоприятно. Ему удалось как сличить прежний сохранившийся почерк с настоящим экспериментальным, так, с другой стороны, эксперимент удалось проделать в присутствии матери объекта, установившей полное тождество возрастных состояний. Эксперименты при помощи указанных приемов привели автора к положительным выводам и заключению, что эти явления нужно рассматривать, как действительное реальное оживление существовавших фаз жизни объекта.

Но если для венского профессора обстоятельства сложились благоприятно в смысле удовлетворения современных ему научных требований при эксперименте, то этого нельзя было сказать относительно признания всеми истины в выводах его. И если в трактатах о гипнозе почти всеми гипнологами и разделяется точка зрения Kr.-Ebing'a, то другими высказывается и в настоящее еще время противоположная точка зрения, почти тождественная взгляду выше цитированного проф. Benedikt'a.

Больших же психологических доказательств, по заявлению самого Kr.-Ebing'a, привести нельзя. Ясно, что прежний уровень психологических и физиологических знаний не был достаточным для исчерпывающих исследований и объяснений подобного рода явлений; а потому не удивительно, что возврат в прежний возраст приводил, да и в настоящее

время приводит большинство в чрезвычайное изумление и вызывает боязнь за психологическую цельность личности, с точки зрения субъективной психологии, конечно, небезнаказанно, расщепляющей подобно рода экспериментами. Но эти сомнения и опасения в настоящую эпоху наших психологических знаний и понятий о физиологических функциях нервной системы животного организма должны совершенно отпасть.

С начала 90-х годов прошлого столетия, когда только зарождалась экспериментальная психология, методика ее, как известно, чрезвычайно расширилась и усовершенствовалась. С другой стороны, Сеченов - Павлов - Бехтеревское учение дает физиологическое освещение явлениям, механизм развития которых субъективная психология, конечно, не смогла осветить. И вот в связи со всем этим является своевременным коснуться интересного феномена и воспользоваться новыми научными приемами и подходами к объяснению и освещению его, действительно не могущего не поражать всех и в особенности психолога - субъективиста.

Исследователь настоящего времени стоит в более выгодных условиях, при настоящем положении научных дисциплин, изучающих личность во всем ее целом.

Современные экспериментально - психологические методы являются наиболее широкими и наиболее объективными с введенными в них мерой и числом. И для нашей цели, нам кажется, более подходящим из всех методов является тестовый метод Binet - Simon'a. Он определяет установленным уже числовым коэффициентом уровень богатства следов впечатлений и реакций в различные этапы жизни организма. Этот метод дает более объективную оценку и устанавливает более точно разницу как количества представлений, так и количества и качества реакций в определенных возрастах, что в нашем эксперименте является необходимым и более доказательным. Этот метод был применен у всех наших объектов.

Переходя к изложению наших исследований, нужно прежде всего сказать, что мы не считали достаточным иметь дело с одним объектом и решили произвести эксперименты не менее как с тремя, и притом не только с одним женским полом. Объектами нам служили две женщины и один мужчина. Все они со средним образованием. Кроме того, по известным соображениям, мы избегали брать так наз. «истеричек» с ясно клинически выраженной истерией. Ни одного из наших объектов к этой категории лиц причислить нельзя. Одна из них, Н. Д - на, 39 лет, дом. хоз., с вполне уравновешенной нервной системой, никогда в жизни не проявлявшая реакций, называемых «истерическими», и не теряла своего невропсихического равновесия, несмотря на тяжело сложившуюся жизнь. Со стороны нервной системы объективно патологических отклонений от нормы нет. Пульс 63 — 66. Aschner 66/60, клиностатический дает также замедление на 4 — 6 ударов. Но нужно сказать, что ее плетизмограммы и пневмограммы показывают их довольно чувствительную и легкую реактивную подвижность. Кровяное давление в бодрственном состоянии 130. р. 66, в гипнозе — 118. р. 57. Засыпает быстро, постгипнотическая амнезия. Другой объект, Я - я, 34 лет, уч - ца, также является вполне уравновешенной и работоспособной. Без клинических симптомов т. наз. истерии. Aschner 72/64, клиностатический 78/72. Кров. давл. в бодрств. сост. 130, в гипнозе 120. Засыпает быстро. Третий объект, А - в, 20 лет, учащийся. У него отмечается нарушение равновесия вегетативной н. с. в виде приступов астматического характера, о чем мы знаем с его слов. Объективно патосимптомов со стороны как анимальной, так и вегетативной н. с. нет. В отношении последней амфотоничен. Кров. давл. в бодрств. сост. 120, в гипнозе — 108. Засыпает быстро.

Все они с первой же пробы усыпить оказались с быстро развивавшимся сонным условно - рефлексорным торможением и обнаруживали в этом состоянии живую и быструю реакцию на словесное раздражение самого разнообразного содержания. Иначе говоря, все эти объекты оказались быстро поддающимися гипнозу с легкой в гипнозе внушаемостью и принадлежали к категории т. н. «сомнамбул». Определяя их по характеру внешних двигательных реакций, нельзя сказать, чтобы все они в этом отношении давали бы одинаковую картину. Ни один из них не являлся резко подвижным, с подвижными двигательными реакциями. Наоборот, у них проявлялась большая внешняя сдержанность, в особенности у объекта Я - ной, производящей впечатление очень солидного, положительного человека. Более живой, с облегченными и более свободными внешними двигательными реакциями является 1 - й объект, Д - на. Все эти индивидуальные особенности сказались и во время поведения в их «детском» внушенном возрасте, как во время исследования, так и в то время, когда они были предоставлены самим себе. Итак, эти объекты не были носителями истерического невроза, они не были истеричными, они не были теми «grands sugets»,

Шарко, только которые будто бы и могут давать такие гипнотические феномены. Также быстрая гипнотизация наших объектов и их «сомнамбулизм» не могут служить критерием для их истеричности, как это вытекает из современного взгляда на гипноз и организацию н. с. животных и человека.

При современном биологическом понимании истерии, как своеобразной индивидуальной защитной реакции при известных условиях, и, с другой стороны, при новой, вырисовывающейся на фоне физиологического эксперимента классификации н. с. по типам ее (школа Павлова и школа Бехтерева) — подход к определению и характеристике т. наз. сомнамбул должен быть в настоящее время иным. Это физиологическое освещение дает нам различные типы нормального диапазона нервных организаций, различных по возбудимости, развитию и течению реакций. При этих положениях должно совершенно отпасть ложное суждение о соответствующих реакциях нервной системы, как о проявлениях истерии в свете прежнего обобщающего понятия об истерии с ее непременно «лживостью», «хитростью», «театральностью» и проч. терминами, которыми клеймились носители патологических реакций на тяжелую и непосильную для их нервной системы ситуацию. Итак, наши объекты не были истеричными в общепринятом, банальном смысле этого слова. Они, повидимому, как и все им подобные, относятся к одному из тех типов нормальной нервной системы, о которых упоминалось выше и которые являются в настоящее время предметом усиленного внимания и научной разработки физиологов и психоневрологов. Объект Kraft-Ebing'a, повидимому, также принадлежал к одной из категорий намечающихся теперь типов так наз. нормальной н. с. Возражая на указания, что он явился жертвой истерички, Kraft-Ebing отвечал сожалением всем такого же душевного и телесного здоровья, каким обладал его объект.

То же самое мы можем сказать и относительно наших первых двух объектов; третьего же, с его астматического характера симптомами, абсолютно здоровым, конечно, считать нельзя. Но у него не было данных, чтобы считать его истеро-невропатом.

НАШИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Переходя к изложению экспериментов, произведенных одним из нас (Е. А. Приходивным), нужно сказать, что нашим объектам мы никогда не говорили о характере и целях данного исследования и после опроса о их самочувствии мы их усыпляли сидящими у стола. Усыпление отнимало всего лишь несколько секунд. Достаточно было повторить несколько раз «спите», «засыпайте», чтобы они действительно заснули. Мы всегда стремились привести наших объектов к глубокому внушенному сну, что проверялось измерением кровяного давления у них перед опытом и во время гипноза. Объективным критерием этого состояния нам служили данные измерения кровяного давления, всегда в гипнозе падающего, как показали исследования аспиранта нашей кафедры д-ра Цынкина. Падение давления у наших объектов выразилось в след. цифрах:

До гипноза	В гипнозе
1. Я - я — 130	120
2. А - в — 118	106
3. Д - на — 129	115

Все наши исследования велись всегда при выполнении требований строго научного эксперимента и в присутствии врачей, аспирантов и научных сотрудников. Усыпив объекта, мы обыкновенно заявляли ему, например, следующее: «Вам сейчас 6 лет». (Это внушение трижды повторялось). «Когда вы проснетесь, вы будете шестилетним ребенком. Проснитесь». После пробуждения мы вступали с объектом в небольшую ориентировочную беседу и затем приступали к психологическому обследованию по методу Бине - Симона. Наших объектов мы переносили внушением в 4 - х, 6 - ти и 10 - тилетний возраст. При переводе из одного возраста в другой мы усыпляли и делали соответствующие внушения и вновь пробуждали. При этом объект не помнил и не имел представления о предыдущем своем состоянии. Сеанс обычно заканчивался усыплением и внушением настоящего возраста. Никто из них после этого пробуждения не имел представления о произведенном эксперименте. Тут же нужно сказать, что все объекты по окончании экспериментов чувствовали себя очень хорошо.

Но, прежде чем перейти к описанию результатов исследования, приведем, для большего удобства усвоения дальнейшего, таблицу с содержанием задач для каждого возраста, согласно методу «Bi - Si». Пользуясь этой таблицей, можно легче ориентироваться при чтении диаграмм по горизонтальной линии — возраст, по вертикальной — номера задач. В диаграммах затусованный квадратик указывает на решение задачи. Не останавливаясь на подробных протоколах опытов, ограничимся для удобства лишь сводкой протокольного материала, иллюстрацией чего и служат диаграммы.

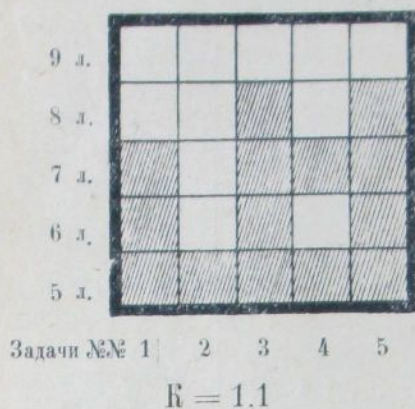
15 л.	Вывести заключение из сказанного	Объяснить смысл картинок	Повторить 26 слогов	Подыскать две рифмы к данному слову	Повторить ряд из 7-ми обозначенных чисел
13 л.	Восстановить нарушенный порядок слов	Определить 3 отвлечен. понятия	Произнести в течение 3-х минут не меньше 60-ти слов	Составить одно простое или сложн. предлож. из 3-х данных слов, заключ. в себе не более одной общ. мысли	Противостоять внушение (сравн. пар. линии 4—5, 5—6, 6—7, 7—7, 7—7, 7—7)
10 л.	Составить из 3-х слов одно простое или сложн. предл., заключ. в себе не более 2-х отдельных мыслей	Ответить на трудные отвлеченные вопросы	Отыскать несообразности в небольших рассказах	Рисование по памяти 2-х рисунков	Разложить по порядку 5 коробок различн. веса (3, 6, 9, 12, 15 грамм)
9 л.	Ответить на легкие отвлеченные вопросы	Назвать все месяцы по порядку	Назвать по одному виду стоимость всех употреб. ден. знаков	Определить 5 предм. домашн. обихода	Дать сдачи 16 к. с 20 к. (игра в торговлю)
8 л.	Повторить ряд из 5-ти одинаковых чисел	Назвать дату дня	Найти пропуски в рисунках	Сосчитать в обратн. порядке 20—1	Сравнить 3 пары предметов по памяти
7 л.	Назвать 4 основн. цвета	Назвать общую стоимость монет разл. достоинства всего 9 коп.	Выполнить несколько данных одновременно поручений	Описать 3 квадратика	Различить правую и лев. стороны
6 л.	Сравнить 3 пары лиц с эстетич. точки зр.	Сосчитать 13 монет или др. предмет.	Срисовать ромб	Определить или описать несколько предметов домашнего обихода	Определить время дня
5 л.	Сосчитать 4 монеты или друг. предм.	Сложить головоломку из двух отрезков по образцу	Повторить 10 слогов	Срисовать квадрат	Сравнить две тяжести (3 и 12, 15 и 6, 3 и 12 гр.)
4 г.		Сравнить две линии различн. величины	Повторить ряд из трех одинаковых чисел	Назвать несколько обиходных предметов	Определить свой пол
3 г.	Назвать свою фамилию	Назвать нарисованные предметы	Повторить два числа	Повторить 6 слогов	Показать свой нос, глаза, рот
№№ задач по порядку	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5

ЭКСПЕРИМЕНТЫ С ОБЪЕКТОМ Н. Д-ОЙ

Начнем с рассмотрения диаграммы № 1.

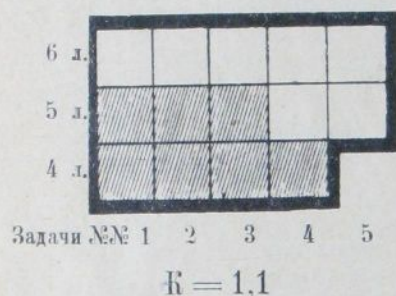
Результат обследования в «6-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 1)*:

Диаграмма № 1



оказалось, что коэффициент умственной одаренности Д-ой равен 1,1, что соответствует действительному нормальному 6-тилетнему возрасту.

Диаграмма № 2



Несмотря на то, что мы нашей испытуемой внушили, что ей 6 лет, однако же мы начали ее обследование с 9-тилетнего возраста; это мы сделали с целью узнать с первых же шагов, как она будет реагировать на более трудные задания.

Как видно из диаграммы, испытуемая не могла решить ни одной задачи из 9-тилетнего возраста, настолько они ей, «6-тилетней девочке», были не под силу. Далее, из 8-милетнего возраста решено 2 задачи, из 7-милетнего — 4 задачи; из 6-тилетнего — 3 задачи и, наконец, из 5-тилетнего возраста решены все задачи. Непосредственно из протокола видно, что все ответы испытуемой по форме и содержанию являются вполне детскими, несмотря на то, что перед нами сидел в действительности взрослый, интеллигентный человек. В конечном результате этого обследования

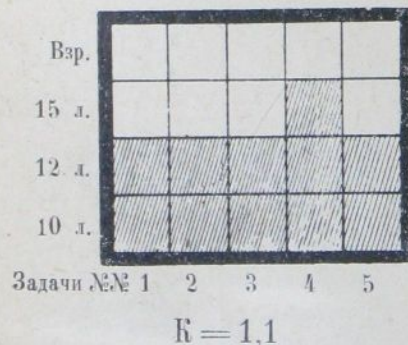
Обследование в «4-хлетнем» возрасте (см. диагр. № 2).

Из диаграммы видно, что испытуемая решила все задачи из 4-хлетн. возраста; далее, из 5-тилетн. возраста — 3 задачи и, наконец, из 6-тилетн. возраста ни одной задачи не решила.

Из протокола видно, что своими ответами и поведением (капризничала, ковыряла в носу, вертелась на стуле, двигала ногами) «взрослая Д-на» вполне уподоблялась 4-хлетней девочке. Коэффициент ее умственного развития равен 1,2, что опять таки показывает норму.

Переходим теперь к диаграмме последнего протокола № 3 этой же испытуемой. Обследование в «10-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 3).

Диаграмма № 3



Мы видим здесь, что из 10-ти и 12-тилетнего возраста испытуемая решает все задачи; из 15-тилетнего — одну задачу и, наконец, из теста для взрослых — ни одной задачи решить не могла. Коэффициент дает 1,1 — что, как и прежде, дает норму; действительно, как видно из протокола, ответы испытуемой вполне соответствуют 10-тилетнему возрасту.

ЭКСПЕРИМЕНТЫ С ОБЪЕКТОМ Я-КОЙ

Обследование в «6-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 4).

Как видно из данной диаграммы, испытуемая решила все задачи из 6-ти и 7-милетнего возраста; из 8-милетнего решено только 3 задачи; что же касается 9-ти и 10-тилетнего возраста, то здесь мы не имеем ни одной решенной задачи. Несмотря на то, что

*) Эксперим.-психологическое обследование производилось в такой же последовательности, в какой распределены на диаграммах возрасты снизу вверх. Заштрихов. квадрат. — решенная задача.

«6-тилетняя Я-ая» не решила ни одной задачи из 9-тилетнего возраста, мы все же дали ей решить задачи из 10-тилетн. возраста (что в данном случае является небольшим отклонением от мет. Бине-Симона); это мы сделали с целью узнать, как наша «девочка» будет выявлять себя при создавшейся ситуации. Коэффициент равен 1,3, что дает норму для действительно 6-тилетней девочки.

Обследование в «4-хлетнем» возрасте (см. диагр. № 5).

Отсюда имеем следующее: из 4-хлетн. возраста испытуемая не решила только одну задачу, но зато из 3-хлетнего возраста решены все задачи и, наконец, из 5-тилетнего возраста не имеем ни одной решенной. Коэффициент умственной одаренности у испытуемой равен 0,9, что является нормой для этого возраста.

Обследование в «10-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 6).

Как видно, задачи 10-ти и 12-тилетнего возраста решены испытуемой полностью; из 15-тилетнего возраста решена только одна задача, из теста же для взрослых нет ни одной решенной задачи. Коэффициент



$$K = 1,3$$

умственного развития равен

ЭКСПЕРИМЕНТЫ С ОБЪЕКТОМ А-ВЫМ

Обследование в «6-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 7).

Имеем: из 6-ти и 7-милетнего возраста решены все задачи; из 8-ми и 9-тилетнего возраста не решено только по одной задаче; и, наконец, нет ни одной решенной из 10-тилетнего возраста. Коэффициент умственного развития равен 1,4, что также является нормой.

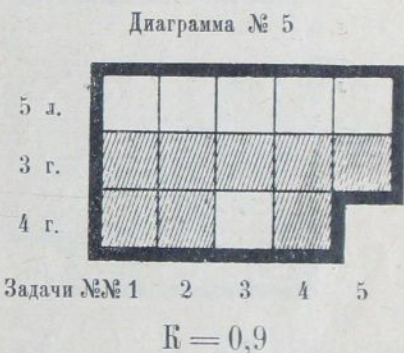
Обследование в «4-хлетнем» возрасте (см. диагр. № 8).

Перед нами испытуемый, который в процессе обследования выявил одаренность, стоящую выше нормы; коэффициент у него равен 1,7. Испытуемый в этом возрасте решил все задачи из 4-х, 5-ти, 6-ти и 7-милетнего возрастов; из задач 8-милетн. возраста нет ни одной решенной. Перед нами «мальчик» с преждевременным развитием.

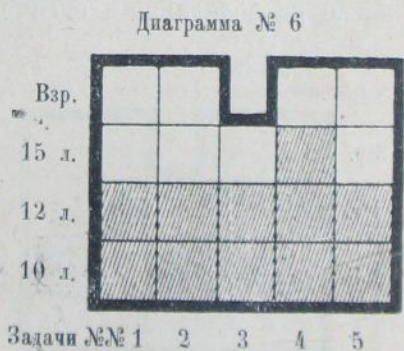
Обследование в «10-тилетнем» возрасте (см. диагр. № 9).

Из 10-тилетнего возраста решены все задачи; из 12-тилетнего — не решена одна; из 13-тилетнего — не решено две; весь тест для взрослых не решен полностью. Коэффициент равен 1,1, — норма, соответствующая действительному возрасту.

Итак, вышеприведенные исследования показали, что каждый из испытуемых решал во внутреннем возрасте тестовые задачи лишь в определенных пределах и эти пределы не выходили за границы установленной методом «Bi-Si» для соответствующего возраста нормы. И если производить оценку результатов обследования и одаренности наших «малолетних», то она будет соответствовать оценке результатов обследования настоящих малолетних. Согласно данным исследования, всех наших «малолетних» объектов можно отнести к вполне нормальным «детям», за исключением



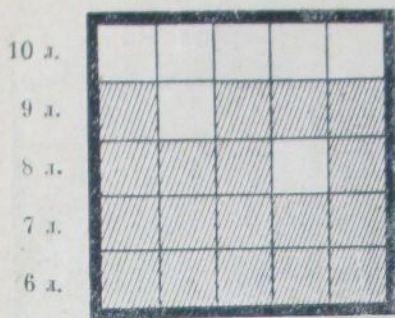
$$K = 0,9$$



$$K = 1,1$$

одного А-ва, который в 4-х летнем возрасте проявил так наз. «преждевременное развитие». Но нужно тут же подчеркнуть, что и в настоящее время он является одним из лучших учеников Вечернего техникума.

Диаграмма № 7

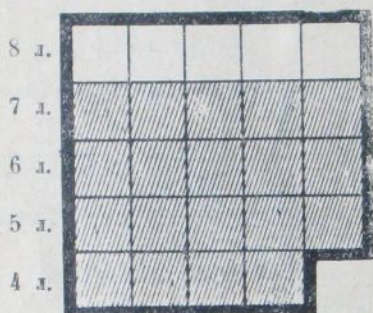


Задачи №№ 1 2 3 4 5

$$K = 1,4$$

Нужно сказать, что и почерк каждого из испытуемых во внушенном возрасте соответствовал последнему.

Диаграмма № 8

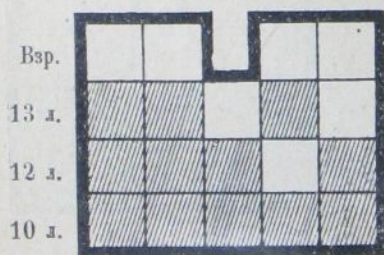


Задачи №№ 1 2 3 4 5

$$K = 1,7$$

любительской актрисы. Неоднократное же предложение как ей, так и другим объектам, далеко не обладавшим сценическими талантами, симулировать 6-ти или 10-тилетнего

Диаграмма № 9



Задачи №№ 1 2 3 4 5

$$K = 1,1$$

повторно внушенном возрасте на тот же раздражитель. То же нужно сказать и относительно почерка, когда при повторении исследования в одном и том же внушенном возрасте обнаруживалось как каллиграфическое, так и орфографическое

Нельзя не отметить, что в поведении наших испытуемых во время обследования отражался в мельчайших деталях соответствующий внушенный возраст.

Так, напр., в 4-х и 6-тилетнем возрасте они обыкновенно капризничали, сидели беспокойно на стуле, временами были невнимательны, отвлекались посторонними раздражителями, быстро утомлялись и при решении не по возрасту трудных задач заявляли, что не хотят больше заниматься, и т. д. В 10-тилетнем же возрасте, который отделялся от предыдущего лишь несколькими минутами, картина поведения была совершенно иная — отношение к занятиям было серьезное, сидели спокойно, были внимательны и проявляли интерес к работе до самого конца исследований.

Можно ли в данном случае говорить о симуляции, о талантливом копировании или, наконец, о мистификации «истеричных»?

Последнее отпадает в связи с вышеотмеченным отсутствием клинических признаков истеричности у испытуемых. Если говорить об актерской игре и подражании, то в таком случае нужно предположить, с одной стороны, исключительную творческую одаренность наших объектов, а с другой, подчеркнуть какое-то счастливое совпадение в подборе трех исключительно талантливых творческих натур. Ни первое ни второе не подтверждается наблюдениями в жизни за всеми объектами. Правда, один из объектов, Д-на, обладает некоторыми сценическими способностями и когда-то играла, как любительница, на сцене, но эти ее способности не выходят за пределы способностей хорошей

любительской актрисы. Неоднократное же предложение как ей, так и другим объектам, симулировать 6-ти или 10-тилетнего ребенка никогда не увенчивались успехом. Такое предложение вызывало смущенный и недоуменный отказ. При предложении же Д-ной и А-ву решать возрастные задачи так, как их решал бы 4-х, 6-ти, 8-ми-летний ребенок, выполнение заданий резко отличалось от решений их во внушенном возрасте. Но наряду с этим все испытуемые, будучи в нормальном своем, естественном, настоящем возрасте, решали быстро и правильно все тесты и, конечно, вплоть до тестов для взрослых. Против симуляции и за действительную репродукцию личности прошлого может говорить еще следующее, весьма ценное для наших выводов явление. В процессе обследования обнаружилось единство и устойчивость определенного комплекса знаний и характера реакций в том же,

тождество. Имитация детского почерка по заданию во взрослом возрасте совершенно не увенчивалась успехом.

Итак, все эти данные и соображения позволяют исключить какую бы то ни было симуляцию и особенно исключается она полученным «коэффициентом одаренности» по методу «Bi-Si», совпадающим с установленной нормой, что позволяет больше чем предполагать действительную репродукцию прежних эпох жизни индивидуумов. Повидимому, метод «Bi-Si» является тем методом, который, вопреки убеждению проф. Benedikt'a, не разоблачает разыгранную медиумом комедию, а, наоборот, констатирует ошибочность утверждения строгого критика.

Но к доказательству наличия действительной репродукции следов записей прошлого личности мы можем подойти и с другой стороны, и уже не с экспериментально-психологической, а со стороны чисто физиологической. В то время, когда прежняя субъективная эмпирическая психология со своими абстрактными понятиями не могла вскрывать механизма «душевной» деятельности, в настоящее время, когда изучение личности покоится на основах естествознания, такого рода явление, как интересующее нас в данный момент, может быть освещено и объяснено с другой стороны и при иных, более благоприятных, условиях.

Заявление Крафт-Эбинга, что явление внушения определенного возраста оказывается сложным для психологического объяснения, оставалось правильным до последнего времени. И лишь выросшее в последнее время чисто естественно-научное направление исследовательской мысли в изучении т. наз. «психических» процессов, гесп. поведения человека, может в значительной мере исключить эту трудность объяснения, переходя из сферы психологической в сферу физиологическую. Лебовское учение о тропизмах, Павловская «настоящая физиология» головного мозга, Бехтеревская рефлексология с анатомо-физиологически обоснованной энергетикой и, наконец, как добавление ко всему этому — американский бихевиоризм, — все это дает возможность иного подхода к определению понятия о личности и определяет методы изучения и понимания структуры и динамики ее.

Как сказано выше, субъективная психология не могла дать Крафт-Эбингу удовлетворяющих объяснений данных эксперимента с m-Ile Kl. Piaget. Он прежде всего ставит всегда бывший трудным для разрешения вопрос. Спрашивая, *каким образом одним словом вызывался к жизни целый ряд воспоминаний*, он тут же подчеркивал, что этот факт является *главной трудностью для психологического объяснения*. И как же ему помогла современная субъективная психология? Она позволяла ему для доказательства лишь сослаться на мысль Лессинга, высказанную в его «Натане мудром»: «Сколько подобных, глубоко запечатлевающих картин успеет сложиться в нас до того момента, когда их пробудит к жизни одно слово, один звук». Большого научно-психологического доказательства Крафт-Эбинг, конечно, привести не мог. Но современное наше учение о высшей деятельности н. с. дает соответствующий действительно научный раз'яснительный ответ. Для нас в настоящее время становится ясным значение слова для жизни организма, как сочетанного раздражителя. Не оставиваясь на раз'яснении этого в деталях, мы ограничимся лишь указанием на то, что в свете учения о сочетательных, гесп. условных, рефlekсах слово является далеко не безразличным раздражителем для животного организма, вызывая в последнем физиологические реакции самого разнообразного свойства. Оно, постоянно сочетаясь в течение жизни индивидуума с основными раздражителями, вызывающими органические реакции, само по себе, в отдельности, обуславливает те же реакции и очень сложные, в зависимости от вложенного в него содержания. Эксперименты ряда авторов, как иностранных (Mohr, Hoff, Sahlgreen, Heilig, Glaser и др.), так и русских (Бехтерев, Срезневский, Гаккебуш, Финне, Под'япольский, Шацлло, Абрамов, Истомин, Топильский, Сумбаев, Бахтиаров, Гальперин, Цынкин, наши исследования и друг.), показали, какого рода физиологические и биохимические изменения происходят в организме под влиянием словесного раздражителя. Последний роковым образом вызывает положительную или отрицательную реакцию со стороны н. с. Тут уместно вспомнить слова Леба: «мы

только напомним, что «идеи»*) могут влиять так, как кислота действует на некоторых животных: повышая чувствительность к изысканным раздражителям, они могут вызвать тропизмоподобные, направленные к определенной цели, движения или действия». Справедливость этих слов Леба доказана физиологией и исследованиями выше цитированных авторов, эксперименты которых научно освещаются Павлов-Бехтеревским учением. Не нужно говорить, что мозг животного в современном представлении является хранилищем как трансформированных энергий, так унаследованных и полученных в индивидуальной жизни органических записей впечатлений, способных в любой момент, при известных условиях, выявляться наружу. В конце прошлого столетия ряд авторов (Hering, Fogel и др.), и в особенности французский психолог Рибо, делают попытку заговорить об этом, пробивая таким образом брешь в стенах субъективной психологии и перенося объяснения психологических явлений на физиологическую почву. В настоящее же время имеются и клинические и лабораторные доказательства этого. По Павлову же, кора мозга представляет из себя не что иное, как пеструю мозаичную картину возбужденных и заторможенных участков, всегда находящихся в большей или меньшей готовности реагировать согласно законам «настоящей» физиологии головного мозга, гесп. рефлексологии.

Всякое раздражение, раз попавши на поверхность мозга и связавшись с прежними унаследованными и приобретенными энграммами и образовав т. о. объединенную большую или меньшую группу клеток, остается в латентном состоянии до благоприятного момента призыва к деятельности к оживлению путем условно-рефлекторного, гесп. сочетательного процесса. Происходит, таким образом, тот процесс репродукции, который лежит в основе жизни животной, просто и сложно-организованной материи и который является одним из принципов, положенных Бехтеревым в основу соотносительной деятельности животного организма. «Всякий вообще сочетательный рефлекс,— говорит В. М. Бехтерев,— раз развившись, не исчезает бесследно, а благодаря оставлению по себе следа в нервных центрах, обнаруживает склонность воспроизводить подобный рефлекс под влиянием того же самого или подобного внешнего толчка, или так или иначе с ним *сочетанного*, хотя бы и ослабленного по сравнению с первоначальным». Лабораторный эксперимент показывает, что воспитанный, но угасший сочетательный рефлекс через некоторое время вновь появляется при тех или иных условиях. Это является иллюстрацией того, что, как говорит Бехтерев, «заторможенный рефлекс оставил после себя след, способный к оживлению». Это же утверждение относится к более сложным и разнообразным группам сочетательных положительных и отрицательных реакций, составляющих содержание данной личности. И если один условный раздражитель может вызвать элементарную условно-рефлекторную реакцию, то этот же раздражитель может оживить и огромный комплекс ценных рефлексов, с которыми он был так или иначе связан. В особенности активным в этом отношении оказывается слово, которое по содержанию своему является сложно-комплексным условным раздражителем, вызывающим разнообразные сложные реакции. Известно и эмпирически доказано, что часто одно слово вызывает огромный «рой воспоминаний».

Комплексы сочетанных энграмм, мозаично в коре мозга располагающихся, затормаживаются, придавливаются последующими, вновь образующимися, с тем, чтобы уходить в т. н. область «подсознания», но и с тем, чтобы при известных условиях оживиться, репродуцироваться со всеми сопутствующими им физико-химическими процессами.

И вот на основании этих теоретических предпосылок, экспериментальным путем добытых, мы можем сказать, что при *внушенных состояниях предыдущих возрастов происходит действительная органическая репродукция энграмм*, образовавшихся в одну из предыдущих эпох жизни индивидуума. Но почему такого рода оживление огромного количества органических следов может обыкновенно легче происходить в состоянии искусственно вызванного сонного торможения коры мозга? Почему можно так ярко и изолированно оживить записи детства и других менее отдаленных у взрослого

*) Resp. «слова» — Авт.

лишь в состоянии гипноза и лишь изредка у некоторых в состоянии бодрствования. У двух из наших объектов, Д-ой и А-ва, внушение в бодрствующем состоянии не реализовалось, как не реализовалось оно и у Kl. Piegel у проф. Крафт-Эбинга. Почему все это происходит так быстро? И почему *после этих экспериментов все объекты всегда чувствуют себя хорошо, бодро, даже как бы отдохнувшими?* И почему, наконец, не страдает от таких экспериментов личность во всем ее целом, в ее сложной соотносительной деятельности? А в этом приходится всегда убеждаться каждому, экспериментирующему с подобного рода объектами. Ведь никому из гипнологов и всех тех, кто имеет дело с гипнотическими опытами, а в том числе и нам, ни разу не приходилось наблюдать превращения наших объектов в безвольных, обезличенных автоматов, как это всегда утверждают сторонники школы Шарко в учении о гипнозе. И опять таки на эти вопросы может ответить не субъективная психология с ее в высшей степени условным и приблизительным пониманием нервной деятельности (Павлов), а лишь современная «настоящая физиология» головного мозга, дающая нам учение о механизме высших процессов, построенное на лабораторном эксперименте как над животными, так и над человеком.

Источниками всех психических явлений в жизни индивидуума являются разнообразные по характеру и свойству своему раздражители, основные и сочетанные, падающие на кору мозга со стороны внешнего мира преимущественно. Среди этих сочетательных условных раздражителей для человека играет существеннейшую роль словесный раздражитель. Последний, в связи с индивидуальной условной физиологической мозаичностью, воздействует различно на различные участки коры, в зависимости от содержания, вложенного в этот раздражитель. В связи с прошлым опытом, гср. различного рода совпадениями во времени с другими раздражителями, образовались положительные и отрицательные рефлексы и комплексы их, гср. навыки и привычки, установки. Повторное раздражение вызывает, репродуцирует те же реакции на фоне большей или меньшей, целесообразной по экономическому принципу, заторможенности коры мозга во всех ее отделах, в каждом соответствующем участке готовой быть активной по сигналам различного содержания. Но не каждый сигнал в бодрствующем, «сознательном» состоянии может вызвать легко ту или иную реакцию в связи с всегда параллельно идущими двумя процессами — раздражения и торможения, в особенности при воздействии такого комплексного раздражителя, каким для человека является слово. Оно, в зависимости от содержания, может вызывать в коре целый ряд конкурирующих в данный момент очагов возбуждения и торможения, длительность борьбы между которыми и исход ее всегда будут зависеть от условий индивидуального прошлого и данного момента, от степени прочности положительных и глубины параллельно протекающих отрицательных условно-рефлекторных реакций. Здесь то и сказывается мозаичность коры. На быстроту и прочность процессов могут влиять и другие условия — постоянные, связанные с конституцией, с типом его нервной системы, и временные, ad hoc изменяющие возможности образования новых и подавления старых связей в коре мозга. Немаловажную роль в этом отношении играет основной рефлексологический закон дифференцировки, связанный с выработанной готовностью нервной системы реагировать в строго определенном направлении на строго определенный раздражитель и обеспечивающий облегченность протекания тех или иных положительных или отрицательных реактивных процессов. При наличии всех этих условий и получается облегченность и быстрота воспитания и протекания сочетательных процессов. Особенно легко это происходит во время условно-рефлекторного частичного сонного торможения, гср. в гипнозе, с остающимся незаторможенным, бодрствующим участком обычно в слуховой области, обуславливающим строго дифференцированный сочетательный рефлекс на слуховой словесный раздражитель. Этот бодрствующий участок, «сторожевой пункт» (по терминологии Павловской лаборатории), дает возможность этому раздражителю направляться в любой участок коры головного мозга, вызывая простые и сложные комплексные репродуктивные реакции. И на фоне общей заторможенности эти реакции получаются легко и беспрепятственно. Комплексный же

раздражитель «вам 6 лет» чисто рефлекторным путем моментально оживляет целую констелляцию энграмм раздражений, полученных объектом в его прошлом шестилетнем возрасте. Это же оживление оказывается настолько ярким, что по пробуждении объекта «проснувшиеся» группы клеток прошлого оказываются в своей функции настолько мощными, что продолжают доминировать над «спящими» клетками настоящего. Иначе говоря, словесным раздражителем воспитывается определенного ограниченного содержания доминанта, определяющая поведение объекта.

Далее нужно сказать, что клеточные группировки с записями действительного шестилетнего возраста находились в последующие годы жизни индивидуума в состоянии бездеятельности, но всегда готовые к реакции с новыми силами. При развитии же последней комплексы клеток настоящего момента продолжают быть заторможенными, бездеятельными, «отдыхающими» в силу наступающей отрицательной индукции. Одним словом, в данном случае имеется тоже принцип целесообразного равновесия «между процессом разрушения запасных веществ органов при их работе и восстановления этих веществ при покое этих органов» (Павлов). Этим и можно объяснить то хорошее самочувствие, в котором всегда находятся объекты при подобного рода экспериментах, ибо, «возвращаясь в детство», в прошлое, они уходят от утомившего их настоящего.

Итак, быстрота развития перехода из одного возраста в другой поκειται на общем условно-рефлекторном механизме всех процессов организма, вплоть до процесса развития условно-рефлекторной клеточной реакции (Метальников, Подкопаев). Незыблемость этого положения подтверждается все умножающимися экспериментальными лабораторными исследованиями школ Бехтерева и Павлова. Отсутствие утомления при экспериментах объясняется уравниванием двух процессов — раздражения и торможения, гегр. недеятельности в целях «тончайшего» приспособления организма», и, с этой точки зрения, подобного рода эксперименты, по-нашему, являются далеко *не вредными* и даже *полезными* для данного лица, в чем мы убедились и эмпирически. Что же касается нанесения вреда данному объекту в смысле ослабления и «расщепления» личности и выработки «рабского», безвольного автоматизма, то это утверждение должно совершенно отпасть как при учетывании типов н. с., мозаичности коры мозга, так и протекания реакций и проявления навыков по типу условных рефлексов. Ведь известно, что не у каждого можно вызвать такого рода комплексную изолированную длительную реакцию. Если она удастся, то в силу уже существующей нормальной для данного индивидуума лабильности нервной системы и выработавшейся *ad hoc* готовности ее дифференцированно реагировать.

Являются ли наши данные и соображения достаточными для освещения интересующего нас вопроса? Нам кажется, что все вышеприведенное если не сможет явиться исчерпывающим доказательством, то во всяком случае оно выводит нас на более правильный путь для освещения не совсем еще раз'ясненных явлений. Желательно, конечно, получение доказательств реакциями еще более объективного характера. И в этом направлении у нас намечен еще ряд исследований, которые, как нам кажется, должны будут ещешний раз подчеркнуть ту универсальность закона условно-рефлекторной деятельности, которая кладется русской физиологической школой в основу жизни живого организма. Сознаемся, что в данном очерке изложение чрезвычайно схематично. Но эта схематичность, построенная на базе современного учения о деятельности высших отделов н. с., помогает делать попытку бросить объективный луч света физиологии туда, куда лучи субъективной психологии проникнуть не могли да никогда и не смогут.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUM OBJECTIVEN BEWEIS DER VERÄNDERUNG DER PERSÖNLICHKEIT DURCH SUGGESTION

Von Prof. K. Platonow und E. Prichodiwny

Die mittels Suggestion in der Hypnose erzielte Umwandlung eines Erwachsenen Subjektes in ein Kind und die damit zusammenhängende entsprechende Änderung in dem Betragen des Objektes, hat seit langem Psychologen und Psychoneurologen interessiert. Die subjektive empirische Psychologie mit dualistischer Anschauung über das Wesen des Menschen konnten aber keinen genügenden Beweis für die Realität dieser Erscheinung liefern und der «Spaltung» der Persönlichkeit, durch welche dies Phänomen erklärt werden sollte. Als einziger objektiver Beweis der wirklichen Rückkehr des Individuums in die frühen Lebensjahre, lag die Handschrift der Versuchsperson während des Experimentes vor. Die Autoren gebrauchten die experimentell-psychologische Untersuchungsmethode von Binet-Simon. Der Untersuchung wurden drei Personen unterworfen. Nachdem man ihnen in der Hypnose ein Alter von 4,6 und 10 Jahren suggeriert hatte, führten sich die Personen in posthypnotischem Zustande entsprechend auf, konnten Test Aufgaben nur soweit machen, als letztere die für das gegebene Alter festgestellte Norm (nach «Bi-Si») nicht überschritten. Dieses darf als objektiver Beweis der reellen Reproduktion der organischen Engramme und Reaktionen aus bestimmten Lebenszeiten des Individuums dienen. Eine Erklärung und Bestätigung findet diese Erscheinung auch in der Lehre von der Persönlichkeit in Lichte der modernen (Prof. Pawlow) Physiologie des höchsten Nervensystems.

ВОПРОСЫ МЕТОДИКИ И ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПИИ

Д-р И. М. Антер

(Из психотерапевтического отделения (зав. проф. К. И. Платонов) Психоневрологического Института)

Было время, и не очень давно, когда понятие психотерапии исчерпывалось гипнотерапией и гипноз являлся единственным универсальным средством для лечения т. н. психогенных нервных заболеваний. Со второй половины прошлого столетия научные исследования в области гипнологии и гипнотерапии достигли широкого развития. В лице знаменитых гипнологов и психотерапевтов школы Шарко в Париже, Нансийской школы во главе с профессором Бернгеймом, Августа Фореля и друг. гипнотерапия заслуженно занимала господствующее положение, как универсальное средство в лечении тяжелых психоневральных заболеваний. С начала нового столетия мощно выступили и приобрели большое распространение своих идей две новых психотерапевтических школы — это рациональная психотерапия швейцарского профессора Дюбуа с его последователями и психоанализ венского психопатолога проф. З. Фрейда и его школы. Эти новые течения в психотерапии, имеющие каждое свой особый метод лечения и оригинальные взгляды на сущность и этиологию психоневрозов, в значительной мере укрепились за счет критики прежней универсальной психотерапии — гипносуггестивного метода. Но если новая психотерапия, «солидная», «каузальная» психотерапия, по определению некоторых авторов, появляясь с сокрушительной критикой на смену гипнотерапии, совершила большую революцию в психопатологии, как в отношении объяснения сущности психоневрозов, так, в особенности, в отношении лечения последних, и пробила значительную брешь в престиже и универсальном значении господствовавшей до того времени гипносуггестивной терапии, однако эти новые школы не вытеснили гипноз и внушение из психотерапевтической практики. Достаточно упомянуть имена, кроме вышеуказанных уже психотерапевтов, таких выдающихся исследователей, как Молль, Левенфельд, Оскар Фогт, Бродман и др. в Германии, Жана, Пите и Грассе во Франции, Бехтерева, А. Токарского, Подъяпольского, Рыбакова, Срезневского и Платонова у нас в России и СССР, которые своими экспериментальными исследованиями и практической врачебной работой в дальнейшем расширили и углубили учение о гипнозе и внушении и практическое их применение при лечении психоневральных заболеваний. Некоторые из вышеуказанных авторов, как Левенфельд, усвоив новое из теории и практики психоанализа, все же не оставили в своей практической деятельности гипносуггестивного метода и наряду с чистой гипносуггестивной терапией практикуют комбинированный метод гипнопсихоанализа.

Психотерапевтическая литература последнего времени также указывает на то, что суггестивный метод не только не остался в стороне, но по своему практическому распространению все же занимает преимущественное положение в психотерапии.

Если к вышеуказанным новым психотерапевтическим течениям прибавить еще и другие теоретические и практические ответвления от этих трех основных школ,

как катартический метод Франка, введенный раньше Брейером - Фрейдом, синтетическую психотерапию Марциновского, являющуюся известным завершением идей Дюбуа и Дежерина, синтетический психоанализ Гретера, модификацию теории и практики психоанализа Адлера и Юнга, отвлекающую психотерапию академика Бехтерева и другие менее важные практические модификации, — то мы увидим, что в настоящее время арсенал психотерапевтического воздействия врача на больного психоневротика является довольно сложным, и для врача психопатолога и психотерапевта — практика является далеко не безразличным применением того или другого метода психотерапии в своей работе.

В настоящей статье мы хотим коснуться, с одной стороны, некоторых вопросов методической практики в области лечения функциональных нервных заболеваний, а с другой — выяснить место и значение того или иного психотерапевтического метода в борьбе с психоневрозами, что является главной задачей психотерап. отделения диспансера Укр. Психоневр. II - та.

Материалом для наших исследований послужил диспансерный прием больных в этом отделении за первые три года его существования с апреля 1925 г. по июнь 1928 г., под руководством и консультацией проф. К. И. Платонова.

В нашей диспансерной практике мы пользовались всеми основными психотерапевтическими методами. Кроме суггестивного метода, которым приходилось преимущественно пользоваться в нашей терапии, мы применяли также метод диалектического убеждения по Дюбуа и Дежерину, преимущественно модификацией последнего с привнесением эмоционального элемента, и классическим психоанализом по Фрейду, как в чистом виде, так в комбинации его с гипносуггестивным методом. В этих последних случаях применения комбинированного метода мы гипносуггестией обычно заканчивали процесс лечения, уже после того, как более или менее продолжительным проведением психоанализа исследовали основную структуру актуального невроза и вскрыли ближайшие амнезии инфантильных компонентов данного психоневроза. Применением гипносуггестии мы значительно сокращали продолжительность лечения, правда, иногда жертвуя доведением психоанализа до естественного конца, однако, по нашим данным, не в ущерб устойчивости излечения. Для тех же целей мы часто комбинировали метод убеждения с гипносуггестивным. Во многих случаях, а при проведении лечения психоанализом всегда, мы в качестве вспомогательного метода для исследования этиологии и структуры неврозов, для ориентировочного вскрытия прошлых психотравм больного, его «ущемленных комплексов» применяли ассоциативный эксперимент по Юнгу и Блейлеру.

Прежде чем изложить нижеприведенные статистические данные анализируемого материала психотерапевтического отделения за три года его деятельности, мы хотели бы сказать несколько слов о принятом в отделении понимании сущности и механизма развития психоневроза, с различными видами которого приходят за психотерапевтической помощью 90% всех больных, проходящих через наше отделение, а также и о принятой у нас установке при подходе к лечению этого контингента больных тем или иным психотерапевтическим методом.

Стоя на базе современных объективных исследований о структуре и поведении личности, как здоровой, так и больной, являясь сторонником рефлексологического, гесп. физиологического понимания механизмов т. н. психической деятельности человеческого организма, мы разумеем психоневроз, как совокупность патологических реакций нервнобольного организма, обусловленных функциональным извращением его условнорефлекторной деятельности, под влиянием преимущественно неблагоприятных приобретенных факторов среды и воспитания. Мы умышленно оставляем в стороне влияние на конструкцию психоневроза тех факторов, которые обычно обозначают понятием наследственности, предрасположения и конституции. Мы отнюдь не считаем, что во многих случаях последние не имеют важного значения. Уже на нашем маленьком материале мы могли заметить известное взаимоотношение между заболеванием тем или иным неврозом с известными конституциональными особенностями

реактивности организма. Но мы считаем, что в пределах наших знаний гораздо научнее оперировать фактами объективного наблюдения и опыта, чем прибегать к помощи того таинственного незнакомца, которым все же и до сих пор остается понятие конституции в психоневрологии. Во все времена, и в других областях все, что относили за счет конституции, являлось самым темным местом в научном знании предмета, которое граничит с незнанием и которое во многих случаях говорит скрыто «Ignoramus». Мы видим, что и в области психопатологии то, что еще лет 50 тому назад безапелляционно относили к явлениям вырождения (онанизм, другие сексуальные извращения, навязчивые представления и поступки, фобии и т. д.), в настоящее время все более многими авторами признаются, как приобретенные реакции в процессе индивидуального развития человеческого организма под влиянием тех или иных, часто случайных, факторов среды и воспитания. И если при нашем анализе структуры психоневроза мы часто не находим исходных этиологических моментов психогенного порядка, если мы иногда не находим этих моментов и в других экзогенных факторах прошлого развития организма психоневротика, то это еще не значит, что нужно искать причины данных психоневральных уклонений в каких-то конституциональных предрасположениях организма. Ибо даже при самом совершенном методе исследования как настоящего, так и прошлых условий развития организма будущего психоневротика, при самом точном анамнезе и самом совершенном психоаналитическом методе исследования субъективных переживаний невротика, мы никогда не можем учесть всех тех влияний среды, которые могли сказаться на характере психоневральных реакций будущего психоневротика. Если даже ограничиться только теми факторами развития организма, которое обычно разумеют под названием психических переживаний, являющихся непосредственными возбудителями в развитии психоневрозов, то даже самым полным психоанализом мы можем исследовать развитие этих психических переживаний только до 3—4-летнего возраста. Мы никогда не можем уверенно сказать, что и до этого возраста, еще в более раннем детстве, не могло иметь место влияние травматических экзогенных вредностей, воспринимаемых детским организмом с привнесением компонентов примитивной психической реакции. Данные генетической рефлексологии (Бехтерев, Щелованов и др.) говорят о том, что первые условные рефлексы у ребенка появляются в первые месяцы его внеутробной жизни, а ведь условно-рефлекторная деятельность человеческого мозга, накопление последним условно-рефлекторного фонда в процессе приспособления организма к окружающей среде и составляет то, что мы разумеем, когда мы говорим о психике и психической деятельности. Таким образом, уже с первых месяцев жизни у ребенка, вследствие тех или иных факторов среды, в широком смысле этого слова, как физико-химической, resp. физиологической, так и социально воспитательной, могут укрепиться некоторые направляющие тенденции (доминанты в понимании физиологической школы Ухтомского) к определенным уклонениям психоневральной деятельности, тенденции, которые могут затем активно проявляться в поведении взрослого психоневротика, лишь после многократных повторений последующих травмирующих факторов в более позднем периоде его развития, в явно выраженных симптомах психоневроза.

Таким образом, мы считаем, что психоневроз есть известное извращение условно-рефлекторной деятельности организма, развивающееся под влиянием взаимодействия многих причинных моментов, начало которых нужно часто искать в первичном накоплении условно-рефлекторного фонда раннего детского возраста.

Освещением многих темных вопросов в этиологии тяжелых психоневрозов мы обязаны в значительной мере З. Фрейду и его школе, и в этом грандиозная заслуга творца психоанализа. Привнесением всего периода раннего детства с его юным лабильным условно-рефлекторным механизмом в процесс развития психоневральных симптомов будущего психоневротика, акцентуация на ранний детский возраст, как на период появления и развития определенных доминантных психоневральных переживаний, определяющих в значительной мере поведение взрослого здорового и нервного больного заставило исключить из темной области психической дегенерации, наследственного,

отягощения и конституции большую область психонервных заболеваний. К последним будут относиться явления фобий, невроз навязчивости и явления преимущественно истерического характера, где находим объяснение этих болезненных явлений определенными процессами условно-рефлекторного характера, протекающими в коре больших полушарий и приобретенными в процессе индивидуального развития человека. Этим пониманием сущности психоневроза психоаналитическая школа, еще задолго до развития учения об условных рефлексах (акад. Павлова и Бехтерева), выдвинула значение окружающих факторов среды и воспитания на процесс развития патологии личности и ее поведения. Мало того, психоанализ убедительно доказывает, что образование тех или иных патологических реакций проходит по механизму условных, гесп. сочетательных рефлексов, на что и было указано акад. В. М. Бехтеревым в его трудах последних лет. Хотя вся психоаналитическая литература насквозь пропитана ультра-суб'ективизмом и вся выражена в ультрапсихических терминах, об'ективисту-рефлексологу вовсе не трудно разгадать за поверхностной оболочкой «суб'ективистически-телеологической путаницы» (выражение Залкинда) психоаналитических механизмов психики об'ективные естественно-научные понятия и ценные рефлексологические выводы. Нашим русским психоневрологам Залкинду и Перепелю много пришлось поработать над выщелачиванием этого суб'ективизма и психотелеологизма в творениях Фрейда и его школы, и этим значительно приблизили в понимании общности этих двух великих и плодотворных учений нашего века — учения об условных рефлексах и психоанализа.

Таково в общих чертах понимание сущности психоневрозов, диктуемое Павлов-Бехтеревским учением. Еще несколько слов о нашей теоретической установке при подходе к лечению психоневротиков.

Мы знаем из области изучения человеческой личности и ее поведения, какое могущественное значение для формирования поведения человеческого организма имеет окружающая его среда, которая для человека является социальной средой по преимуществу. В области социальных взаимоотношений между людьми вообще, и в области непосредственных взаимоотношений между подрастающим детским организмом и его окружающими, — могучей системой воспитывающих раздражителей является речь, т. е. те словесные символы, которыми преимущественно формируют поведение человека с самого раннего возраста. Словесные раздражители в процессе индивидуального развития ребенка, а потом и взрослого, являются символами, условно-рефлекторными сигнальными возбудителями определенных реакций человеческого организма, заменяющими целый ряд более примитивных, непосредственных, «безусловных» раздражителей на человеческий организм.

Речевые рефлексы, являясь продуктом, приобретенным человеческим организмом в процессе своего индивидуального развития, как система символов, замещающих основные двигательные, секреторные реакции его, получают вследствие многократного совпадения этого речевого символа с безусловными раздражителями, которые он в данном случае замещает, «обозначает». Они приобретают исключительную силу вызывать к действию, при известных условиях, все эффекторные механизмы человеческого организма. То же действие на эффекторные механизмы организма и, следовательно, на его поведение может вызвать и незаконченный в своей эффекторной части речевой рефлекс, т. е. мысль. Вот почему речевыми раздражителями мы можем производить большие изменения в жизнедеятельности человеческого организма, изменяя и направляя формы его поведения.

Выше мы говорили, что психоневроз есть извращенная неадекватная форма поведения личности человека, приобретенная в процессе индивидуального развития организма путем воздействия на него определенных внешних раздражителей, среди которых и словесные раздражители, в той или иной форме (речь, мышление), занимают не последнее место. Поскольку мы видим из вышеизложенного, что словесными символами при известных условиях можно производить соответствующие изменения в условно-рефлекторной деятельности человеческого организма и, следовательно,

влиять на все функции, зависящие от деятельности коры головного мозга, мы можем целой системой словесных раздражений видоизменить извращенные реакции психоневротика. Мы, с одной стороны, угашаем действие прежних патогенных раздражений, вызвавших данные патологические реакции, с другой, возбуждаем и создаем новыми раздражениями новые адекватные условно-рефлекторные связи с окружающей реальной средой. Мы таким образом оздоравливаем патологические реакции человеческого организма и, следовательно, излечиваем психоневроз. В этом цель и задача психотерапии.

Мы сейчас не будем подробно анализировать действие каждого из психотерапевтических методов на условно-рефлекторную деятельность головного мозга в целях оздоровления психоневротика. Мы только тут отметим, что любым психотерапевтическим методом, независимо от его относительной ценности, но в зависимости от личности психоневротика и характера заболевания, мы можем производить ту целительную перегруппировку в условно-рефлекторной деятельности больного психоневротика, которая обуславливает его выздоровление.

На основании нашего опыта мы пришли к выводу, что при умелом пользовании не только психоанализом, наиболее сложным из всех методов, но и гипнозусуггестивным методом, а также комбинацией тех или иных методов между собой мы можем достичь успешных результатов, в зависимости от характера данного болезненного симптомокомплекса, на пути переключения больной установки личности психоневротика на реальный мир внешних и внутренних раздражений (восприятий и ощущений), на адекватное реагирование на эту реальную среду. Ни один из методов психотерапии не может считаться универсальным для лечения всех функциональных психоневральных заболеваний. Практически не всегда самый сложный метод является самым ценным, и, наоборот, самый простой метод является быстродействующим. Ниже мы постараемся дать некоторые предварительные выводы в оценке того или иного метода психотерапии, применительно к данной форме невроза.

Выше мы говорили о важном значении речи, гегр. словесных раздражений на воспитание и реорганизацию условно-рефлекторной деятельности человеческого организма и на этом основании обосновали успешное целебное влияние психотерапевтического воздействия на личность больного психоневротика. Следует внести в эти наши рассуждения одну существенную поправку. Оценивая по достоинству значение речевых рефлексов, как систему экзо- и эндогенных раздражителей, направляющих жизнедеятельность человеческого организма, мы не можем рассматривать эту систему раздражений, как замкнутое целое, вне ее взаимодействия с другими системами как физико-химической, так и социальной. И самой важной задачей психотерапевта является искусное внедрение больного психоневротика в живую реальную среду, его окружающую, и в процессе психотерапевтического воздействия особо важно переплетать и сочетать словесные символы, определяющие известное отношение организма психоневротика к реальному миру, с явлениями и фактами самой этой реальности. Конечно, только тогда мы можем произвести целительную реорганизацию в условно-рефлекторном фоне больного психоневротика психотерапевтическим воздействием, когда сама реальность своим непосредственным физико-химическим и социальным воздействием на организм не противоречит, не затормаживает, выражаясь объективным языком, наши мероприятия. Нередко в нашей психотерапевтической практике мы сталкиваемся с такими случаями неврозов, когда наши психотерапевтические усилия разбиваются, «затормаживаются» противоположными тенденциями объективной ситуации, окружающей невротика. Мы приводим ниже таблицу с указанием процента успешности нашего психотерапевтического вмешательства, и значительная доля в той массе случаев, где наше психотерапевтическое воздействие оказалось безрезультатным, падает на те случаи, когда реальная ситуация окружающей среды действовала в разрез нашим стараниям изменить отношение психоневротика к этой реальности, и наоборот, укрепляла в его поведении патологические реакции. Мы считаем, что процент положительных результатов лечения тем или иным психотерапевтическим методом мог бы быть значительно выше, если мы могли бы,

параллельно с изменением отношения психоневротика к реальности, изменять непосредственно саму эту среду, его окружающую, будь то среда физико-химическая грубо-материальная (условия питания, жилища и т. д.), или среда социальная, как семейная обстановка, бытовая, служебная и т. д.

Если в одних случаях для более успешного психотерапевтического воздействия необходима изоляция больного психоневротика от обычной его бытовой обстановки, на время изолировав его от непосредственных травмирующих элементов его труда и быта, то для других необходимо, наоборот, включить невротика в атмосферу трудовой обстановки, дать психоневротика выход для применения своей энергии в действительной жизни — энергии, направленной в прошлом психоневротика на накопление и выявления извращенных его реакций. Считая принципиально, что всякое психогенное заболевание может быть излечено психотерапией, тем или иным методом, мы, однако, относим значительное количество отрицательных результатов психотерапевтического воздействия (на примере нашего материала — больше половины всех больных) во многих случаях не только за счет самого примененного в данном случае психотерапевтического метода и, может быть, иногда неумелого пользования, но и за счет тех реальных элементов живой среды, непреодолимых травматических моментов труда и быта больного, которые, конечно, не находятся в руках психотерапевта.

Но перейдем теперь к цифровым данным прошедшего через наше отделение контингента больных, что видно из нижеследующей таблицы.

Таблица 1

№№	Классификация болезненных симптомов	Кол. больн.	о/о/о
1	Истерические и реактивные состояния	382	41,8
2	Психастенические состояния (фобии, навяз. сост. и друг).	308	33,7
3	Общая неврастения	37	4
4	Сексуальная неврастения	118	13
5	Травматические и профессиональные неврозы	22	2,4
6	Эпилептические состояния	26	2,9
7	Психозы	12	1,3
8	Enuresis nocturna	8	0,9
Всего невротиков		913	100
о/о/о невротиков ко всем больн.			73
9	Алкоголизм	330	
10	Проч. наркомании	7	
		337	27
Всего больных		1250	100%

Как видно из представленной таблицы, почти три четверти общего количества больных, прошедших через наше психотерапевтическое отделение за три с лишним года, составляют невротики и психоневротики, преимущественно последняя группа, понимая под последними ту массу больных, основные жалобы которых составляют всякие нарушения т. н. психической деятельности, нарушения аффективных и условно-рефлекторных (корковых) механизмов поведения.

Остальную четверть больных составляют наркоманы, почти исключительно алкоголики. Выделение последних в особую группу является вполне понятным, так как основная масса больных страдает привычным бытовым алкоголизмом, и только небольшая прослойка состоит из настоящих невротиков и даже психоневротиков, как первичных, где эти психоневротические черты характера являются этиологическим моментом к алкоголизму, так и вторичных невротиков уже на почве алкоголизма, где имеются нарушения высшей условно-рефлекторной деятельности на почве алкогольной интоксикации. Выделение алкоголиков в отдельную группу, кроме особенностей

их болезненного состояния, ясности причинного фактора и сравнительно большей примитивности психотерапии, в нашем изложении диктуется также и тем обстоятельством, что мы в дальнейшем не будем касаться ни методики, ни практики лечения алкоголизма. Нас интересует в данном случае только группа невротиков, преимущественно психоневротиков.

В настоящей статье мы также не будем касаться научности и практичности тех или иных форм нозологической классификации психоневрозов, хотя давно уже настало время пересмотреть и уточнить ту классическую классификацию их, которая после Жана из «двойственного союза» (неврастения и истерия) преобразовалась в «тройственное согласие» (неврастения, истерия и психастения). Психопатологи последнего времени, в особенности представители психоаналитической школы, пытались, с одной стороны, уточнить чрезвычайно расплывчатое понятие неврастения, с другой стороны, выделили некоторые новые нозологические единицы неврозов, но эти попытки требуют дальнейших исследований. Мы имеем данные, которые убеждают нас в том, что одни и те же психоневротические болезненные симптомокомплексы, скажем, одни и те же фобии и навязчивые состояния, могут иметь этиологически разную почву и требовать различного рода терапевтического воздействия. Мы ниже на нескольких клинических примерах психоневротических состояний, придерживаясь той или иной общепризнанной классификации неврозов, постараемся продемонстрировать применимость того или иного метода психотерапии, который оказался практически наиболее целесообразным, в зависимости от тех или иных этиологических факторов, вызвавших данный психоневроз.

Сделаем краткий анализ симптомов тех болезненных психоневротических отклонений, определяющих каждую из перечисленных групп психоневрозов.

К истерическим и реактивным состояниям, к которым мы отнесли 41,8% всех психоневротиков, мы отнесли следующие симптомы и симптомокомплексы болезненных состояний: 1) различные функциональные поражения двигательного характера: тики, контрактуры, икота, мутизм, афония и др.; 2) поражения чувствительного характера. локализованные и нелокализованные алгии как кожные, так, преимущественно, внутренних органов, вагинизм, разные парестезии и т. д.; 3) многочисленная истерическая группа расстройств пищеварения: анорексия, рвоты, тошноты, спазмы разных отделов пищеварительного тракта, запоры и т. д.; 4) истероидные припадки, иногда с потерей сознания, чаще всего с целым комплексом болезненных явлений вегетативного и сердечнососудистого характера; 5) настоящие припадки, «настоящей» истерии с явлениями непроизвольного одновременного смеха и плача, соответствующие позы и т. д. Как видно из перечисления симптоматологии, не все больные этой группы страдают настоящей истерией или даже ярко выраженной истерической конституцией. Меньше всего в этой группе имелись больные с выраженными истерическими припадками. Среди этой категории больных имелась большая группа страдавших реактивными нервными симптомами, resp. сложными симптомокомплексами с нарушениями, преимущественно, аффективной сферы. Эти нарушения образовывались на грубо истерической конституциональной почве, и тогда нас обычно поражала масса всевозможных жалоб, комбинация всяких симптомов, появление новых симптомов уже в процессе лечения. Но те же нарушения образовывались, повидимому, на вполне здоровой конституциональной почве, где до появления известных болезненных симптомов констатировалась вполне уравновешенная психоневротическая организация, но, вследствие сильных переживаний бытового, семейного и др. характера, получились сдвиги, срывы в до того адекватном реагировании на окружающее. Эти переживания иногда действовали сразу, неожиданно. И не только своей силой и интенсивностью своего действия, но и неожиданностью появления этих эмоциональных патогенных факторов не давали возможности до того вполне полноценной психической организации непосредственного и быстрого адекватного приспособления к вновь создавшимся условиям. Или наоборот — эти патогенные факторы, хотя и слабые по интенсивности своего воздействия, но многократно повторяясь, медленно подтачивали лабильность реагирования организма

на среду, его окружающую. Смерть любимого человека, семейная ссора или измена супруга, нетерпимые жилищные условия в окружении неприятного соседства, увольнение со службы и другие изменения в привычном взаимоотношении нервной системы с окружающей средой в несколько более примитивной психонервной организации вызвали стойкие срывы нервной деятельности и больной приходил к врачу с явлениями подавленности, озабоченности, тоски, бессонницы, разных болей, с мыслями о своей неполноценности, со многими соматическими явлениями срыва вегетативной нервной системы и т. д.

Трудно, и, мы думаем, не имеет большого практического значения в отношении терапии разбить эту большую группу психоневрозов на отдельные подразделения ее по симптомам и симптомокомплексам. Принципиально только важно все эти разнообразные психонервные отклонения разделить на следующие две группы. Первую группу будут составлять больные с жалобами на реактивно новообразованные симптомы, где жалобы по своему характеру являются адекватными болезненной причине или поводу или целому комплексу таковых, вызвавших данный психоневроз, как, например, плач, бессонница, различные боли, тоска, иногда отказ от пищи после утраты близкого существа, супружеская измена и тому подобное. Вторую группу составляют те психоневрозы, где характер и содержание симптомов его не адекватны всем патогенным моментам, непосредственно предшествовавшим явлениям срыва нервной деятельности, где сам больной часто не может объяснить появления своей болезни и где мы сами при поверхностном исследовании часто не находим причины психоневроза. В терапевтическом отношении такое подразделение всей этой группы на чисто реактивные образования, к которым мы относим первую подгруппу больных, и на истерические психоневрозы является, по-нашему, вполне целесообразным, при чем нужно сказать что вторая подгруппа является не безразличной в отношении выбора того или другого психотерапевтического метода воздействия.

Хотя, как мы видим из поверхностного анализа, эта группа психоневрозов не является однородной как по своей симптоматологии, клиническому течению, так и по особенностям своей конструкции, тем не менее вся эта группа имеет то общее, что в основной массе жалоб больного преобладают жалобы больше на чисто нервно-соматические, чем «психические» компоненты. Нарушение нормального соотношения со средой в этих случаях меньше всего затрагивает социальные взаимоотношения и большей частью ограничивается соматическими функциональными отклонениями, известной лабильностью и вместе с тем усилением реактивности на внешнее раздражение. При всем этом имеющаяся лабильность в реакциях больного психоневротика выражается, преимущественно, в иррадировании тормозных процессов в центральной нервной системе и соответствующих астенических эмоциональных реакций, — она определяется французскими авторами, как *emotion choc* нервной системы, в отличие от чисто неврастенических расстройств реагирования, которые характеризуются усилением раздражимости цереброспинальной нервной системы и повышением иррадиации процессов возбуждения в коре головного мозга.

Так же неоднородна по своему составу и следующая группа, указанная выше в таблице, как психастенические состояния, составляющая 33,7% всех больных.

К этой группе заболеваний мы отнесли все случаи с явлениями страха, начиная от легкой мнительности самого общего, неопределенного характера до резко выраженных определенных фобий, с целой системой защитных баррикад от воздействий реальной среды. К этой группе мы также отнесли все случаи навязчивых мыслей, начиная от эпизодической, легко проходящей мнительности, появляющейся в связи с определенными моментами переживания неудач, неловкости, ошибок и т. д. в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей и других моментов соприкосновения с социальной средой, и кончая резко выраженными навязчивыми идеями, представлениями, неотступно преследующими психоневротика вне зависимости от пребывания психоневротика в той или иной обстановке и мешающими непосредственному выполнению его профессиональных и других обязанностей, иногда не оставляя

его и во сне. Сюда же вошли все случаи с явлениями навязчивой импульсивности действиям — «Zwangsneurosen» немцев, или насильственные ажитации Пьера Жана, выражающиеся в определенных автоматических движениях (различные тики и другие моторные ажитации) и более сложных «маниях» (клептомания и др.). Несколько случаев меланхолического состояния, б. ч. реактивного характера, а также несколько случаев резко выраженного ипохондрического состояния, где жолобы больных связаны с мнимым расстройством внутренних органов, большей частью сердца (мнимые пороки, ложная ангина сердца), и с органами желудочно-кишечного тракта, — также нашли свое место в составе этой группы. Конечно, в большинстве случаев психоневрозов психастенического типа мы встречаемся со смешанными явлениями разного рода вышеперечисленных психастенических стигмат, при чем у нас имелась довольно значительная группа резко выраженной конституциональной психастении П. Жана. В этих случаях весь психастенический синдром с явлениями полной абупии и потери «чувства реального», полифобиями и навязчивыми состояниями достигал такой степени, что заставлял психоневротика совершенно отрешиться от социальной жизни и совершенно прозябать в одиночестве, ведя чисто растительный образ жизни, при чем и это последнее проводилось в постоянной тревоге вследствие массы всяких ипохондрических жалоб. Эти последние настоящие психастеники часто сами не могут приходить на амбулаторное лечение, ибо сам процесс появления их среди необычного социального окружения связан у них с множеством фобий и навязчивых сомнений. В таких случаях обычно их приводят на лечение заинтересованные лица.

Скажем еще несколько слов о следующих категориях невротиков, указанных в вышеозначенной таблице.

Небольшая группа больных с явлениями общей цереброспинальной неврастении составлена из однородного контингента больных, где жалобы на нарушение психики, на расстройство социальных взаимоотношений отходят на задний план по сравнению с явлениями общей раздражительной слабости нервной системы и расстройствами вазомоторных, трофических функций с явлениями бессонницы, диспепсии и алгии желудочно-кишечного тракта, головной боли, боли позвоночного столба, общей нервной мускульной астении, озабоченности и т. д., на почве умственной перегрузки, нервного утомления в смысле Бирдовского понимания неврастенического синдрома. Обычно эта большая группа больных с общими неврастеническими жалобами, составляющая больше половины всего контингента общего амбулаторного приема нашего диспансера, не оставляется нами для проведения специального психотерапевтического воздействия. Если эта группа чистых неврастеников прошла через наше психотерапевтическое отделение, то это объясняется необходимостью, наряду с общими физиотерапевтическими мероприятиями, помочь психотерапевтическим воздействием наиболее быстрому устранению особенно тягостных симптомов, как бессонница, отсутствие аппетита и т. д., а также устранить некоторые вторичные психические наслоения. Конечно, наша терапия в этих случаях могла только дать временное симптоматическое улучшение. Мы нашли нужным выделить из общей группы неврастении небольшую группу больных, основной жалобой которых являлся энурез, большей частью ночной, но были случаи и дневного энуреза без всяких органических местных расстройств. Обособление этой группы энуретиков основано на том, что, с одной стороны, по возрасту (большой частью юноши 16 — 20 лет), по началу заболевания (с раннего детства, иногда с промежутками), так, с другой стороны, по успешности психотерапевтического вмешательства эти случаи выгодно отличаются от всей группы неврастенических состояний.

Группу сексуальной неврастении или, правильнее, сексуальных психоневрозов составляют довольно разнородные заболевания как по своему патогенезу, так и по своим клиническим проявлениям. Обычно под половой неврастением понимают те формы неврастении, где помимо общих неврастенических явлений имеются также и расстройства половой сферы. В наших же случаях эти общие неврастенические явления были ясно выражены только в одной трети всех случаев, при чем они являлись вторичными наслоениями на базе первичных психоневрных половых расстройств и отклонения

в половой жизни. Предварительно надо отметить, что в нашей группе сексуальных неврастеников совершенно исключаются только те случаи половой неврастении, где все страдание исчерпывается или преимущественно выявляется в чисто местных изменениях периферических органов моче-полового аппарата. Надо еще отметить, что, выделяя эту группу сексуальных психоневрастеников, мы вовсе не хотим сказать, что в первых двух больших группах психоневрозов (истерической и психастенической) многие случаи неврозов, если не большинство из них, не развивались и не обуславливались на сексуальной почве, понимая сексуальность в широком смысле этого слова, а не узко половом.

К этой группе мы отнесли следующие три подгруппы функциональных психо-сексуальных расстройств: 1) половая импотенция у мужчины психического происхождения (*impotentia coeundi*), не осложненная глубокими психастеническими состояниями с фобиями и навязчивыми состояниями (в последних случаях эти психоневротики вошли в состав половых психастеников); 2) небольшая группка половой импотенции у женщин т. н. *frigidity psychosexualis* у женщины; 3) все виды мастурбации у мужчин и женщин также без резких осложнений психастеническими состояниями; 4) маленькая группка сексуальных извращений: приобретенный гомосексуализм, фетишизм и садизм.

Под эпилептическими состояниями мы собрали группу больных с жалобами почти исключительно на припадки эпилептического характера, при чем по характеру заболевания не всегда можно было их отнести к случаям т. н. генуинной эпилепсии. Считая, что последняя не может быть предметом психотерапии, мы все же при терапии этой группы больных имели несколько положительных результатов, какие нужно отнести к случаям т. н. аффективной эпилепсии (Платонов). Маленькую группу психотических состояний составляют 4 случая пограничных состояний и начальных форм проявлений шизофренического психоза, и остальные 8 случаев оказались не резко выраженными формами маниакально-депрессивного психоза, преимущественно в его депрессивной стадии. 4 случая психопатии относятся к 3-м больным, страдающим резко выраженной половой гиперестезией—у мужчин (сатириазис)—и одному случаю нимфомании. Кстати тут же можно отметить, что во всех этих случаях психотерапия не дала никаких результатов.

Мы дали, таким образом, характеристику всех групп больных, прошедших через наше психотерапевтическое отделение, в самом общем виде. Что касается результатов нашего психотерапевтического воздействия, то таковые видны из нижеследующей таблицы.

Таблица 2

№	Классификация болезней	Результат лечения							
		Положит.		Улучшен.		Отрицат.		Прекр.	
		кол.	о/о/о	кол.	о/о/о	кол.	о/о/о	кол.	о/о/о
1	Истерические и реактивные состояния . . .	176	46	88	23	82	21,5	36	9,5
2	Психастенические состояния	117	38	73	23,7	76	24,6	42	13,7
3	Общие неврастенические состояния	6	16	14	38	15	39	2	7
4	Сексуальная неврастения	53	45,7	38	32,2	22	18,6	5	3,5
5	Травматические и профессиональные неврозы	8	36,4	2	9,1	10	45,4	2	9,1
6	Эпилептические состояния	3	11,5	2	8,5	21	80	—	—
7	Психозы	—	—	3	—	9	—	—	—
8	Энурез	4	50	—	—	4	50	—	—
9	Разные психопатии	2	—	—	—	2	—	—	—
10	Алкоголизм	174	53,3	56	—	45	14,2	51	15,5
11	Прочие наркомании	3	—	—	17	4	—	—	—
Всего 1250 чел. . .		546	43,7	276	22	290	23,2	138	11,1

В графу положительных результатов мы отнесли все случаи полного выздоровления от психоневроза при помощи психотерапии, а также случаи избавления от тех или иных болезненных симптомов, с которыми больной пришел к врачу. Мы выделили отдельно графы «улучшение» для результатов от тех случаев применения психотерапии, когда мы, не получая исцеления от всего невроза, как целого симптомокомплекса явлений, однако избавляем больного от многих сопутствующих нервных явлений, как бессонница, головные боли и др., или же достигаем меньшую интенсивность и более редкие приступы в проявлении основных болезненных страданий больного.

Из общего количества отрицательных результатов от применения психотерапии мы выделили в графу «прекратили лечение» те случаи, которые по различным причинам оставили лечение спустя короткое время после начала лечения, и в отношении этих случаев мы не можем сказать о результате наших методов лечения.

Таким образом, немного меньше половины всех больных, пришедших в наше отделение за психотерапевтической помощью, а именно 43,7% всех больных, получили действительное избавление от своих нервных страданий, если даже совершенно отбросить все случаи незначительных симптоматических улучшений, полученных от большого контингента других больных*).

По характеру болезненных явлений, приведших больных в диспансер, действительность психотерапевтической помощи колеблется в небольших пределах в наибольшей основной массе истинных психоневрозов, какими является «настоящая» истерия и психастения Жане, и менее резко выраженные истерические и психастенические состояния. Процент успешности лечения повышается в отношении алкоголиков до 53,3% положительных результатов, при чем в половине этих случаев с успешным завершением лечения мы констатировали стойкое избавление от влечения к алкоголю в течение от 1 до 1½ лет. Из этой же таблицы мы видим, как естественно падает успешность психотерапевтического лечения больных с общими неврастеническими жалобами, преимущественно, чисто соматического характера. Там, где достигнуты некоторые результаты психотерапией, то главным образом эти результаты относятся к устранению особенно тягостных болезненных симптомов, как бессонница и головные боли, отсутствие аппетита, при чем лечение психотерапией проводилось в комбинации с электротерапией и обычными *topica* внутрь. Одни эти средства без психотерапии, однако, никакого действия не оказывали. Ничтожен процент успешности действия психотерапии в лечении эпилептических припадков, и те 3 случая излечения от припадков, повидимому, относились к случаям т. н. аффектэпилепсии Brätz'a, хотя припадки в этих случаях носили характер настоящей genuинной эпилепсии с прикусом языка, иногда мочеиспусканием и т. д. Значительный процент успешности лечения сексуальных расстройств — 45,7% — относится преимущественно к лечению мастурбации в случаях внезапных появлений относительной т. н. психической импотенции в супружеской жизни у молодых людей после эксцессов *in Baccho et Venere*, а также в случаях самовнушения бывшего или настоящего мастурбанта в его неспособности начать половую жизнь по вине своего порока.

Также успешно сравнительно поддавались психотерапии и некоторые сексуальные извращения (приобретенный гомосексуализм, фетишизм и садизм).

Отмеченные 3 случая улучшения при психотических расстройствах касаются улучшения депрессивного состояния при неясно выраженном циклотимическом психозе — однако нестойкое.

Что касается немногих случаев травматических и профессиональных неврозов, то в тех случаях, где ясно преобладает психогенный элемент в форме мнительности

*) Надо отметить, что подавляющее количество наших больных, если не сказать почти все они, являлись к нам за психотерапевтической помощью после того, как безрезультатно испытаны многие другие способы лечения. Подчас все испытано: всякие фармакологические средства, все виды физиотерапии, как ванны, разные виды электротерапии, перемена обстановки, курорты и т. п., и после всего этого, как к последнему средству, обращаются за психотерапевтической помощью в нашем отделении.

и чувства неполноценности в зависимости от определенных травматических моментов, непосредственно вызвавших невроз, или если это чувство неполноценности питается еще корнями соответствующих переживаний детского возраста, там успех терапии оказался полнее. В случаях же, где преобладал элемент соматического компонента астении, или же в 2-х случаях, где травматический невроз является известной модификацией т. н. «рентного невроза» немецких авторов, то психотерапия не давала существенных результатов. В частности, нужно отметить, что профессиональные неврозы у певцов, пианистов, вообще лиц музыкально-артистического мира, очень хорошо уступали лечению психотерапии.

В отношении методов психотерапевтического воздействия на всю эту массу больных мы уже сказали, что в практике нашего диспансера были использованы все главные современные методы терапии. Но преимущественно мы пользовались гипно-суггестивным методом, что видно из следующей группировки в процентах:

- | | |
|--|----------|
| 1. Гипносуггестивный метод | — 67,7%. |
| 2. Метод убеждения по Дюбуа и Дежерину | — 5%. |
| 3. Комбинированный метод Дюбуа и гипносуггест. | — 11%. |
| 4. Внушение наяву | — 11%. |
| 5. Психоанализ | — 5,3%. |

Эта таблица о применении различных методов психотерапии относится ко всей массе невротиков и психоневротиков. Что касается группы наркоманов (алкоголиков), то там исключительно применялся гипносуггестивный метод лечения.

Как видим, только в 10% всех случаев были применены более сложные методы, как методы Дюбуа и Фрейда, требующие и большей продолжительности времени для терапии и большего активного участия самого психоневротика в процессе лечения. В остальных 90% случаев был использован суггестивный метод в широком значении этого слова. Надо тут же отметить, что форма применения суггестивного метода как в гипнотическом состоянии, так и путем внушения наяву несколько своеобразным образом отличалась от обычного понятия слова внушение.

В громадном большинстве случаев само внушение носило характер убеждения, т. н. мотивированного внушения. В большинстве случаев даже в глубоком гипнозе внушения врача не носили характера авторитарного приказа или необоснованных устраниний тех или иных болезненных симптомов. Такая форма применения внушения несколько приближает гипносуггестивный метод к методу убеждения в смысле техники применения его, хотя не исключается этим принципиальное различие в существе действия корковых механизмов и процессов, происходящих в мозгу невротика при применении того или другого метода.

Таким образом, мы можем констатировать, что довольно значительный процент положительных результатов от применения психотерапии — почти в половине всех случаев, прошедших через отделение, приходится за счет пользования гипно-суггестивным методом.

Если, как мы увидим ниже, применение других более сложных методов психотерапии относительно дает больший процент успешности, то применение этих методов (психоанализ Дюбуа) показано не во всех случаях, а во многих случаях они вовсе неприменимы, и если к этому еще учесть то количество времени, которое требуется, напр., для успешного лечения психоанализом, станет понятным, что в огромном большинстве случаев мы останавливаемся на пользовании гипносуггестивным методом — который являясь вообще симптоматическим методом быстрее устраняет наиболее тягостные симптомы болезни.

В практике нашего психотерапевтического кабинета мы не приступаем к терапии, пока мы предварительно, путем нескольких бесед с больным, не устанавливаем с ним полного контакта и в самых общих чертах не определяем характер невроза. Необходимо особенно подчеркнуть всю важность этих первых бесед с больным, этой взаимной ориентировки со стороны врача в характере болезни и личности больного (надо особенно подчеркнуть — не так болезни, как больного), и, с другой стороны, ориентировочная направленность больного, для которого первые слова врача, его бодрый тон, которым высказывается уверенность в успешности предстоящего лечения, имеют такое исключительное значение для всего хода лечения. Тут уместно вспомнить высказывания и советы известного невропатолога Левандовского, который так говорит об этом первом вступлении в ходе психотерапевтического воздействия на психоневротика: «Первая задача чистой, идеальной психотерапии — объяснить больному, что все его расстройства психического происхождения». С этим, однако, нужно быть осторожным. Мешают два предрассудка. Первый предрассудок состоит в том, что они (больные) считают каждую психическую болезнь «воображаемой» и чувствуют себя оскорбленными, когда высказывается мысль о психическом характере заболевания. Другой предрассудок заключается в том, что психические заболевания неизлечимы. Для профанов психические заболевания равнозначущи помешательству. Таким образом, если врач желает еще раз видеть больного, он должен весьма осторожно лавировать между Сциллой воображаемой болезни и Харибдой помешательства». «Конечно, — говорит дальше Левандовский, — нельзя избежать слова «нервный больной», которое больной слышит, но надо считать правильным ничего не говорить, чего после нельзя поддерживать. В самом деле, больной часто помнит с поразительной точностью слова первой беседы врача и позже ссылается на них, указывая на противоречия». Эти ценные советы Левандовского, одного из лучших невропатологов и одного из тех немногих, которые так высоко ценят психотерапию, сравнивая последнюю в качестве этиологической терапии с другими двумя могущественными методами неврологии: с оперативной и противосифилитической терапией, нужно помнить каждому психотерапевту. Мы в нашей практике неоднократно убеждались в необходимости этой осторожности с больными в первых беседах при объяснении сущности его болезни. Наше лавирование между Сциллой и Харибдой часто выражалось в том, что мы слово «психический» заменяли более безобидным названием «психологический». Хотя это сочетание слов «психологическая болезнь» звучит нескладно и хотя мы лично к т. н. психологии вообще относимся скептически, но это часто выручало нас из затруднительного положения, о котором так ярко говорит Левандовский.

Несколько слов о технике применения каждого из психотерапевтических методов. Во всех случаях гипносуггестивной терапии мы словесными раздражителями вызывали более или менее глубокое сонное торможение в организме. Эти словесные воздействия не всегда носили строго стереотипный характер, как рекомендуют некоторые гипнотерапевты (Левенфельд, Форель), но иногда носили характер индивидуальный по отношению данного больного, но во всех случаях эти словесные символы сигнализировали наступление сонного состояния. Обычно мы не добивались достижения глубокого гипнотического сна. В громадном большинстве случаев мы ограничивались только гипноидным, resp. дремотным состоянием больного. Лечебное внушение, как уже упоминалось, давалось в логически мотивированном виде. Многие скажут: какой же это гипноз и что это за внушение, когда речь идет о логике и сознании. Ведь это же, скажут, все атрибуты метода убеждения, только в лежащем положении больного. Мы ничуть не возражаем против того, что наше применение гипносуггестивного метода несколько отличается от обычного применения гипноза и ближе подходит к практике метода убеждения, чем обычный безапелляционный авторитарный гипноз многих классиков гипносуггестивной терапии. Но все же это метод внушения в состоянии разных степеней особого состояния мозга — в состоянии гипноза той или иной степени. Пусть наше внушение мотивировано, логично, апеллирует к сознанию больного и т. д., но оно воспринимается, видимо, пассивно. Больной активно не участвует в процессе

этих убеждений, это, конечно, далеко от диалектического метода Дюбуа. Говоря о пассивности больного во время процесса внушения, мы вовсе не хотим сказать, что больной, лежа на диване с закрытыми глазами и находясь в видимо сонном состоянии с явлениями тяжести и скованности во всех членах, с явлениями каталепсии и т. д., относится в данный момент пассивно к тем словесным раздражениям, которые произносятся врачом, что он без своеобразной критики воспринимает эти внушения, что больной в процессе внушения является бессловесным орудием в руках врача и т. д. Этот вопрос, который в течение долгого времени дебатировался на страницах многих литературных исследований и который все же иногда вызывает и в настоящее время неединодушные отзывы многих авторов, интересовал и нас в нашем исследовании. Мы присоединяемся к мнению тех авторов, особенно к мнению представителей психоаналитической школы, которые полагают, что состояние больного в гипнотическом сне во время словесного воздействия есть активное состояние, что в мозгу гипнотизируемого происходит известный отбор в момент внушения восприятий и ощущений. Чтобы убедиться в этом, достаточно только после пробуждения психоневротика от гипнотического состояния не ограничиваться обычными вопросами, как он себя чувствует, как спал, о чем он думал во время гипноза и т. д., и не удовольствоваться первыми его ответами, а заняться более подробным анализом его переживаний во время гипноза, иногда с помощью ассоциативного эксперимента. Мы иногда экспериментально производили подробный анализ и большей частью нам удавалось обнаруживать, что в известных случаях имеется избирательное отношение гипнотизируемого к тем или иным внушениям врача. При подобном анализе больного, после только что проведенного гипноза, в одних случаях, больной подробно отмечает, какие именно ассоциации вызывали у него внушение врача и его отношение к внушению, в других случаях, больной может только отметить какое-то смутное неосознанное сопротивление, которое встречали у больного некоторые внушения врача. Вот пред нами психоневротик-мастурбант 26-ти лет, занимающийся этим пороком с 9-тилетнего возраста, половой жизнью не жил, ибо испытывает страх перед близостью с женщиной. Мы ему делаем обычное внушение. Первые наши словесные раздражители направлены на вызывание сонного торможения в которое наш больной скоро погружается. Налицо все видимые признаки гипноза средней степени: спокойное ровное дыхание, невозможность произвольных движений, гипотония мышц и т. д. Затем следует внушение, направленное на укрепление силы воли больного для возможности преодоления своей порочной привычки, и внушается при этом отвращение ко всем процедурам, связанным с актом мастурбации, после чего даются внушения общеуспокаивающего характера в отношении возможности нормальной половой жизни. Пауза. Затем больной просыпается после соответствующих внушений. По пробуждении больному задается вопрос, как он себя чувствовал во время гипноза (надо отметить, что это был 14-й сеанс гипноза и что больной туго уступал нашей терапии, лишь за время лечения мастурбировал реже). Больной отвечает, что он хорошо спал, вначале слушал все внушения врача, потом пребывал в полной нирване и затем опять ясно воспринимал последние внушения. После этого больной опять укладывается на диван, предлагается ему закрыть глаза, привести себя в полное пассивное состояние, дается несколько слов-раздражителей из комплекса тех словесных раздражений, которые были до того использованы в процессе внушения, и предлагается больному по поводу этих слов-раздражителей воспроизвести те переживания, какие он испытывал накануне в гипнотическом сне. После первых случайных ассоциаций, связанных с нашими словами-раздражителями по содержанию, больной так выразил свои ощущения в гипнозе, что вначале монотонный, тихий голос врача производил ощущение, как будто что-то свободно льется в мозг, как тихое течение реки без препятствий, потом вдруг как будто что прервалось, сердце на момент сильно забилося и чувство, близкое к ощущению досады (это, видно, момент восприятия внушений, направленных к прекращению мастурбации), затем опять ощущение течения реки, только более бурное и быстрое (более громкий голос врача), и, наконец, уже ясное восприятие последних вну-

шений, направленных на его пробуждение. После дальнейшего анализа выяснилось, что больной, оказывая сопротивление нашим терапевтическим мероприятиям, бессознательно не желая расстаться с любимым пороком, единственно дающим ему ощущение полового наслаждения при невозможности более реального полового функционирования, оказывал нам то же сопротивление и в процессе гипнотического внушения*).

В настоящей статье мы не будем подробно обсуждать весьма интересного, как в принципиально - теоретическом, так и в лечебно - практическом отношении, вопроса о том, является ли состояние гипноза аналогичным состоянию обыкновенного сна и едины ли механизмы возникновения того и другого состояния, или же гипноз оказывается отличным от сна. Мы здесь только слегка коснемся этого вопроса. По господствующей до настоящего времени физиологической теории о гипнозе последний сводится к явлениям внутреннего, resp. сонного торможения в коре головного мозга. Но имеются и другие вполне авторитетные исследователи, которые утверждают совершенно обратное, — что явления гипноза представляют наивысшее бодрствование, ничего общего со сном не имеющее. Если такие авторитетные исследователи, как Павлов, Бехтерев, Левенфельд, Бирман, Платонов и др., являющиеся представителями первой господствующей теории о гипнозе, основывают свои взгляды на состояние гипноза, как на состояние частичного сна, пользуясь фактами тождественности состояний, наблюдающихся на периферии организма (пульс, дыхание) и пр., так и на аналогичности процессов, совершающихся в коре головного мозга в состоянии гипноза и обыкновенного сна, то представители второй теории (Ферворн, Протопопов, особенно последний) преимущественно основывают свои взгляды на анализе явления функционального реагирования организма, находящегося в гипнотическом состоянии, под влиянием тех или иных *экзогенных внушений*. Иначе говоря, если представители теории гипноза, как явления частичного сна, исходят из статичности коры головного мозга в *состоянии гипноза*, противники их исходят из тех динамических процессов, которые вызываются не *гипнотическим состоянием*, как таковым, а раздражительным процессом в коре головного мозга под влиянием словесных внушений гипнотизера. Совершенно прав проф. В. П. Протопопов, когда он говорит, что «причиной, приводящей к разным выводам, служит то обстоятельство, что разные авторы под одним и тем же термином разумеют разные явления», и эти же слова, как нельзя больше приложимы к пониманию разногласий по этому же вопросу между ним и представителями и сторонниками Павловской школы. Можно допустить, что само *состояние* гипноза, вызванное тем или иным путем, является состоянием, аналогичным обыкновенному сну, и в коре головного мозга гипнотика, предоставленного самому себе без воздействия внешних раздражений, господствует тормозный процесс, подобный процессу внутреннего или сонного торможения в его понимании Павловской школой. Но как только посредством тех или иных внушений преимущественно экзогенного порядка, но возможно и эндогенного характера (самовнушение), под влиянием того или иного безусловно раздражительного процесса в коре головного мозга вызываются те или иные *явления* в гипнотическом состоянии, тогда вступают в силу другие механизмы, иные, отличные от сна и сонного торможения. Мы, таким образом, считаем, что в некоторой недоговоренности между различными авторами в строгом понимании терминов гипноза, как такового, и явлений внушений в гипнозе и заложены большинство противоречий весьма авторитетных авторов по этому вопросу. Мы пока ограничимся этими замечаниями и считаем, что окончательное разрешение этого весьма важного вопроса потребует еще много экспериментальных исследований. Последние экспериментальные работы проф. Платонова и его сотрудников дали новые доказательства в пользу отождествления состояний сна и гипноза.

*) Это наблюдение имеет большое значение в области судеб. медицины.

Мы несколько отвлеклись в сторону рассуждениями о природе гипноза. Вернемся к краткому изложению техники применений других упомянутых психотерапевтических методов. Случаи, проведенные методом внушения наяву, по технике применения не отличались от тех же внушений в гипнотическом состоянии: те же мотивированные внушения при внешней пассивности больного, обычно в том же положении тела с закрытыми глазами. Надо заметить, что мы применяли внушения наяву не как специальный метод лечения, а все случаи (11% всех больных), которые вовсе не поддавались даже легким степеням гипноза, вынужденно проводились этим методом. Таким образом, в наших случаях метод внушения наяву можно трактовать, как неудавшийся, по тем или иным соображениям, гипносуггестивный метод. Однако, как мы увидим позже, и этот метод Бернгейма-Бехтерева внушения наяву давал в известных случаях положительные терапевтические результаты. По отношению к практике применения этих двух методов — внушения в гипнозе и бодрствующем состоянии — мы можем отметить, что там, где имеется целый комплекс болезненных симптомов (а это бывает в большинстве случаев), целесообразно направлять действие внушения на устранение не всего симптомокомплекса в целом, а последовательным путем приступить к избавлению больного от каждого симптома в отдельности, при чем следует начинать не с самого тягостного, которое обычно трудно поддается устранению сразу, после первых же внушений, а с наиболее легкого в терапевтическом отношении болезненного явления. Устранение первых даже маловажных симптомов психоневроза значительно повышает успешность дальнейшей терапии.

Это наше замечание относится к тем случаям применения суггестивного метода, когда мы им действовали с самого начала терапии, как симптоматическим методом, а это его применение в качестве такового практиковалось во всех случаях. Там же, где применение внушения в гипнозе начиналось только после предварительного анализа структуры психоневроза, путем ли только продолжительного анамнеза, последовательно анализируя все переживания психоневротика до самых детских его лет с попутным проведением многократных ассоциативных экспериментов по Юнгу, или в тех случаях, когда гипносуггестивный метод применялся дополнительно, как вспомогательный заключительный этап после предварительно проведенной терапии по Дюбуа и Дежерину, или частичного проведенного психоанализа, — в этих случаях, пользуясь уже анализом основных причин данного психоневроза, мы наши внушения в гипнотическом состоянии направляли на устранение всего симптомокомплекса в целом, если к тому времени большинство симптомов не было преодолено предшествовавшей терапией.

Метод убеждения Дюбуа (Dubois) мы проводили в смысле понимания его Дежериним и согласно его практическим указаниям. После детального анамнеза и проведения ассоциативного эксперимента, после усвоения больными психогенного характера их заболевания, весь дальнейший процесс терапии проводился в диалектических беседах с больным, во время которых совместно с ним анализируется каждый симптом его психоневроза, выискивается причинная связь последнего с определенными переживаниями в прошлом, разрешаются все сомнения больного о характере и проявлениях его болезни, каждый симптом которой воспринимается больным в совокупной связи со всеми остальными проявлениями его жизнедеятельности. В этом активном процессе анализа и синтеза всех факторов, приведших больного к врачу, происходит внедрение психоневротика в мир реальных восприятий, ощущений и отношений. Должен тут же отметить, что провести этот метод психотерапии по всей его чистоте, как того требует его творец Дюбуа, без примеси косвенных внушений и самовнушений, очень трудно, о чем, между прочим, отмечает и сам Дюбуа, и часто не во власти врача устранять эти косвенные внушения, бессознательно воспринимаемые больным. Безусловно, во многих отношениях метод убеждения по всей технике и практике является наиболее трудным, требует от врача-психотерапевта крайней осторожности и точности в суждениях, великопечной памяти, большой выдержанности и терпения. В отношении активности и напряжения со стороны врача метод убеждения превосходит часто и проведение самого сложного из всех психотерапевтических методов — психоанализа по Фрейд.

Техника применения последнего метода — Фрейдовского психоанализа — требующего еще большей активности и «сознательности» больного в процессе лечения, составлялась еще, кроме изложенного относительно практики применения метода убеждения, из анализа связанных и свободных ассоциаций и толкований сновидений.

Чаще всего на практике приходилось пользоваться свободными ассоциациями больного в лежащем положении с закрытыми глазами. Применение комбинированных методов психотерапии — сочетание двух последних радикальных методов с гипносуггестивным, вызывалось часто необходимостью в одних случаях, по тем или иным соображениям, сократить продолжительность лечения, в других случаях, желанием устранить наиболее тягостные симптомы болезней (анорексия, бессонница и др.), в третьих же случаях применение комбинированного метода диктовалось определенной установкой больного на действительность лечения только гипнозом, своего рода самовнушением больного, что только последний сумеет избавить его от страдания. Естественно, что такая установка больных на гипноз иногда мешала возможности и целесообразности применения более радикальных методов психотерапии, особенно метода убеждения. Мы вообще полагаем, что большая успешность в отношении применения метода убеждения, не только у творцов и классиков этого метода, как Дюбуа и Дежерин, но и у других более скромных представителей этой психотерапевтической школы, основывалась повидимому в значительной мере на том обстоятельстве, что в практике этих психотерапевтов применение гипноза и внушения совершенно не имело места. Хотя необходимо отметить, что сам Дюбуа указывает на то, что «встречаются неврастеники и истерики совершенно неизлечимые, несмотря на их добросовестное старание изменить свое душевное состояние», и, по его мнению, «никакая логика на них не действует». И нельзя не согласиться с проф. Платоновым, что «часть этих несчастных может быть излечена гипносуггестивным методом» и не всегда, конечно, может играть роль и специальная установка на тот или иной метод. Известно, что и при скептическом и даже насмешливом отношении к гипносуггестии со стороны пациента, последняя давала быстрые и прочные положительные эффекты.

Для того, чтобы в дальнейшем изложении на практике работы нашего диспансера показать относительную ценность того или иного метода психотерапии в зависимости от тех или иных форм психоневроза, мы сочли целесообразным не анализировать весь диспансерный материал в этом отношении, что было бы очень затруднительно, а вывести известное заключение по данным проведенной психотерапии на том контингенте больных, которые непосредственно прошли через наши руки в течение тех же трех лет.

За исключением из этого контингента больных группы алкоголиков и других наркоманов, мы ниже дадим данные о проведенной психотерапии на массе больных психоневротиков в 250 человек, которые распределяются согласно вышеуказанной классификации следующим образом:

Таблица 3

№	Наименование болезненных состояний	Больн.		Положит.		Незнач. улучш.		Отрицательн.	
		кол.	0/0/0	кол.	0/0/0	кол.	0/0/0	кол.	0/0/0
1	Истерические и реактивные состояния . . .	58	23,2	32	55,2	12	20,7	14	24,1
2	Психастения	98	39,2	43	45	29	29	26	26
3	Неврастения	8	3,2	—	—	2	25	6	75
4	Сексуальная неврастения	62	24,8	34	54,8	14	22,6	14	22,6
5	Травматическ. и профессион. неврозы . . .	10	4	4	40	4	40	2	20
6	Эпилептические состояния	6	2,4	—	—	2	33	4	67
7	Психозы	8	3,2	—	—	2	25	6	75
В с е г о		250	100	113	45,2	65	26	72	28,8

Если сопоставить эту таблицу с первыми 2-мя таблицами, показывающими данные о всем контингенте больных, прошедших через наше отделение, то при поверхностном общем анализе контингента больных, прошедших через наши руки, мы можем только отметить, что последний по распределению на нозологические единицы заболеваний несколько отличается тем, что в нашем материале преобладают психастенические состояния и в особенности все виды сексуальной психастении по сравнению с группой истерических и реактивных психоневрозов. Однако мы считаем, что характеристика и анализ этого материала могут нам дать общие представления и некоторые выводы в отношении сравнительной оценки методов лечения, в отношении всей работы нашего отделения. И действительно — общая цифра (проценты) результатов нашего психотерапевтического воздействия — 45,2% положительных результатов — почти совпадает с общими данными, указанными в таблице 2.

Познакомившись несколько ближе с характером психоневрозов у этих 250 больных.

Из числа 58 больных истерореактивной группы на долю чистых истерических психоневрозов падает 34 случая, остальные 24 случая можно отнести к реактивным состояниям, до того сравнительно не осложненным истерической конституцией индивидуумов.

Первые 34 случая психоневрозов с характерными истерическими реакциями отнюдь не все представляли картину всего симптомокомплекса «настоящей» истерии, а именно, только четыре случая являли такую картину, где, кроме поражения в двигательной и чувствительной сфере, мы также имели такие атрибуты «настоящей» истерии, как периодически повторяющиеся сновидные и судорожные припадки с явлениями спутанности сознания и напоминающие настоящие психотические состояния явлениями т. н. сумеречного состояния и расстройства восприятий в форме зрительных и слуховых галлюцинаций. Остальные 30 случаев можно распределить на психоневрозы с явлениями моно- и полисимптомов, преимущественно в поражении двигательной и чувствительной сфер, как различные тики, афония, мутизм, алгии, контрактуры и т. д. (18 случаев), и на случаи с преимущественной симптоматологией поражения вегетативной нервной системы, с явлениями стойких срывов функций вегетативных аппаратов (остальные 12 случаев).

24 случая психоневрозов реактивного характера, под которыми у нас понимаются те психоневрные расстройства, которые обычно наступают сразу после какого-нибудь травматического переживания у до того относительно полноценной, уравновешенной в конституциональном отношении личности, при чем эти расстройства по своему характеру адекватны вызвавшему травматическому агенту, — по характеру последнего можно распределить на следующие три вида:

1. Реактивные психоневрозы семейно-бытового характера	16 сл.
2. Реак. псих. профессионально-материального характера	6 »
3. » » жилищного характера	2 »
	<hr/> 24 сл.

Мы к этой группе психоневрозов не отнесли все наши случаи с реактивными явлениями, появившимися на почве уклонения и травматических переживаний в сексуальной сфере. Все эти случаи входят в разбираемую ниже общую группу сексуальной психоневрастении.

В отношении психотерапии истеро-реактивной группы психоневротиков нужно отметить следующее. Более устойчивые результаты мы получали при лечении всех видов моносимптомных расстройств двигательного и чувствительного характера (афония, мутизм, рвоты, икоты, некоторые тики), при чем из этой группы хуже всего уступали лечению тики лицевых и шейных мышц, автоматизированных на протяжении многих лет. Также хорошо сравнительно уступали психотерапии случаи истерии с преобладанием психических расстройств, с явлениями сновидных и судорожных припадков, особенно под влиянием психоанализа. Труднее или вовсе не уступали психоте-

рапии наши истерические случаи с преобладанием явлений поражения вегетативной сферы, особенно выраженными в сердечно-сосудистой и пищеварительной системах. Так же туго подавались психотерапии случаи, где на общей невропатической с раннего детства почве, впоследствии по причине неудачно сложившихся жизненных обстоятельств с сопутствующими явлениями неудовлетворения в семейном и половом отношении, появляются болезненные ощущения в разных областях тела, припадки слабости и парестезий с нарушениями в сердечно-сосудистой системе. Но обычно это были особы женского пола, приближающиеся к климаксу или уже вступившие в этот период, где сомато-вегетативные сдвиги, свойственные этому периоду, как таковому, осложняются и аггравироваются психоневрными явлениями истерического порядка.

Что касается психотерапии реактивных неврозов, в узком смысле этого слова, то в общем можно сказать, что эта группа более успешно и более устойчиво поддавалась психотерапии, в форме преимущественно гипносуггестивного метода, особенно группа, где психоневроз появился вследствие травматических переживаний семейно-бытового характера. Группа больных с реактивными состояниями профессионально-материального и жилищного психогенеза часто давали рецидивы прежних травматических агентов, хотя в некоторых случаях нам удавалось гипносуггестивным путем выработать такие стойкие «тормоза» в реагировании нервной системы, что, несмотря на постоянное наличие действия патогенных агентов, вызвавших невроз, и даже на появление новых травмирующих моментов подобного характера, в реакциях нашего невротика не только не появлялись прежние сдвиги и срывы, но, по словам наших больных, они как будто проходили мимо, не замечая всех тех моментов, которые раньше провоцировали невроз.

Выше мы говорили, что под реактивными психоневрозами мы понимаем такие нарушения в условно-рефлекторной деятельности организма и нарушения чисто соматического его состояния, которые появляются очень часто также у относительно полноценной в конституциональном отношении личности до появления реактивного сдвига. Мы имели этим в виду ограничить более или менее резко эту группу заболеваний от явно выраженной истерической группы.

Но если говорить не о резко выраженных конституциях, а об известном конституциональном складе темперамента и характера, в смысле Кречмера, то в отношении психотерапии реактивных состояний мы могли заметить, что при циклотимическом темпераменте успехи гипносуггестивной терапии достигаются наиболее быстро, труднее при слабо истероидном темпераменте и еще хуже при шизотимическом складе характера.

В отношении влияния личности психоневротика на успешность психотерапевтического воздействия при истерических психоневрозах мы можем также отметить, в согласии с данными многих других авторов, что реактивные и истерические сдвиги у лиц с более примитивной психоневральной организацией, в случаях т. н. первобытной истерии, или «истерии развития» (по терминологии Крепелина), мы получали более быстрые и стойкие результаты. И притом преимущественно при применении гипносуггестии.

В цифровом отношении результаты нашего психотерапевтического воздействия по вышеуказанным отдельным группам заболеваний выражаются в следующем:

1. Истерическая подгруппа

	Общее колич.	Колич. полож. результ.
а) моносимптомы и полисимптомы в двиг.-чувств. сфере . . .	18	12
б) вегетативные симптомокомплексы	12	3
в) «настоящая истерия»	4	2
	34	17

II. Реактивная подгруппа

а) невроты с генезом	сем. - бытового характера	16	12
б) " " "	проф. - матер. "	6	2
в) " " "	жилищного "	2	1
		24	15

Сообщаемые выше результаты психотерапии при тех или иных группах психоневрозов, а также все подобные данные из нашей практики, приводимые в дальнейшем нашем изложении, не могут служить абсолютным материалом для заключения о ценности психотерапии вообще при этих заболеваниях. Все эти данные являются только относительными и в значительной мере зависят как от самого метода психотерапии, от возможности проведения более или менее длительного лечения, так и от бесчисленного множества вариаций окружающей жизненной обстановки, которые в последнем счете имеют, повидимому, наибольшее влияние на стойкость результатов психотерапевтического воздействия.

В следующей психастенической группе заболеваний, как мы уже отмечали выше, надо различать случаи с ясно выраженным цельным симптомокомплексом настоящей психастении в смысле Жане, конституционального, повидимому, характера, с полифобиями, полинавязчивыми состояниями, абулией и полным отрывом от реальности от случаев с ярко выраженными монофобиями или мононавязчивостью при сохранении почти полной работоспособности и возможности выполнения своих профессиональных обязанностей. Отдельно нужно выделить еще группы невроты психастенического характера со следующими симптомами и симптомокомплексами:

1. Группу больных с жалобами преимущественно ипохондрического характера.
2. Группу психоневрозов, где содержание жалоб и их этиология и все проявления уклонений в условно-рефлекторной деятельности психоневротика связаны исключительно с комплексом половой неполноценности, при чем на эту этиологию указывает сам больной, — это, по нашей классификации, половые психастеники *par excellence*.
3. Случаи легкой общей мнительности и чувства относительной неполноценности без грубо-аффективных проявлений. Это довольно большая группа больных (а еще больше здоровых людей), которые обращаются за помощью к врачу только в случаях ожиданий каких-либо важных перемен в своей жизни, необходимости принимать определенные решения, связанные с их личной жизнью, чувствуя при этом нерешительность и боязнь потерпеть фиаско вследствие своей неполноценности.
4. Реактивные психастенические состояния, которые, подобно реактивным неврозам истерического типа, появляются обычно сразу или спустя короткое время после травматического переживания семейно-бытового и тому подобного характера, и которые появляются каждый раз в строго определенной обстановке, очень часто при видимо уравновешенном, до момента заболевания, характере реагирования на окружающую среду без видимых следов конституциональной отягощенности. К последним двум группам невроты психастенического типа отнесено много случаев психоневрозов, где, при наличии отдельных психастенических черт характера под влиянием травматических переживаний, большей частью сексуального характера, вызывается чувство тревоги, часто с явлениями сосудисто-двигательного характера, которая появляется всегда только при наличии всех тех условий, которые первично вызвали невроз.

Все эти подразделения психастенической группы на вышеуказанные категории, конечно, не носят резко обособленного друг от друга характера как по симптоматологии, так, в особенности, в отношении психогенеза. Основанием для такого подразделения послужило нам, с одной стороны, преобладание тех или иных стигмат и симптомов общего психастенического синдрома, а также чисто практические соображения, в зависимости от полученных нами результатов психотерапевтического воздействия и применения того или другого метода психотерапии.

Исходя из последних соображений, мы наши 98 случаев психоневрозов психастенического типа могли распределить на следующие группы:

№№	Группы	Кол. больн.	Полож. результ.	о/о/о
1	Конституц. психастения Жане в резко выраженной форме	8	2	25
2	Ипохондрия	4	1	25
3	Монофобия	34	19	56
4	Навязчивые представления (идеи)	4	1	25
5	Навязчивые импульсы	12	5	41
6	Половая психастения	11	3	27,5
7	Реактивные неврозы психастенического типа	14	9	64
8	Легкая мнительность и чувство неполноценности без грубо-аффективных проявлений	11	3	27,5
	Всего	98	43	45

Первые 8 случаев вполне выраженной конституциональной психастении характеризуются, во-первых, тем обстоятельством, что нам удалось проследить все психастенические стигматы (в смысле Жане) с самого раннего детства нашего психоневротика, при чем психоневроз здесь гармонировал с общим астеническим складом его физической конституции. Во всех этих случаях наряду с абულიей, полной беспомощностью в реальной жизни, при малейших запросах с ее стороны, с наличием множества фобий (на первом плане антропофобия), с многочисленными ипохондрическими жалобами, преимущественно, в отношении полноценности сердечно-сосудистой и половой систем, с навязчивой идеей о своей полной социальной неполноценности, иногда даже с явлениями галлюцинаторных представлений — имела, действительно, физическая неполноценность некоторых органов (сердца, полового аппарата и др.). Терапия в этих случаях затруднялась еще и тем обстоятельством, что наряду с потерей больными т. н. «чувства» реальности они действительно в своем существовании отошли от социальной реальности и действительная жизнь отошла от круга их восприятий, представляя собою поистине жалкую картину своей полной беспомощностью в социальном окружении. Не все из этих психастеников могли сами явиться в диспансер по своему побуждению, трех из них привели родные. Все же и в этих крайне тяжелых случаях мы двух из этих психастеников поставили на ноги, избавив их от многих фобий и навязчивости, приблизив их к реальной жизни настолько, что один из них мог поступить на работу, вернувшись к прежней профессии, а другой, перебившись свою профессию, связанную с умственной работой, на более примитивный физический труд, — оба сделались социально полезными работниками. В таких случаях глубокой психастении с полным отрывом от социальной жизни, со страхом перед малейшим мышечным усилием и трудом, как умственным, так и физическим, как нельзя более применима наряду с психотерапией методом убеждения т. н. *Arbeitstherapie* по Розенбаху. Мы убеждены, что и в остальных случаях из наших 8, по отношению к которым мы могли применить одно только наше психотерапевтическое воздействие словом (кстати сказать, довольно кратковременное, так как множество фобий не давали возможности больным самим приходить на лечение), и оно не имело успеха, при других, более благоприятных внешних условиях, если б можно было поставить этих больных

в условия вначале хотя бы элементарно-трудовых процессов при постоянном врачебно-воспитательном воздействии, убеждая такого больного в процессе неуклонного трудового режима в его силах и возможности для него общественно-полезной работы, — таким путем можно любого такого тяжелого психастеника включить затем в жесткие условия действительной жизни. Для таких больных очень полезны трудовые колонии для психоневротиков, имеющие место с давних пор в некоторых странах Западной Европы и Америки. В наших вышеуказанных двух случаях с благоприятным результатом лечения мы имели возможность, правда, в весьма ограниченных размерах, проводить дозировку труда и постепенное усложнение ее в отношении систематических трудовых упражнений и отдельных целевых заданий, направленных на постепенное привыкание психоневротика к полезному труду и уверование в свои силы.

Успешнее всего из всей психастенической группы уступали психотерапии монофобии и реактивные состояния психастенического типа. Мы должны несколько оговориться. Говоря об успешности психотерапии здесь и в дальнейшем изложении при тех или иных психоневротических состояниях, мы должны резко подчеркнуть всю относительность полученных нами результатов лечения. Эта относительность результатов определяется не только характером данного материала, но и зависимостью от применения того или иного метода психотерапии, продолжительностью его применения, а также в значительной мере характером той социально-бытовой обстановки, которая окружает больного психоневротика. С этой оговоркой мы можем дальше анализировать наш материал.

Все случаи монофобии, конечно, не ограничивались состоянием страха, испытываемым психоневротиком в соответствующей обстановке. Кроме этого, больные еще страдали более или менее выраженными навязчивыми мыслями, имеющими отношение к данной фобии, а также целым рядом защитных приспособлений, целой системой баррикадных установок и ограждений от явлений реальности, гарантирующих наших больных, по их представлению, от опасностей этого иногда смертельного страха. Кроме того, каждый монофобик обладал дублированным страхом, кроме своей фобии, также и страхом перед наступлением этого страха, т. н. фобофобии, который часто еще больше угнетал больного, чем сама фобия. По содержанию последней наши случаи распределяются следующим образом:

1. Эритрофобия — боязнь покраснения	7 случаев
2. Агорафобия — боязнь пространства	6 »
3. Нозофобия — боязнь заболеть	6 »
4. Оксифобия — боязнь острых предметов	4 »
5. Сифилофобия — заболеть сифилисом	3 »
6. Антропофобия — боязнь людей и общества	2 »
7. Ипсофобия — боязнь высот	2 »
8. Клаустрофобия — боязнь тесных помещений	1 »
9. Сидеродромотофобия — боязнь передвижения	1 »
10. Мизофобия — боязнь грязи, нечистот	2 »

Всего 34 случая

Что касается вопроса об относительной успешности психотерапии при той или иной фобии, мы можем отметить, что во всех случаях, где нам удавалось выяснить глубокие корни, питающие данную фобию, еще лучше там, где нам посчастливилось провести глубокий психоанамнез или полный психоанализ, там всегда мы имели успех независимо от содержания фобии. Надо еще отметить весьма важное обстоятельство в смысле техники применения психотерапии фобий, а именно, первые наши психотерапевтические мероприятия должны быть направлены не против самой фобии, а против вышеуказанной уже т. н. фобофобии, т. е. того вторичного страха и тех баррикадных психических установок, которые наслаиваются на основе данной фобии и которые иногда отодвигают основную фобию на задний план. Мы вполне можем

присоединиться к словам Дюбуа (Dubois), которые по поводу фобий и их лечения говорит следующее: «У психастеника страх перед страхом (фобофобия) становится сильнее, чем первичный страх, и продолжается даже тогда, когда первоначальная опасность как будто уже забыта. При лечении каждой фобии нужно идти путем, обратным тому, какой бессознательно избрал пациент при заболевании. Врач должен сначала побороть панофобию, затем фобофобию, а там всю фобию». Последний рецепт Дюбуа для врача при лечении всяких фобий является необходимейшим условием успешности психотерапии не только при лечении их методом убеждения, но и другим психотерапевтическим методом, скажем, гипносуггестивным. Жалки будут попытки врача делать соответствующие внушения фобике о непосредственном устранении всей его фобии без предварительного устранения тем же суггестивным путем его оградительных установок.

Говоря выше об относительной безразличности для успешности психотерапии самого содержания фобии, мы все же должны выделить из своей группы психастенических состояний больных с явлениями общего страха, т. н. первичной нозофобии или панофобии, особенно в тех случаях, когда эта нозофобия имеет своим содержанием боязнь заболеть какой-либо психической болезнью. Эти больные жалуются обычно на страх сойти с ума, находят в себе много признаков сумасшествия, к которым причисляют такие явления, как ослабление памяти, внимания, сообразительности и так далее, и эта категория больных особенно трудна для психотерапии. Самокопание, рассудочность таких больных не знает границ. Не отрицая возможности благоприятной терапии этих нозофобов гипносуггестивным путем, мы должны однако отметить трудность получения у них того спокойного, уравновешенного состояния, которое необходимо для суггестивного воздействия.

Во время внушения эта группа нозофобов вовлекает в сферу своей рассудочности, резонерства и своих бесконечных ассоциаций каждое слово врача, критикует каждый оборот его речи, при чем все это у них прodelывается безвольно по самому характеру их мыслительного процесса. Более успешно эти нозофобы поддаются лечению методом убеждения.

Жане и Реймон относят эту категорию психастеников - нозофобов к т. н. «насиловственным ажитациям», в отличие их от истинных навязчивых идей, а именно, к ажитациям эмоционального характера, к которым они относят все психоневрозы с фобическими явлениями. Нам кажется, что если нельзя этиологически и терапевтически выделять навязчивые представления от навязчивых эмотивных состояний, то по клиническому течению нозофобию скорее можно было бы отнести к группе навязчивых представлений, чем к эмотивной фобической группе, несмотря на наличие слабых атрибутов соматических компонентов страха (сердечно-сосудистые и другие реактивные изменения вегетативного характера).

Анализируя развитие невроза навязчивости у наших некоторых больных, мы обратили внимание на то, что до некоторого времени у больного имеется общая мнительность, на почве которой впоследствии появляются навязчивые представления определенного характера и затем, вследствие случайных переживаний, которые больной приписывает ненормальности своего психонервного состояния и при которых им же испытывается полностью или только некоторые компоненты мимико-соматической и вегетативной реакции страха, эти навязчивые представления развиваются в навязчивые состояния с ярко выраженной фобической реакцией. Мы также могли отметить, что в процессе нашего психотерапевтического воздействия фобических состояний, по исчезновении фобического компонента психоневроза, на долгое время еще остаются его проявления в форме навязчивого представления того же содержания. Мы здесь ограничимся этими краткими нашими замечаниями об относительности выделения тех и других форм навязчивых состояний, как отдельных нозологических единиц, а на практике мы встречаемся с различными переходными формами. В другом месте мы более подробно коснемся этого весьма интересного вопроса.

Следуя поэтому той же общепринятой классификации психастенических неврозов, в вышеуказанной таблице мы выделили несколько случаев навязчивых идей, которые

относятся к трем больным с явлениями копролалии, т. е. с навязчивыми идеями святотатства по отношению к самым священным вещам (два случая из них относились к священнослужителям церкви), и один случай психоневроза непрерывных навязчивых сомнений по отношению к каждому своему поступку, образу мышления и т. д.

12 случаев психоневроза с навязчивыми импульсами составляют: 2 случая ономагомании, т. е. навязчивого влечения к счету. Наши два больных имели непреодолимую страсть считать этажи домов, пуговицы на одежде и т. д., три случая с навязчивым влечением бесконечное количество раз в день мыть руки, пять случаев с навязчивым влечением совершить насилие над близкими родными и, наконец, один случай с навязчивым стремлением сравнивать себя со всяким встречным субъектом (в отношении роста всего тела и величины отдельных частей). Что касается терапии этих последних групп, то нужно отметить, что психоневрозы с ясно выраженными навязчивыми поступками с фобическим компонентом лучше уступали психотерапии, а в случаях полного выяснения этого состояния мы получали полное стойкое избавление от всего психоневротического симптомокомплекса. Значительно хуже уступали психотерапии навязчивые представления без выраженного фобического компонента. Вообще, во всех тех случаях психоневрозов, где болезненные уклонения ограничивались нарушениями чисто интеллектуального характера, где меньше всего проявлялись в психоневрозе грубо-соматические симптомы, где меньше был выражен эмоциональный компонент в этих уклонениях, где эти последние появлялись преимущественно в нарушениях как бы более тонко молекулярного характера в чисто «психической» сфере, короче говоря, чем тоньше и неуловимее структура психоневроза, тем меньше всего мы получали положительные результаты от нашего психотерапевтического воздействия, в особенности гипноуггестивным методом. На первый взгляд кажется парадоксальным, но факты убедительно говорят, что ярко выраженные фобии и навязчивые импульсы с фобическим компонентом гораздо быстрее и успешнее излечивались, чем более тонко построенные психоневрозы с «чистыми» навязчивыми идеями и представлениями. Вот почему также довольно легкие случаи психоневрозов из той же психастенической группы с явлениями легкой общей мнительности, нерешительности, неуверенности в своих силах, с легкими «колебаниями» чувства неполноценности, без явлений страха также малоуспешно уступали психотерапии и из 11 случаев только три дали положительный результат под влиянием метода убеждения. Объяснить эти факты только тем обстоятельством, что в одних случаях (навязчивые идеи, случаи общей мнительности) мы имеем дело с явлениями общеконституционального характера, где психогенез в процессе индивидуального развития или вовсе не выражен или выражен мало, а в других случаях (фобии), на почве этой конституциональной особенности, затем в процессе индивидуального развития личности, вследствие тех или иных рефлексогенных причин, развивается явный психоневроз с фобическим компонентом, и свести всю разницу в успешности результатов психотерапии этих последних психоневрозов к устранению только последующих наслоений на первичной конституциональной базе, — объяснить только этим, по-нашему, нельзя. Против этого говорят следующие наблюдения. Очень часто при избавлении психоневротика от его фобии, в особенности если при этом действовали психоаналитическим путем, мы по его выздоровлении не отмечаем этой конституциональной патогенной базы и видимо устраняем психоневроз без всякого остатка. С другой стороны, анализируя структуру психоневрозов с чистыми навязчивыми идеями и представлениями, мы также могли отметить, что данный психоневроз является не конституциональным, заранее данным образованием, а приобретен психоневротиком в процессе индивидуального развития, и не всегда даже нужно углубляться в анализе до ранних детских лет психоневротика, а часто этот психоневроз является приобретением более позднего времени. В наших двух случаях (из трех) копролалии психогенез этой идеи святотатства был обнаружен в довольно позднем возрасте. Не входя дальше в более глубокий анализ причин вышеуказанного различия в успешности психотерапии при этих различных формах психастенических неврозов, мы можем только констатировать, что не только при сравнении этих двух

групп неврозов, но и при анализе всех других групп (истерической, реактивной, неврастенической), там, где нарушения условно-рефлекторной деятельности организма психоневротика выражены грубее, примитивнее, с более явно выраженным соматическим компонентом, — в этих случаях наша психотерапия пожинает лучшие плоды. С этой точки зрения нам понятно, почему «истерия развития» (по терминологии Крепелина) успешнее устраняется психотерапией, чем «интеллигентная» истерия, и какой-нибудь грубый мутизм или псевдопаралич гораздо быстрее устраняется иногда даже одним сеансом гипнотерапии, чем тонкие наслоения истерогенных «ущемленных комплексов», выражающихся вовне каким-либо легким нарушением нормальной соотносительной деятельности, скажем, в виде навязчивого мытья рук, для излечения которого часто необходимо проводить довольно продолжительный психоаналитический курс лечения.

Скажем еще несколько слов об остальных двух подгруппах психастенических состояний, указанных выше в таблице: реактивной и сексуальной. Реактивным психоневротиком, в отличие от всех других форм психастенических проявлений, мы назвали тех из них, в проявлениях болезни которых мы находили симптомы, адекватные по патогенезу непосредственно вызвавшему травматическому переживанию, и по патогенезу и развитию этих психоневрозов мы не находили более глубоких и давних, тех, большей частью, бессознательных процессов, свойственных развитию большинства психоневрозов, которые развиваются обычно еще с детских лет.

То, что называют конституциональным компонентом психоневроза, в этих реактивных случаях очень слабо выражено. Эти реактивные психоневрозы психастенической группы мы отличаем от таковых же истерической группы не по патогенезу и не по механизму развития психоневроза, а по реактивному его симптомокомплексу. Если реактивный невроз истерической группы проявляется преимущественно в нарушениях сомато-вегетативной сферы организма, и имеющиеся при этом так называемые психические нарушения, как, например, тоска, бессонница, плач и т. п., касаются также, большей частью, изменений грубо-аффективной деятельности организма и меньше всего эти нарушения обуславливают социальный отрыв психоневротика от окружающей среды, то при реактивном неврозе психастенического типа характер его симптомов совершенно иной. В этих случаях глубже также протекает социальный отрыв психоневротика от окружающей среды. Также мы можем отметить, что, независимо от симптомных проявлений, сам характер реагирования при реактивном неврозе психастенического типа отличается от истерического. Если в последних случаях психоневротическая реакция проявляется, большей частью, приступами и сама реакция носит резко выраженный, как бы законченный характер с преувеличенной аффективностью и импульсивностью, внешне производя впечатление волевой реакции, то у психастеников характер их реактивности непосредственно на патологический раздражитель ступеневывается перед целой гаммой вторичных наслоений защитного свойства в стремлении их избегать самых отдаленных внешних раздражителей, каким-либо путем стоящих в связи с основным патогенным раздражителем, и, кроме того, их баррикадные защитные установки носят непрерывный, постоянный характер. В качестве наиболее простого примера реактивного психастеника может служить та масса больных — ложные кардио- и гастропаты, которые носятся повсюду со своим сердцем или желудком, после того как услышали раз на приеме у врача, что у них маленький шумок или легкий катарр. Эти больные обходят всех врачей города, не веря успокаивающим заверениям, улавливают малейшие противоречия в словах врача, больные не спят по ночам, теряют аппетит, начинают избегать всяких прогулок, под'емов по лестнице, выспрашивают у врача назначить им строгий режим, требуют лекарства и санаторий, и, в конце концов, таким многолетним иногда «лечением» несуществующего порока сердца или воображаемого рака или язвы желудка действительно портят себе и сердце и желудок. Ниже мы приводим случай реактивного психоневроза другого генеза и другой формы его проявления — в примере появления реактивных психастенических симптомов у одной машинистки, которая случайно покраснела и испытала мимико-соматическую реакцию стыда и смущения и при этом несколько

раз ошиблась в письме на машинке в то время, когда рядом ей диктовал один из сотрудников; к которому она питала скрываемые от него нежные чувства. В дальнейшем ряд защитных реакций в данной обстановке и только в подобной ситуации.

Мы тут же можем отметить почти во всех случаях этих реактивных психоневрозов довольно успешные психотерапевтические результаты.

Наконец, несколько слов о половых психастениках. Это психоневротики, которые в большинстве случаев вовсе не имели половой жизни. У них с раннего детского возраста глубокий комплекс половой неполноценности. У некоторых в анамнезе можно узнать, что они чуть не ежедневно до определенного возраста осматривают свои половые органы, со страхом, ожиданием и надеждой измеряют, не увеличились ли они за ночь. Эти психоневротики страдают навязчивостью вечно сравнивать свои гениталии с таковыми же у окружающих, но в то же время они избегают обнажаться перед другими, не купаются на виду у других, не знают бани, избегают даже врачебного осмотра и т. п. В дальнейшем у них проявляются вообще симптомы антропофобии, начинают избегать общественных мест и даже в ограниченном кругу своих близких скверно себя чувствуют. В отличие от других психастеников-антропофобов, которые обычно не могут назвать причины своего заболевания, наши больные отдают себе полный отчет в причине своего отшельничества и прямо заявляют, что в каждом мужчине они видят укор своему состоянию и в каждой женщине их преследует призрак своего полового бессилия. Эти психастеники в иногда далеко зашедших случаях, если им случается иметь половую жизнь, обычно довольно краткосрочную, они все же считают себя совершенно неполноценными, не могущими удовлетворить женщину даже в тех случаях, когда их половая жизнь относительно проходит удовлетворительно и если от партнерши никогда не имели соответствующих жалоб. Им всегда кажется, что эти женщины скрывают от них их «беду». Мы сочли нужным выделить эту группу половых психастеников из общей группы половой неврастении как по этим своим особенностям развития психоневроза обычно с детского возраста, а также и вследствие ярко выраженного характерного для психастении отказа от «чувства реальности». Надо отметить, что и в терапевтическом отношении эта группа значительно труднее в наших случаях уступала психотерапевтическому воздействию.

Этим мы закончим разбор психастенической группы в нашем материале, перейдем к такому же поверхностному рассмотрению следующей группы — сексуальной неврастении.

В настоящей статье мы не будем подробно анализировать психогенез и методику терапии этой очень важной группы психоневрозов, т. е. по этому поводу нами подготавливается специальная работа на большем материале сексуальных психоневротиков, и ограничимся только несколькими замечаниями.

Наша группа, идущая под диагнозом сексуальной неврастении, является также сводной, неоднородной по своему составу. В эту группу собраны все случаи психоневрных расстройств у больных, жалобы которых прямо относятся на действительные нарушения, отклонения и извращения от нормальной половой деятельности. Соответственно этому мы наш материал разбили на следующие группы:

	Общ. кол.	Колич. полож. результ.
1. Все виды половой импотенции («психической»)	27	12
2. Ипсация	21	15
3. Сексуальные извращения (перверзии)	6	4
4. Смешанные формы	8	3
Всего	63	34

Указанные цифры положительных результатов относятся к случаям полного избавления от сексуального расстройства под влиянием психотерапии. Улучшения же наблюдались и в большинстве других случаев.

В группу половой импотенции вошли все случаи импотенции *coeundi*, как следствие отсутствия центрального полового возбуждения. В эту группу входят случаи гипостезии *sexualis* у женщин, затем в большинстве случаев психическая импотенция вследствие тормозящего влияния мозговых психосексуальных центров на нормальную половую функцию, а также случаи импотенции вследствие раздражительной слабости в форме т. н. *ejaculatio praecox*. Не было в наших случаях только настоящей паралитической формы импотенции, которая, конечно, почти никогда не может зависеть от психогенных факторов, и таких импотентов мы не принимали на психотерапию.

В отношении терапии этой группы мы здесь только отметим часто наблюдаемый нами вред в смысле углубления психоневроза от предварительно проведенного местного лечения урологом. За редкими исключениями, почти все больные, пришедшие к нам после проведенного одного или несколько курсов разных видов местной терапии у специалиста по поводу иногда далеко не резко выраженных изменений простаты или чуть гиперимированного *colliculus seminalis* и т. п. незначительных нарушений в половом аппарате, всегда отмечали ухудшения своего общего психонервного состояния и вследствие этого часто туго поддаются нашему запоздалому психотерапевтическому воздействию.

Не говоря уже о том, что сплошь и рядом у большинства наших сексуальных психоневротиков имеются, как указано выше, совершенно невинные местные изменения, кроме того, эти непрерывные бужирования, уретроскопирование и др. процедуры, действуя местно раздражающим образом, невольно акцентируют внимание больного на неполноценность его полового аппарата и этим еще больше угнетается его психика. То же самое местное лечение дает часто совершенно иные результаты и является ценным подспорьем к основному психотерапевтическому воздействию, когда оно в случае необходимости проводится как вспомогательное и дополнительное к психотерапии, после предварительно проведенных одной или нескольких психотерапевтических бесед.

Особенно хорошие результаты мы получали в тех случаях, когда имелась возможность совместно и согласовано с урологом проводить комбинированный курс лечения сексуального невротика, что в последнее время стало более систематически практиковаться нами.

Большинство случаев ипсациии в нашем материале относится к злостным формам мастурбации со многими наслоениями эмоций угнетающего характера, с развитым комплексом неполноценности и мыслями о грядущем половом бессилии. Продолжительность мастурбации в среднем была около 10 лет с вариациями в отдельных случаях от 3 до 20 лет. В отношении формы и течения мастурбации все случаи можно разбить на 2 группы. В одних случаях, несмотря на продолжительность порочной привычки, мастурбация носит все же умеренный характер (в среднем 1—2 раза в неделю по одному акту) и с годами эта сравнительная умеренность не нарушается, а с другой стороны, случаи, где наблюдаются мастурбационные вспышки иногда даже без особых внешних возбуждающих впечатлений, при чем эти вспышки могут чередоваться периодами покоя различной продолжительности. В терапевтическом отношении эти две группы также дали неодинаковые результаты, с преобладанием более успешных для первой формы ипсациии. Особо нужно отметить ипсацию у женщин вследствие половой неполноценности мужа (недостаточной эрекции, *ejaculatio praecox*), при чем в этих случаях наша психотерапия не имела успеха, если у нас не было возможности путем вызова в диспансер второй стороны и путем соответствующих советов устранить основную причину ипсациии у жены. В трех случаях мастурбации у женатых мужчин психотерапия оказала быстрые и успешные результаты.

Необходимо также отметить, что труднее всего поддавались лечению те случаи мастурбации, где самочувствие невротика после ипсационного акта являлось вполне удовлетворительным, где, кроме чувства наслаждения и приятного облегчения, им не испытывалось параллельно и непосредственно вслед затем угнетенное психическое состояние, где невротический страх, так часто сопутствующий онанистическому акту, или вовсе не наблюдался или же слабо был выражен, и где также отсутствовало обычное чувство греховности и виновности. Говоря о страхе, сопутствующем акту

ипсации, мы в этих случаях разумеем не определенную боязнь, фобию, а бессознательное чувство неопределенной тревоги и тревожного возбуждения. Также труднее уступали психотерапии случаи «вынужденной ипсации» у молодых людей 25—30 лет, не живших вовсе половой жизнью или потерпевших полное фиаско в первых попытках к коитусу, где с раннего возраста образовался и развивался комплекс половой неполноценности или же таковой появился после первых неудачных половых попыток. В таких случаях акты ипсации являются действительной компенсацией недоступной нормальной половой жизни, и где они бессознательно замещают психосексуальное чувство половой неполноценности. Техника ипсации на нашем небольшом материале также, повидимому, имела некоторое значение в отношении успешности психотерапии. В числе отрицательных результатов нашей терапии находятся случаи с т. н. «психическим» онанизмом, где не только начальное возбуждение, но даже и эякуляционный акт приходил без соответствующих манипуляций (рукой).

Надо также отметить, что гораздо больше, чем непосредственно против самой ипсации, психотерапия должна быть направлена на устранение тех сопутствующих психических переживаний, которые обычно больше всего угнетают психику больного. В первую очередь необходимо успокоить больного в отношении его переоценки действительного вреда онанизма. Нередко одни только психотерапевтические беседы, направленные для успокоения ипохондрических мыслей мастурбанта, его чувства болезненной стыдливости и смущения перед женщиной, его страха перед половым бессилием, значительной потерей семени, перед призраком спинной сухотки, оказывали положительное влияние на чувство греховности и виновности. Обычно в нашей практике мы достигали уж значительных результатов в этом отношении в процессе первых же бесед с больным, при его активном участии, рассеивая все его сомнения и ложные убеждения. Лишь успокоив таким образом больного, мы затем приступаем к внушению в той или иной степени гипнотического состояния, направленному непосредственно на отвыкание больного от его скверной привычки, внушая отвращение к ней, укрепляя его силу воли в борьбе с периодически наступающими половыми возбуждениями и т. д.

Обычно в наших случаях мы в процессе внушения воспитываем определенный условный тормоз, который в минуту полового возбуждения и должен условно-рефлекторным путем затормаживать, гегр. переключить прежнюю патологическую реакцию на путь действия вновь воспитанной в процессе внушения какой-либо двигательной реакции. Условно-рефлекторные тормозы в разных случаях, в зависимости от окружающей больного обстановки, бывают различны, как, например, мы внушаем в состоянии гипноза, что, как только мастурбант почувствует приближение момента полового возбуждения, он должен проделать определенные физкультурные упражнения в течение нескольких минут или пойти к крану помыть лицо холодной водой и т. п.

Во многих случаях мастурбации приходится для успешности лечения психотерапевтическим путем бороться как против переоценки образа женщины в фантазиях мастурбанта, в недоступности ее и идеализации, так и в других случаях обратно устранить противоположные фантазии—о недостойности женщины, о неполноценности ее в качестве полового объекта по сравнению с удовлетворением, получаемым онанизмом. В этих последних случаях усиленный онанизм доводит до полного ослабления полового влечения к женщине и извращения действия психосексуальных центров в смысле полного отвращения у этих лиц к коитусу с женщиной. У одного из наших больных это отвращение граничило со страхом перед женщиной.

Надо еще отметить, что в процессе лечения отвыкания от мастурбации, когда после первых сеансов лечения начинается воздержание от онанизма, часто мы замечали, в случаях многолетней привычки, тревожное состояние пациента, неопределенный витающий страх, который, если не успокаивается соответствующим внушением, может привести пациента к рецидиву в мастурбации, иногда без явно выраженного полового возбуждения. Особенно часто в наших случаях мы наблюдали этот страх и тревожное ожидание у лиц умственного труда (преимущественно студентов), которые

во время наступления этого состояния становились совершенно неспособными, и вид женщины их раздражал. Некоторым из них достаточно было безрезультатно просидеть над какой-либо задачей и затем «с досады» совершить мастурбационный обряд, как моментально они чувствовали большое облегчение, легко, «шутя» разрешали до того непреодолимые математические задачи и т. п. Последние случаи долго не уступали психотерапии, пока после подобных же случаев в прошлом нам удавалось выяснить, что первые попытки к мастурбации и первые приятные ощущения ассоциировались со временем приготовления уроков школьного возраста. После такого анализа тем же гипносуггестивным путем нам удавалось легко добиться полного успеха. Перейдем к следующим психоневрозам этой группы.

Группа сексуальных извращений составляет:

1. Гомосексуализм (приобретенный)	1
2. Фетишизм	1
3. Садизм	2
4. Мазохизм	2
Всего	6

В группу смешанных форм сексуальной неврастении входят все случаи, где одновременно с психосексуальной импотенцией имелась и мастурбация, а также в некоторых случаях и слабо выраженные явления сексуальных извращений (приобретенного гомосексуализма и мазохизма).

Не входя в подробный разбор этих двух групп сексуальных психоневрозов, мы здесь только отметим следующее. В тех случаях сексуальных извращений, где окружающая социальная среда и взаимоотношения с ней нашего психоневротика не препятствовали нашим психотерапевтическим усилиям, там мы получали полный успех, в двух же случаях, где таких объективных условий не было, мы могли добиться только временного улучшения, но вскоре объявился рецидив перверзии. Не входя также здесь в разбор психогенеза как этих, так и других случаев сексуальных извращений, бывших под нашим наблюдением, мы только отметим, что в трех случаях мы не нашли ни особой отягощенной конституции у наших психоневротиков, ни резко выраженных патопсихологических черт характера, где весь механизм возникновения перверзии можно было полностью отнести только на условно-рефлекторные патогенные моменты в процессе воспитания и развития личности в раннем детском возрасте.

В остальных трех случаях мы имели неблагоприятное наследственное предрасположение, и в двух из них — резко выраженные психотические черты характера (пизоидная установка в одном случае и циклотимическая в другом), но и здесь механизм возникновения извращения также объясняется условно-рефлекторным путем, где ярко выступает целый ряд патогенных моментов в процессе развития личности.

Мы не будем более подробно анализировать отдельные немногочисленные другие группы психоневрозов, о них вкратце сказано уже выше.

Переходя к оценке полученных результатов каждого психотерапевтического метода на вышеуказанном нашем материале, скажем, что иллюстрацией ее может служить нижеследующая таблица (табл. 4).

Из общего анализа этой таблицы мы можем сделать следующие предварительные замечания в отношении ценности применения того или другого психотерапевтического метода в зависимости от данного психоневротического материала, прошедшего через наши руки.

Как видим из вышеуказанных цифр, и на нашем материале гипносуггестивный метод занимает преобладающее место, а именно, он был применен в большей половине всех случаев (51%). Если к случаям применения чистого гипносуггестивного метода прибавить все случаи, где применялась суггестия, как внушение наяву, а также и те случаи, где гипносуггестия играла вспомогательную роль при применении другого основного метода психотерапии (Дюбуа, психоанализ), то количество случаев применения суггестивного метода доходит до 81%.

Таблица 4

№№	Методы психотерапии	Кол. бол.	о/о	Полож. рез.		Улучшен.		Отриц. рез.	
				кол.	о/о	кол.	о/о	кол.	о/о
1	Внушение наяву	12	5	3	25	2	16,7	7	58,3
2	Внушение в гипнозе	129	51	48	37,2	42	32,6	39	30,2
3	Убеждение по Дюбуа и Дежерину . .	25	10	12	48	3	12	10	40
4	Психоанализ	22	9	18	82	2	9	2	9
5	Комбинац. метод Дюбуа с гипнозом .	35	14	10	28,6	11	31,4	14	40
6	Гипно-психоаналитический метод .	27	11	22	81,5	5	—	—	—
		250	100	113	45,2	65	26	72	28,8

Повторяем, что применение комбинированных методов лечения диктовалось в одних случаях тем, что предварительное применение одного из них не давало существенных результатов, что особенно наблюдалось нами при необходимости применения комбинации метода убеждения с гипносуггестивным, при чем, как правило, мы в этих случаях начинаем с метода убеждения.

Но в виду того, что в большинстве случаев имелась установка больного только на гипноз, то приходилось прервать проведение лечения по чистому методу убеждения и закончить таковое гипносуггестией с тем или иным результатом.

Применение гипносуггестии, как вспомогательного средства при основном психоаналитическом методе лечения, как уже указывалось, диктовалось в наших случаях необходимостью по тем или иным обстоятельствам закончить лечение в сравнительно непродолжительный срок. При чем, пользуясь данными уже проведенного психоанализа, мы очень легко устраняли наиболее упорно державшиеся симптомы болезни. На каком этапе психоанализа целесообразно уже применить гипносуггестию в каждом отдельном случае, диктовалось различной необходимостью. В одних случаях мы не применяли гипноза, пока мы не проанализировали первичные инфантильные формы невроза, в других же случаях мы только подходили вплотную к этим патогенным моментам, ограничивались только анализом поздних наслоений и последнего актуального невроза. Нам только кажется, что нецелесообразно проводить одновременно процесс анализа, чередуя психоаналитические сеансы с гипносуггестивными, а к последним следует приступить уже после того, как проведен уже тот или другой законченный этап психоанализа.

Перейдем к цифрам. В 20% случаев, где нами был применен психоанализ как в классической его форме, так с последующей гипносуггестией, мы получили наиболее успешные результаты и, повидимому, наиболее устойчивые. Те несколько случаев, где мы как будто не получили никаких результатов или только некоторое симптоматическое улучшение, относятся к тем, где нельзя было провести лечение достаточно продолжительное время, и больной принужден был прервать таковое. В двух случаях больные обнаруживали настолько сильное сопротивление (в Фрейдовском смысле) с самого начала лечения, проявляя отчаянный негативизм, что мы сами вынуждены были заявить больным о целесообразности прекратить дальнейшее лечение этим методом, и затем, по желанию больных, мы гипносуггестивным путем проделали некоторое симптоматическое лечение их состояния. Таким образом, мы можем отметить, что в тех случаях, где был проведен психоанализ при несомненных к нему показаниях и где имелись возможные внешние условия для его проведения, там мы всегда получали полный успех. Тут же мы должны отметить, что если, с одной стороны, мы проводили психоанализ не во всех случаях, где таковой с пользой мог бы быть применен, то, с другой стороны, в большей половине наших больных невозможно было проводить лечение психоаналитическим методом как по характеру

личности психоневротика, со стороны которого требуется в достаточной степени интеллигентность и умение анализировать свои психические состояния, так, в других случаях, сам характер заболевания исключал необходимость, а во многих случаях и возможность применить психоанализ. Приблизительно только в 40% нашего контингента больных была возможность принять полностью этот довольно сложный метод лечения. Думаем, что, высказывая такой взгляд, что далеко не во всех случаях применим психоаналитический метод, мы не отступаем от взгляда самого Фрейда, который подчеркивает успехи своего метода исключительно при т. н. им неврозах перенесения, т. е. при конверсионной истерии и при неврозах навязчивых состояний. В нашей практике, где имелось много случаев реактивных психоневрозов, которые необходимо резко выделить как из истерической, так и психастенической группы психоневрозов, затем почти все формы, за небольшими исключениями, сексуальной невратности и другие более мелкие группы неврозов, — по нашему мнению, в согласии с мнением других авторов (Левенфельд, Бехтерев, в особенности Платонов и др.), все эти случаи должны отпасть из области применения психоанализа.

Продолжая далее анализ результатов лечения, мы можем констатировать, что в тех немногих случаях (всего в 10%), где нам приходилось проводить чистый метод убеждения по Дюбуа и Дежерину, мы только в половине случаев получили положительный результат, и только в трех случаях из остальных мы получили незначительное улучшение.

По отношению к применению этого метода на нашем материале мы можем привести большую часть тех же замечаний, что по отношению к психоанализу. Методом убеждения можно лечить значительно больший контингент больных, чем психоанализом, но все же остается довольно значительный процент больных (около 30 — 40% на нашем материале), по отношению к которым по разным соображениям нецелесообразно применить этот метод. К числу этих соображений, кроме характера самого психоневроза, где больной совершенно сознательно разбирается во всех симптомах своего невроза, мы должны отнести то явление, что сплошь и рядом у больных имеется непреодолимая установка на гипноз, и что «одни разговоры» иногда, кроме раздражения, вследствие определенного самовнушения больных, пользы принести не могут. Все случаи злостной мастурбации, много случаев реактивных психоневрозов, не говоря уж о наркоманиях, совершенно не подходят к лечению методом убеждения, и совершенно прав проф. Платонов, когда он вопрошает в своей работе: «Что может сделать рациональная психотерапия у злостного алкоголика, онаниста, кокаиниста, клептомана, курильщика, когда сами носители этих явлений хотят избавиться от них, но не могут, понимая нерациональность и вред своих влечений?»

Гипносуггестивный метод, занимая в наших случаях первое место по количеству его применения, стоит на третьем месте в отношении процента положительных результатов (полное выздоровление от психоневроза), но тут же надо отметить, что в отношении симптоматического улучшения во всех случаях психоневрозов — стоит на первом месте.

Нас несколько удивило на первый взгляд сравнительно низкое место в успешности терапии, которое занимает комбинированный метод убеждения с гипнозом — всего дал 28,6%. Казалось бы, наоборот, по примеру комбинации гипнотерапии с психоанализом, процент успешности должен быть значительно выше. Можно было бы вынести заключение, что практическое применение этой комбинации является наименее целесообразным. Если это и верно, то все же мы должны заметить, что, подробно разбирая материал больных, подвергшихся этому комбинированному методу, мы можем сделать следующий вывод. В одних случаях и можно отнести безрезультатность лечения почти исключительно за счет неудачной комбинации этих 2-х методов, но в других случаях сам характер психоневроза, тяжесть и продолжительность его, а также объективные условия, в которых находились больные, исключали возможность успешного лечения и при применении только одного из этих методов за тот же срок.

На последнем месте по количеству применения и успешности терапии стоит метод внушения наяву — всего в 25% он дал положительные результаты.

Применение вышеуказанных методов психотерапии к тем или другим формам психоневрозов можно видеть из нижеследующей таблицы:

Таблица 5

№	Название психоневрозов	Кол. больн.	Внушение наяву	Гипноз	Убед.	Убед. гипноз	Психо-анализ	Гипно-анализ
1	Истерические и реактивные.....	58	—	35 (60,3%)	—	4 (6,9%)	12 (20,8%)	7 (12%)
2	Психастеническая группа..	98	8 (8,1%)	21 (21,5%)	18 (8,3%)	31 (31,7%)	6 (6,2%)	14 (14,3%)
3	Неврастения общая.....	8	—	8 (100%)	—	—	—	—
4	Сексуальная психоневрастения.....	62	4 (5,4%)	41 (66,2%)	7 (11,3%)	—	4 (6,4%)	6 (9,7%)
5	Травматические и профес. неврозы.....	10	—	10	—	—	—	—
6	Эпилептические состояния.	6	—	6	—	—	—	—
7	Психотические состояния..	8	—	8	—	—	—	—
Всего ...		250	12	129	25	35	22	27
В %/о/о...		100%	5 %/о	51%	10%	14%	9%	11%

Из этой таблицы мы видим, что при истерико-реактивном состоянии преимущественно был применен гипносуггестивный метод, а именно и 60,3% всех случаев. Следующим по количеству проведения случаев является психоаналитический метод, как проведенный полностью в чистом виде, так и в сочетании со вспомогательным методом гипносуггестивным, всего в 30,8%. Только 4 случая (6,9%) были начаты методом убеждения, но закончены гипносуггестивным.

В отношении отдельных подгрупп заболеваний этой группы мы можем отметить, что гипносуггестивный метод преимущественно был применен в случаях реактивных состояний (66,6%) и еще в большей мере в случаях с резко выраженным вегетативным комплексом по генезу как реактивного характера, так и общеневротического типа (83,3%).

В других случаях этой группы, а именно, в случаях истерических, моно- и полисимптомов и в нескольких случаях явно выраженной т. н. конституциональной истерии, гипносуггестивный метод применен только в 40% случаев, уступая тут психоаналитическому методу, который применялся в остальных 60%.

Метод внушения наяву и метод убеждения вовсе не были применены при психоневрозах этой группы.

В следующей психастенической группе были применены все методы психотерапии без резкого преобладания одного метода перед другим. Это отчасти объясняется большой разнородностью патосимптомокомплексов психоневрозов этой группы. Все же в этой группе несколько преобладает рациональный метод психотерапии. Если объединить все случаи применения рационального метода как в чистом виде, так и в сочетании с гипносуггестивным, то на применение этого метода падает почти половина всех случаев, а именно 49,9%, на долю применения психоанализа — 20,5%, на гипносуггестивный — 21,5% и, наконец, на метод внушения наяву — 8,1%. Если же считать, на что мы имеем достаточно оснований, что причина успешности или не-

успешности психотерапии комбинированного метода (убеждение и гипносуггестия) падает преимущественно на последующий гипносуггестивный компонент, то картина применения основных методов психотерапии в этой группе меняется следующим образом: 53% всех случаев падает на применение гипносуггестивного метода.

В отношении отдельных патосимптомокомплексных групп психастенических психоневрозов применение каждого из методов психотерапии выразилось в следующем. Гипносуггестивный метод применялся только в случаях некоторых фобий, где этиологический момент этих фобий выяснялся из одного анамнеза (в 30% этих случаев) и 80% всех случаев реактивных психоневрозов психастенического типа. Рациональный метод с последующим применением гипносуггестии практиковался нами почти во всех группах, а именно, в 75% случаев конституциональной психастении, во всех случаях (4) ипохондрии, в 10 случаях (из 34) монофобий, наиболее упорных, в 5 случаях (из 12) навязчивых импульсов, в 2-х случаях резко выраженной половой психастении и, наконец, в 4-х случаях реактивных психоневрозов. Необходимо отметить, что большинство случаев всех этих групп, проведенных этим смешанным методом, являются наиболее тяжелыми по симптоматологии и наиболее упорными по течению из всех психоневрозов этой группы.

Чисто рациональный метод по Дюбуа применялся в 2-х случаях конституциональной психастении, во всех случаях (4) психоневрозов с навязчивыми представлениями, в 7 (из 11) случаях половой психастении и в 5-ти (из 11) случаях общей мнительности и чувства общей неполноценности.

Внушение наяву применялось в 2-х случаях половой психастении и 6-ти случаях общей мнительности. Психоанализ применялся только в 2-х группах психоневрозов, а именно, в 38% случаев фобий и 58% случаев навязчивых импульсов.

В отношении группы заболеваний, объединенных под общим термином половой неврастения, мы также применяли все методы психотерапии. Тут явно преобладает практикование гипносуггестивного метода, а именно, 66,2%, на втором месте психоанализ (16,1%), затем метод убеждения (11,3%) и, наконец, внушение наяву (6,4%).

По отдельным психоневрозам этой группы эти методы распределяются следующим образом. Гипносуггестивный метод применялся во всех случаях мастурбации, 44% случаев импотенции и 57% случаев перверзии и других смешанных форм. Метод убеждения исключительно применялся в немногих случаях половой импотенции, где причины ее были ясно выражены из анамнеза больного. Психоанализ был применен в 4-х случаях импотенции с неясным генезом, в 3-х случаях ярко выраженных половых извращений и в 3-х случаях смешанных форм, где имевшиеся налицо ипсация, импотенция и тенденции к сексуальным извращениям были переплетены в психоневрозе.

Все прочие нозологические группы психоневрозов, как общая неврастения, эпилептические и психотические состояния, а также группа профессиональных травматических психоневрозов, подвергались действию исключительно гипносуггестивного метода.

Что касается относительной успешности психотерапии и применения того или другого метода в отношении тех или иных групп психоневрозов, то в нашей практике эти результаты видны из нижеследующей таблицы (см. таблицу 6).

Отдельно разберем положительные случаи, закончившиеся полным излечением от патосимптомокомплекса, случаи с частичным симптоматическими улучшениями и вовсе безрезультатные случаи от нашего психотерапевтического воздействия.

Наибольшие результаты гипносуггестивный метод дал в лечении злостной ипсации (в 71,4% проведенных этим методом случаев), затем в случаях реактивных психоневрозов как истерического типа реакции (64%), так и психастенического (даже 80%). Затем нужно отметить меньшую успешность гипносуггестивного метода при фобических психоневрозах (36% полож. рез.) и истерических полипатосимптомов (28% полож. рез.) и еще меньшую успешность в группе психоневрозов сексуальной психоневрастения и в психоневрозах с ярко выраженными вегетативными сдвигами, повидимому,

эндокринного характера. Последнее обстоятельство — малая успешность гипносуггестивной терапии при вегетативно-эндокринных нарушениях психонервного характера — явилось для нас несколько неожиданным. Давно известно, и в последнее время экспериментальная работа проф. Платонова подтвердила, что именно при вегетативных психонервных срывах гипноз является наилучшим целебным фактором. Анализируя наш материал, мы можем отнести причину малоуспешности психотерапии всецело за счет особенностей этих случаев, ибо большинство из них падает на лиц, которые и раньше, до заболевания психоневрозом, отличались неустойчивой вегетативной нервной системой, которая под влиянием новых травматических моментов приобрела резкие нарушения уже полуорганического порядка. Кроме того, большинство этих случаев с вегетативными невротами падает на особ женского пола в климактерическом периоде. Еще нужно отметить, что, по нашим наблюдениям, что согласуется в высказываниях многих авторитетных авторов, в случаях вегетативных психоневрозов более целесообразно добиваться глубоких степеней гипнотического состояния. В тех 2-х случаях, где мы получили полный положительный результат, мы именно имели более глубокий сон.

В отношении результатов гипносуггестивной терапии с частичным симптоматическим улучшением как общего состояния психоневротика, так и устранения некоторых отдельных симптомов болезни (часто очень тягостных), надо отметить вообще исключительно благоприятное действие этого метода. В наших случаях частичное улучшение гипносуггестией мы получили в большинстве случаев истерических психоневрозов, при фобиях и группе сексуальной неврастении.

Отрицательные результаты при проведении гипносуггестивного метода падают преимущественно на уже указанные случаи тяжелых вегетативных неврозов, некоторые случаи реактивных состояний, где объективно существующий постоянный патологический раздражитель окружающей среды не давал возможности затормозить психоневротическую реакцию больного. Надо отметить также почти во всех этих случаях меньшую глубину внушенного сна или отсутствие последнего.

Таким образом, особенно заслуживает внимания довольно успешное применение гипносуггестивного метода во всех случаях психоневрозов реактивного характера, которые нужно выделить из общей истерической группы психоневрозов (точно так же, как и из психастенической). На целесообразность гипносуггестии при реактивных состояниях давно уже указывал проф. Платонов.

Рациональная психотерапия по Дюбуа дала положительный результат в 2-х случаях конституциональной психастении, в одном случае (из 4-х) навязчивых идей, а именно идеи святотатства, в 3-х (из 7-ми) сл. половой психастении, в 3-х (из 5-ти) сл. общей мнительности без выраженных фобических симптомов и, наконец, 3-х сл. (из 7-ми) сексуальной неврастении. Внушение наяву, проведенное при тех же случаях психастенических неврозов, что и рациональный метод, не дало положительных результатов. Только в 3-х случаях (из 4-х) при внезапно появившейся сексуальной импотенции по известной больному причине этот метод дал положительный результат. Успех применения смешанного метода: рационального и гипносуггестивного, результат которого можно большей частью отнести за счет 2-го компонента, несколько ниже успешности применения одного гипноза, но уже выше было отмечено, что малая успешность этого смешения методов частью объясняется случайным тяжелым подбором больных, при чем, конечно, не исключается и причина вообще нецелесообразности смешения на практике этих 2-х противоположных принципиально методов. Нужно также отметить, что случаи с положительным результатом и тут падают на те же психоневрозы, которые относительно хорошо уступали одной гипносуггестивной терапии, а именно, случаи монофобий и реактивных состояний. Отрицательные результаты падают на случаи тяжелой конституциональной психастении и сексуальной психастении. Психоанализ давал все 90% полож. рез. в 7-ми сл. истерических психоневрозов, где предварительно проведенная психотерапия гипносуггестией не давала вовсе результатов или же давала только кратковременные. Затем нужно отметить выдающиеся результаты психоанализа

Таблица 6

№ по порядку	НАЗВАНИЕ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ	Общ. кол.	Под. рез.	Улучш.	Отриц.	Внушение наяву		Словесные воздействия в гипнозе		Убеждения		Убежд. в гипнозе		Психодиагноз		Гипноз - психоанализ	
						Кол.	Пол.	Кол.	Пол.	Кол.	Пол.	Кол.	Пол.	Кол.	Пол.	Кол.	Пол.
А. Истерореактивная группа																	
1	Моносимп. и полис. в дв.-чув. сф.	18	12	5	1	—	—	7	2	5	—	—	—	—	—	5	5
2	Вегетативные неврозы	12	3	3	6	—	—	10	2	3	—	—	—	—	—	—	—
3	«Настоящая истерия»	4	2	2	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Реакт. невро. сем. быт. хар.	16	12	—	4	—	—	11	7	2	—	—	1	1	—	—	—
5	» мат.- профес. хар.	6	2	1	3	—	—	3	—	—	—	—	3	2	—	—	—
6	» жилищ.	2	1	1	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—
	Всего	58	32	12	14	—	—	35	12	11	—	—	4	3	1	12	10
Б. Психастеническая группа																	
7	Конституц. психастения	8	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Ипохондрия	4	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Монophobia	34	19	15	—	—	—	11	4	7	—	—	6	1	—	—	—
10	Навязчивые представления	4	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—
11	Навязчивые импульсы	12	5	4	3	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
12	Половая психастения	11	3	2	6	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—
13	Реактив. неврозы психаст. типа	14	9	5	—	—	—	10	8	2	—	—	4	1	—	—	—
14	Общая мнительность	11	3	3	5	—	—	1	—	—	—	—	5	3	2	—	—
	Всего	98	43	29	26	8	—	2	21	12	9	18	31	7	10	6	14
В. Сексуальная неврастения																	
15	Половая импотенция	27	12	8	7	4	3	12	3	7	7	—	—	—	—	—	—
16	Мастурбация	21	15	3	3	—	—	21	15	3	—	—	—	—	—	—	—
17	Смешан. формы	8	3	3	2	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—
18	Половые извращения	6	4	—	2	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	Всего	62	34	14	14	4	3	41	20	12	7	—	—	—	—	4	6
19	Общая неврастения	8	—	2	6	—	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—
20	Травмат. и профес. невр.	10	4	4	2	—	—	10	4	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Эпилептические сост.	6	—	2	4	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—
22	Психозы	8	—	2	6	—	—	8	—	2	—	—	—	—	—	—	—
	Всего	250	113	65	72	12	3	129	48	42	25	12	3	35	10	22	27

при фобиях (80% пол. рез.), при половых нарушениях и извращениях (80%) и при неврозе навязчивого состояния (71%). Указанные в таблице случаи — с частичным улучшением при применении психоанализа; последнее относится не за счет психоанализа, незаконченного во всех этих случаях, а за счет последующей гипносуггестии.

Прежде чем перейти к некоторым относительным выводам из нашей практики, мы считаем не лишним привести несколько неполных историй болезни для характеристики симптоматиологии психоневрозов и результатов примененной психотерапии.

Случай № 1. Б - я Р, 35 лет, жена рабочего, обратилась 24/XI 27 года в диспансер с жалобами на головные боли, бессоницу и резкие постоянные подергивания головы в одну сторону (вправо). Все эти явления начались два месяца тому назад в таком последовательном порядке. Вначале бессоница по ночам, через два дня встала с резкой головной болью и с вышеуказанными подергиваниями. Больная не отмечает никаких особых переживаний накануне появления этих симптомов. Анамнез выявляет еще следующее. Подергивания начинаются постоянно по утрам, как только больная встает с постели, усиливаются к полудню и к вечеру достигают такой интенсивности, что больная не отмечает ни минуты покоя своей головы. Когда днем она отдыхает и вообще в лежачем положении — подергиваний не бывает. Также почти прекращаются подергивания, когда она находится в движении, особенно вне дома, но стоит ей только остановиться, как моментально они опять начинаются еще с большей силой. Произвольно больная не может остановить этих подергиваний, и, даже подперев руками голову, ей с трудом удается на несколько минут с большими усилиями их остановить. При этом происходит сильное напряжение шейных мышц, которые становятся болезненными, что невольно заставляет больную прекратить эти усилия. Дальнейший анамнез выявил, что 12 лет тому назад у больной наблюдались такие же подергивания с головными болями. Болела она тогда 6 месяцев. Эти явления и тогда начались однажды утром после сна с кошмарным сновидением (ей снилось, что отец умер). Вообще больная отмечает, что у нее часто бывают сновидения, где фигурирует умирающий отец, после чего пробуждается с головной болью. Явления, бывшие 12 лет тому назад, продолжались непрерывно в течение 6 - ти месяцев, несмотря на лечение (ванны, электризация) амбулаторно. После помещения в больницу, где проводилось то же лечение, больная через месяц выздоровела. Из других данных анамнеза мы узнаем, что в периоде 18 — 25 лет у больной отмечались разные истерические явления, как беспричинный смех, плач, вплоть до настоящих больших припадков с судорогами всего тела. Эти припадки появлялись всегда после волнений и сильных переживаний. Самый бурный припадок был после того, как ее отец внезапно заболел. Менструации у больной появились довольно поздно — в 17 лет. С этого же времени больная отмечает усиленную мастурбацию, которая продолжалась до замужества. Уже в процессе лечения больная призналась, что мастурбация продолжается и в настоящее время. Тогда же мы выяснили, что б - я не получает удовлетворения в супружеской жизни вследствие относительной импотенции мужа (замужем 10 лет), особенно за время практикуемого последние 5 лет coit. interruptus, часто бывало, особенно за последние годы, после такого неполного коитуса больная прибегала к мастурбационным актам. Больная связывает свое последнее заболевание с тяжелыми материальными условиями вследствие обремененности семьей (трое детей), малокровием и усталостью.

Из детских воспоминаний больная отмечает особо сильную привязанность к отцу при некоторой холодности к матери. Со стороны наследственности особых уклонов не отмечается. Об'ективное исследование обнаружило: резко пониженное питание, малокровие, грацильное телосложение, дряблость мышц и верхних покровов, некоторая болезненность внизу живота, повышенные сухожильные рефлексы, общая гиперестезия, в особенности в области лица, груди и живота, в остальном ничего патологического.

Мы не имели возможности, принимая во внимание примитивную психику нашей больной, более интимно выявить психогенез данного психоневроза, но и из этого неполного изложения ее истории болезни мы можем усмотреть один из случаев примитивной истерической реакции на нерезкие изменения окружающей среды, когда организм испытывает хронические ущемления, когда на слабую психонервную организацию давят непосильные заботы и, с другой стороны, нет компенсирующих радостей жизни.

Из приведенной истории болезни мы обратили внимание на следующие моменты, которые могут нам дать приблизительное понятие о механизме данного невроза.

1. Она была наиболее слабой и болезненной в семье.
2. Отец особенно внимательно относился к ее здоровью, мать же была занята другими детьми (всего в семье было 11 д.).
3. Резко повышенная чувствительность, появившаяся еще до появления менструации, выражающаяся даже в том, что девушкой еще, особенно после появления мастурбации, она не могла спокойно бывать в обществе мужчин, чувствовала себя нервно возбужденной.
4. Истерические реакции в период детства, иногда в форме больших истерических припадков после травматических переживаний б. ч. сексуального свойства (предпочтение подруги ей со стороны окружающих молодых людей, выход подруги замуж, часто, как ей казалось невнимательное отношение к ней матери и т. д.).
5. Первое появление 12 лет т. н. таких же истерических явлений, наступивших после выхода замуж близкой своей подруги, при чем в ночь свадьбы подруги у нее был бурный мастурбационный акт с бессонницей и головной болью на следующий день. В эту же ночь ей снилось, что отец умер.
6. Замужество и относительно нормальная половая жизнь на долгое время избавили б - ю от прежних истерических реакций, значительно реже наблюдалась мастурбация, появились дети, заботы о них.
7. Но вот наступило резкое ослабление потенции мужа, полная разбитость после coitus'a, энергичные,

компенсаторные мастурбационные акты и, наконец, после какого-то сна, которого больная не помнит, к утру появились вышеуказанные истерические подергивания.

Если считать, что каждый истерический симптом соматически выявляет определенную психогенную ситуацию, что он является пластическим выражением известной психической реакции, так сказать, замещающим образованием, то будь на нашем месте ультрапсихолог, он мог бы усмотреть в характерной выразительной реакции больной — в этих ритмических энергичных отдергиваниях головы вправо с соответствующей мимикой лица — жест отрицания, энергичное «нет».

Ультра наивный психоаналитик мог бы усмотреть в этих движениях, принимая во внимание время их появления (во время усиленной мастурбации) и строго ритмичный их характер, как бы замещающее пульсирование clitor'a.

Мы отказываемся трактовать тем или иным путем психогенный коррелят этих соматических реакций, тем более, что не имели возможности провести психоанализ. Нам важно только отметить, что только со времени появления этих подергиваний, носивших навязчивый характер, больная вызвала внимание к себе со стороны окружающих. Только с этого времени последние признали ее больной, несмотря на то, что и раньше она жаловалась на усталость и боли в области живота.

В этом случае мы применили гипносуггестивную терапию и после 2-го сеанса внушения в глубоком гипнозе подергивания головы совсем прекратились. Еще продолжались головные боли и бессонница. Был вызван диспансер муж больной, дан совет прекратить ненормальную половую жизнь (*coitus interruptus*) и укрепить свою половую сферу. Еще было проведено 5 сеансов внушения с недельными промежутками, и 6-я совершенно избавилась от вышеуказанных страданий. Б-я была под нашим наблюдением полгода и за это время только 2 раза были мастурбационные акты, половая жизнь несколько наладилась. Подергиваний и бессонницы ни разу не наблюдалось, изредка только головные боли после не совсем полноценного *coitus'a*.

Случай № 2. Б-я О-ко, 28 л., уроженка г. Белгорода, была направлена из глазной клиники Х. М. И. (проф. Е. П. Браунштейна) в психоневрологический Институт 15/1 1926 г. с диагнозом *Neuritis retrobulbaris* с *visus'o* = 0 для лечения нервной системы по поводу резко выраженного базедовизма и чрезмерной раздражительности. Больная происходит из здоровой семьи, родилась, когда матери было 23 года. Заболеваний детства не помнит. Со стороны зрения и состояния глаз вообще никаких отклонений тогда не было. Щитовидная железа увеличена в течение последних 2-х лет. В первой же беседе с больной выяснилось, что расстройство зрения началось 7 лет тому назад, когда, будучи в школе, отвечая у доски урок, у нее вдруг потемнело в глазах и она упала. После короткого пребывания в «обморочном» состоянии самочувствие и зрение восстановились. Несколько последующих дней отмечалось незначительное расстройство зрения в одном глазу. Эта слабость нарастала, и через месяц она почти совсем потеряла зрение и могла читать и писать с большим напряжением и с быстро наступавшим утомлением глаз. Многократные исследования врачей-окулистов диагностировали *Neuritis retrobulb.* Лечилась она 7 лет, но улучшения не наступало, и с этими явлениями прибыла в Харьков, где и поступила на лечение в глазную клинику. Здесь также был подтвержден диагноз ретробулбарного неврита. В клинике 2 месяца безрезультатно применяли инъекцию молока (*lactotherapia*). Б-я была направлена заведующим отдел. проф. П. к сотруд. отд. д-ру Шлифер

Поведение больной, ее повышенная реактивность, внезапное развитие расстройства зрения заставили д-ра Р. Я. Шлифер заподозрить психотравму в прошлом, и с этой целью был углублен психоанамнез, выяснивший следующее. Больная с детства отличалась особой впечатлительностью. 8-ми лет ей случайно пришлось быть свидетельницей одной сексуальной сцены. Эта сцена произвела на нее крайне неприятное впечатление и воображению ее рисовались различные эротические картины и тогда же в течение нескольких дней она все видела как сквозь дым. Часто во сне она видела то, чего свидетельницей была, и себя видела не раз ослепшей. Эти анамнестические данные натолкнули д-ра Ш. на мысль о функциональном расстройстве. В след. беседе была выяснена причина обморока у доски. Больная, стоя у последней, увидела в окно *coitus* собак... Т. о. была установлена «психогения» данного «ретробулбарного неврита» и этим определен метод лечения. Для проверочного исследования зрения б-я опять была направлена в глазную клинику. Справка клиники указала, что у б-ой *visus* = 0,1. Психотерапия была проведена следующим образом.

17/1 26 г. велась разъяснительная беседа. Б-й был разъяснен механизм возникновения расстройства зрения (эмоция, сновидение, значение *coitus'a* собак и т. п.). Какого бы то ни было облегчения беседа не принесла. Б-я с таким же трудом до блефароспазма смогла прочитать лишь одну строчку. После этого у б-й было вызвано дремотное состояние и ей было сделано след. внушение: «Ко всему тому, что раньше вас волновало, вы относитесь спокойно. Глаза у вас здоровые. Никакого органического заболевания нет и можете видеть хорошо. Причина болезни теперь вам известна, она произошла от неприятных впечатлений. Все это изгладилось из вашей памяти, все, что вас так в детстве поразило, и к вам возвратится ваше зрение». После сеанса резкое улучшение самочувствия и смогла прочесть 6 строк и лишь на седьмой строке не могла читать дальше... Это ободрило больную. 19/1 26 г. 2-й сеанс. То же внушение. Самочувствие хорошее. Видит и читает лучше. 20/1 — *idem*. 23/1 исследование д-ра Замковского показало, что *visus* = 0,3. 24/1 б-й внушается, что зрение спасено и оно возвратится окончательно. 25/1 *visus* = 0,7. 25/1 сеанс внушения. 27/1 *visus* = 0,9. 2/II последний, 9-й сеанс внушения. Внушение, что зрение восстановилось полностью и что она может приступить к работе. Делается профилактическое внушение: «Никакие неприятности, огорчения, испуги не будут вызывать расстройств со стороны зрения». Больная по настоящее время, вот уже 4-й год, совершенно здорова, видит хорошо и вполне трудоспособна.

Этот случай не нуждается в особом анализе. Здесь сразу удалось установить связь между причиной и следствием, чем и определялась форма психотерапевтического вмешательства.

Случай № 3. Б-ой А-н, 32 лет, конторский служащий, обратился в диспансер 9/III 1928 г. с жалобами на половую слабость, выражающуюся в полной невозможности введения *penis'a* и *ejaculatio ante portam* в течение последних 3-х лет. О своей половой жизни и развитии болезни сам больной рассказывает следующее:

В детстве 10 лет от роду начал онанировать. Пришел я к этому уговорами старших сверстников, очень понравилось. Продолжалось до 14 — 15 лет, но не систематически и с промежутками иногда по месяцу и больше. Половое созревание наступило лет 15 — 16, к этому приблизительно времени относится и моя первая поллюция. Первая попытка половых сношений была лет 12 — 13 с девочкой того же возраста, но ввести член совсем не удалось и сношение было оставлено незаконченным. Это было для меня большим ударом и разочарованием. Половые стремления были очень велики, но владел ими очень хорошо до брака. Всего имел несколько сношений до брака, при чем первые разы кончались очень быстро, последние медленнее. Женился я 24 лет. Моя половая жизнь с момента вступления в брак протекала таким образом. Первые четыре года вполне нормальные половые сношения, но очень частые. На 5-ом году после практикования наружных окончаний (*coitus interruptus*) ослабление в виде быстрых окончаний, при чем эти быстрые окончания начались с того момента, когда жена указала на первый случай такого окончания. Это указание создало какую-то внутреннюю подавленность и нервность. После каждого такого окончания чувствовалась психическая неудовлетворенность и чувство досады. Затем эти быстрые окончания перешли в привычку, жена о них перестала говорить, а через некоторое время стала нервничать и указывать на свою неудовлетворенность. Я обратился к врачу - венерологу, который лечил меня два месяца фарадизацией, вставлением бужей и смазыванием семенного бугорка. После этого лечения я поехал в дом отдыха на 2 недели. По возвращении из дома отдыха при первой же попытке к сношению я заволокнулся, появилась лихорадочная дрожь и эрекция исчезла. Это был первый случай упадка эрекции. После этого меня охватила своего рода паника и сознание, что я бессилен, не давало мне покоя. После этого я обратился уже к другому врачу - венерологу, который нашел лишь воспаление семенного бугорка, а все остальное в хорошем состоянии. После 4-х или 5-ти смазываний семенного бугорка воспаление прекратилось и моя половая система была приведена в хорошее состояние, но половые сношения не удавались. Я или совсем не мог ввести член, или же моментально кончал, не успевая сделать ни одного движения. Последние 2 года я ни разу не успевал ввести член. При чем, когда я лежу еще отдельно в постели, эрекция сильная, но когда приближаюсь к жене, начинаю волноваться, и эрекция моментально исчезает.

Вот довольно связно написанный рассказ одного из многих подобных случаев развития психической импотенции в форме т. н. раздражительной половой слабости. Следует к этому рассказу добавить еще, что за последний год, несмотря на горячую любовь между супругами, стало замечаться некоторое охлаждение. Со стороны больного появлялось порою подозрительное, недоверчивое отношение к жене, несмотря на чувство вины, смешанное с жалостью к ней. Последний год резко отразился также на его работоспособности на службе, резко изменился его характер. Будучи от природы жизнерадостным, общительным человеком, за последнее время стал угрюмым, неразговорчивым, порою впадал в полную апатию, прерываемую периодами резкой раздражительности, тревоги и несправедливого отношения к окружающим. В этой истории болезни я считаю нужным обратить внимание только на 2 момента в развитии его психоневроза — на резкое ухудшение его импотенции после того, как жена обратила его внимание на его неполноценность и затем на окончательное ухудшение его импотенции, выражавшееся в полной невозможности начать коитус, вследствие полного прекращения эрекции и *ejaculatis ante portam* после довольно добросовестного проведенного местного лечения урологом.

Из всего того неполного, что мы кратко сообщили из истории болезни и развития личности больного, мы уже можем заключить, что уже в годы юности наш больной чувствует себя неполноценным в половом отношении. Из дальнейшего анамнеза мы знаем, что детский онанизм оказал на него громадное влияние и страх за будущее заставил его отказаться от этой привычки еще до наступления половой зрелости. Далее мы знаем, что первая попытка сношения с девочкой в 12 лет, окончившаяся неудачно, надолго удерживала его в дальнейшем от возобновления этих попыток в более позднем возрасте до брака, хотя, как он замечает, у него было сильнейшее возбуждение и часто бывала возможность к половому общению с женщинами, не прибегая к проституции. Те несколько случаев полового общения с женщинами, на которые он решился до брака под давлением сильного инстинкта и отчасти по инициативе своих партнеров, также кончались неудачно.

К счастью, брачная жизнь с молодой неопытной девушкой внесла значительное успокоение его чувству половой неполноценности. Первые 4 года брачной жизни прошли для нашего больного довольно благополучно. Появился ребенок. Но вскоре после этого начинается усиленное практикование *coitus interruptus*, сам по себе ослабивший и без того неполноценную половую конституцию.

Жена больного, являясь страдающей стороной по причине ненормальной практики половых сношений, однажды после более короткого чем по обыкновению coitus'a, хотя и в нерезкой форме выразила свое недовольство. Это впервые высказанное сомнение в его половой недостаточности со стороны жены, которая все 4 года являлась как бы его опорой и доказательством его полноценности, поразило его сильно. Надо отметить, что жена его не являлась особо требовательной в половой жизни, в первые годы совсем была несколько холодной натурой и даже в последнее время никогда не проявляла инициативу в этом отношении.

Мы отмечаем этот реактивный момент в проявлении психоневроза, как наиболее часто служащий патогенным обстоятельством для обнаружения психической половой импотенции в форме т. н. раздражительной слабости.

Очень долго неполноценные в половом отношении невротики могут не проявлять эту свою неполноценность, пока вторая сторона иногда случайно и невольно не дает ему знать о его слабости, до какого момента, как и в нашем случае, они могут иметь сравнительно удовлетворительную половую жизнь. И очень часто «заноза» психической неполноценности сразу проявляет свое действие в резкой форме действительного нарушения и даже полного торможения половой функции после такой травмы. Эта травма, подобно другим экзо- и эндораздражителям, случайно затормозившим нормальный ход coitus'a или непосредственно после него, а чаще во время приготовления к последнему, является условным патологическим раздражителем, действующим в дальнейшем каждый раз по законам условных рефлексов. Иногда бывает в тех случаях, когда торможение половой функции не иррадирует в дальнейшем (что чаще случается) на любое половое общение с женщиной, что только данный объект, скажем, жена, является тормозным раздражителем в отношении нормальной функции полового аппарата, между тем, как по отношению к другой женщине происходит полное его растормаживание и имеется возможность к полноценному половому общению. В одном из наших случаев характерно было такое избирательное торможение половой функции. Импотенция у одного 27-летнего невротика, появившись почти таким же путем, как описано выше, проявлялась в течение 4-х лет только по отношению к женщинам своего круга и уровня развития, но он считается большим Дон-Жуаном в среде домашних работников, а также иногда довольно успешно пользовался проституцией. Будучи на отдыхе в деревенской обстановке, он довольно регулярно имел нормальную половую жизнь, но как только вернулся домой к жене — полное торможение вплоть до того, что не появлялось даже эрекции при нормальном libido и нежных чувствах к жене. Мы не будем останавливаться на случаях еще более изолированного тонко избирательного торможения половой функции: только в известном состоянии, положении, месте и т. д., где условно-рефлекторная причинная связь этого торможения и стереотипность его проявления еще более ярко и выпукло наблюдается. Во всех таких случаях выяснение патологического условно-рефлекторного агента в прошлом и гипно-суггестивная терапия всегда имела успех.

Мы хотели также на примере этого случая подчеркнуть на уже отмеченный нами выше вред от одного местного лечения, в нашем случае совершенно лишнего и ненужного. Во многих случаях это местное лечение полового аппарата является вторичной психической травмой и чем продолжительнее это лечение, тем сильнее действует эта травма.

В дальнейшем было проведено еще 3 сеанса внушения. В течение почти 8 месяцев мы наблюдали больного, и его половая жизнь проходит вполне благополучно.

Подобные формы половой психоневрастии мы большей частью лечили мотивированным внушением в гипнозе той или другой степени и всегда с положительным результатом.

Случай № 4. Б.-я Г. 55 лет слегла в постель осенью 1926 г., заявив домашним, что больна раком горла и пищевода и что скоро умрет. До того она часто жаловалась на горло, испытывая какие-то странные ощущения, как будто горло наполнено бумагой или костями. Затем она стала жаловаться на боли и на ощущения, что горло и пищевод зарастают раком. 6 месяцев б.-я пролежала в постели, потеряла за это время 30 фунтов веса, отказывалась от приема пищи. С большими трудностями родным удавалось вымолить у нее,

чтоб она принимала жидкую пищу. Все время говорила о своей смерти, каждый день удивлялась, что еще не умерла. Ночью не спала, ожидая момента своей смерти, все время плача.

Ежедневно масса новых ощущений в связи с ростом опухоли. Не верила никому из врачей, старалась убеждать ее, что никакого рака у нее нет. В каждом слове и жесте врача, в лекарствах она искала подтверждения своему диагнозу. В феврале 1927 она почти насильно была привезена в диспансер, по совету одного из врачей, для психотерапии. Без долгого анамнеза, после тщательного осмотра и короткой успокоительной беседы, больная была погружена в дремотное состояние, и впервые после долгих бессонных дней и ночей она вздремнула, не теряя раппорта с врачом. После 3-х таких сеансов внушения больная решила покинуть свою постель, не оставив еще мысли о раке. Лишь после 15 сеансов внушения в легкой дремоте б-я совсем оставила эту мысль и вернулась к исполнению своих домашних обязанностей.

В течение 2-х лет Г. находится под нашим наблюдением и совершенно здорова.

Мы привели этот случай ипохондрического состояния, закончившийся так успешно под влиянием гипнотерапии без анализа причин этого состояния, только как пример могущественного влияния словесного воздействия в легком гипнотическом состоянии в таких тяжелых случаях, граничащих с настоящим душевным заболеванием.

Случай № 5. Б-я Г. В., 25 лет, конторская служащая, явилась в диспансер в сентябре 1926 г. с жалобами на боязнь разговаривать с незнакомыми людьми, невозможность быть в обществе, рассеянность, потерю памяти. Будучи машинисткой, она вынуждена была оставить работу, т. к. со времени своей болезни стала писать с невозможными ошибками, пропускала буквы, путала слова и т. д., что вызывало необходимость по 5—6 раз переписывать одну и ту же бумажку, и после всего оставались еще ошибки, которые исправлялись уже чернилами. Если не писала на машинке, а с руки, таких ошибок не наблюдалось. Все эти явления наступили 3 месяца т. н., по словам больной — без всякой видимой причины. Кроме того, у б-й уже год имеется боязнь темноты и невозможности вечером выходить одной на улицу. Последняя боязнь появилась после того, как однажды ночью, идя по улице, военный пытался схватить ее за ногу и она еле вырвалась от него.

Б-я не замужем, половой жизнью не жила. Часто она испытывает, особенно по ночам, тревожное состояние, иногда страх перед неизвестным. Это тревожное напряжение, видимо сексуального характера, усилилось после того, когда ее младшая сестра вышла замуж и поселилась с мужем в доме.

После дальнейшего анализа выяснилось, что впервые все вышеуказанные явления обнаружили у б-ой после одного переживания на службе. Однажды она обнаружила невозможное количество ошибок в напечатанной бумаге после того, как эту бумагу диктовал ей один из сотрудников, сидя с ней рядом. При этом она испытывала волнение сексуального характера, сердцебиение, дрожь в руках и ногах и т. п. К этому сотруднику она питала нежное чувство, но тот об этом не подозревал, он был женат, и она старалась затормаживать свое влечение к нему. Печатав рядом с ним на машинке, она испытывала также страх, чтобы тот не заметил ее состояния и замешательства. Впоследствии такие явления во время письма на машинке стали учащаться, независимо от соседства этого сотрудника. Затем присоединились явления замешательства при разговоре с мужчинами, она краснела, теряла нить мыслей, не могла смотреть в глаза другому. Она все боялась, что она может выдать на лице свои затаенные желания. Доходило до того, что, ведя пустой деловой разговор с сотрудниками, она вынуждена была заранее записать на бумаге свои мысли, чтоб не растеряться, наконец, должна была бросить службу.

Эта б-я явилась ко мне с диагнозом психастении, очевидно, основываясь на имеющихся у нее явлениях фобического характера. На самом деле здесь нет не только явлений конституциональной психастении в смысле Жанае, но нет даже выраженных психастенических реакций приобретенного характера. В настоящем случае мы имеем психоневроз на почве невроза страха (в Фрейдовском понимании) вследствие заторможенного сексуального влечения, при чем содержание психоневроза обусловлено условно-рефлекторными наложениями позднейших переживаний.

Гипносуггестивная терапия после краткого анализа ее симптомов в двух психотерапевтических беседах в течение 10 сеансов полностью избавила нашу б-ю от всех явлений невроза, и вскоре она поступила обратно на службу.

В течение 2-х лет мы имеем наблюдения над Г., она совершенно здорова.

Случай № 6. Б-й Р. И., 33 лет, по профессии музыкант, обратился в диспансер в мае 1926 г. с жалобами на судорожные припадки с потерей сознания, иногда с прикусом языка, наступавшие всегда после волнений и переживаний разного характера. Кроме того, б-й жаловался на постоянную головную боль и состояние сильной разбитости по всему телу после каждого coitus'a с женой. Это состояние разбитости продолжалось в течение 1—2 дней и доходило часто до такой степени, что б-й становился совершенно неспособным и должен был на это время оставить свою профессию. Затем у б-го были явления боязни пространства, а именно: б-й не мог без сопровождающих ходить по улицам, особенно с вечера, боясь, что с ним по дороге случится припадок и он умрет. Все эти явления наступили не сразу. Вначале у б-го появилась сильная слабость после полового акта 3 года тому назад, на что вначале не обращал особого внимания. Затем, через год приблизительно, с больным случился первый судорожный припадок с потерей сознания. Этот припадок случился с ним во время процедуры электризации. Припадки стали учащаться и последний год появлялись несколько раз в неделю. Явления боязни ходить по улицам и темноты наступили после одного такого припадка на улице, когда б-й ночью возвращался домой с товарищем. Правда, он тогда не упал, но были судороги и затемнение сознания. Первое время припадки случались б. ч. дома, последний год часто и на службе, после неприятностей. На улице — всего 2 раза за все время и оба раза ночью, возвращаясь со службы домой. Во сне с ним только 1 раз случился судорожный припадок, когда ему показалось, что жена его будит.

Со стороны наследственности имеем: «нервность» отца и «истерика» у матери. В детстве эти истерики его сильно пугали и он убегал из дому. Рос нервным, впечатлительным мальчиком, учился плохо, увлекался музыкой.

Мастурбацию отрицает. Женится 28 лет на девушке моложе его на 10 лет. Семейная жизнь удовлетворительна. Имеет ребенка.

Проведенный в начале лечения ассоциативный эксперимент по Юнгу дал нам возможность выяснить еще следующее:

1. Вскоре после рождения ребенка жена больного, будучи в первый год семейной жизни довольно умеренной и нетребовательной в половой жизни, в дальнейшем стала более требовательной и проявляла некоторую инициативу. Это обстоятельство вначале его приятно удивило и вносило больше нежности в их отношения. Но вскоре его отношение к этому изменилось. Стала закрадываться тревога, безотчетная и скоропреходящая. Его часто злила ее требовательность, хотя в половом отношении чувствовал себя довольно крепким.

2. На свободное высказывание после обнаружения аффективной реактивности на слово - раздражитель «молодой» больной признался, что его часто тревожила мысль, что жена значительно моложе его, что его половая деятельность идет к «закату», а со стороны жены он замечает усиливающуюся требовательность. Он читал, что у женщин с возрастом, начиная с 30 лет, обыкновенно наступает еще большая требовательность, и эта перспектива подсознательно его постоянно тревожила.

3. Мы также выяснили, что первый припадок ночью на улице, когда больной возвращался домой, был вызван мыслью о предстоящем coitus'e с женой. На эту мысль его привел соответствующий разговор с сопровождавшим его товарищем. Попутно мы тут же узнали, что его истерические припадки по необходимости служили причиной более редких сношений с женой. Последняя как-то сама ему заметила, после обнаружения сильного утомления и полуобморочного состояния у мужа после coitus'a, что целесообразно ему несколько воздержаться от частых сношений. Это замечание жены вызвало с его стороны протест, и он настаивал на прежнем образе жизни, хотя в глубине души был рад этому предложению жены. Надо отметить, что сам процесс полового акта у больного до настоящего времени протекал совершенно нормально, слабости не было, и никогда жена не жаловалась в этом отношении, несмотря на ее требовательность и довольно интенсивную половую жизнь.

Мы не будем приводить других наслоений в дальнейшем на этих первичных переживаниях. Отметим только, что этот вызванный к жизни истерический механизм в дальнейшем приводился в действие новыми раздражениями, психическими переживаниями, никакого отношения не имевшими к половой жизни и к той цепи ассоциаций, о которой мы выше говорили. Перевод больного на ниже оплачиваемую работу вызывал у него истерический припадок тут же, на службе, и другие еще более мелкие ущемления неполового характера.

Еще мы должны отметить, что до лечения больной никогда не ставил в связь свои припадки с вышеуказанными переживаниями. Он объяснял свои припадки нервностью, материальными лишениями и, главным образом, наследственностью со стороны матери. Только после проведенного ассоциативного эксперимента и последующих высказываний в течение нескольких сеансов была осознана больным связь его невротических симптомов с вышеуказанными переживаниями, в свое время неосознанными. Надо отметить, что, несмотря на то, что истерические симптомы были осознаны больным после ассоциативного эксперимента, это не послужило к освобождению его от истерических припадков. После этого первого этапа нашей психотерапии наступило резкое улучшение в общем состоянии больного, появился хороший сон, исчезло полуобморочное состояние после coitus'a, у больного появилась бодрость и уверенность в выздоровлении, лучшие отношения с женой, но припадки продолжались. Имея намерение с самого начала в этом случае применить гипносуггестивную терапию, мы через 10 дней после начала нашего лечения приступили к таковой. Больной оказался хорошим гипнотиком и с первого сеанса погрузился в глубокий сон, и спустя неделю после 3-х сеансов суггестии в гипнозе припадки исчезли. В дальнейшем мы в течение 2-х месяцев провели еще 5 сеансов гипносуггестии и прекратили лечение. В течение 6 месяцев мы еще наблюдали больного — все симптомы больше не наблюдались.

Этот случай, как и вышеописанный случай № 1, является одним из случаев истерических психоневрозов. Хотя в обоих этих случаях основными двигателями психоневротических симптомов и является конфликт на почве переживаний полового характера, но ни тот, ни другой случай, отличаясь между собой по структуре, нельзя отнести ни к группе половой неврастении, ни к группе половой психастении.

От психоневрозов группы половой неврастении оба случая отличаются характером симптомов, которые не имеют никакого отношения к функции полового аппарата. В обоих этих случаях в сознании больного не обнаруживается никакой связи симптомов с отклонениями или конфликтами на половой почве, между тем как половые неврастеники и психастеники только с этими жалобами и направляются к врачу. Последний случай, кроме того, отличается тем, что действительно никаких нарушений в функционировании полового аппарата не было все время, а в случаях половой неврастении мы всегда имеем нарушения функций полового аппарата, правда, на психической почве.

Мы ограничимся этими несколькими неполно изложенными случаями, где была применена гипносуггестивная терапия. Объем настоящей статьи не разрешает привести истории болезни более сложных психоневрозов, где мы применяли психоанализ¹⁾.

¹⁾ Психоаналитический материал нами готовится к опубликованию.

На основании всего вышеизложенного мы, конечно, не можем сделать окончательных выводов о месте приложения того или иного метода психотерапии применительно к различным группам психоневрозов. Эти выводы невозможно сделать как в виду неравномерности распределения нашего материала и по отдельным психотерапевтическим методам, так и вследствие недоговоренности в существующей системе классификации психоневрозов. Применительно к нашему материалу, еще раз подчеркивая всю относительность наших результатов, мы однако можем сделать следующие замечания:

1. Если является важным, особенно для теоретических построений, для понимания структуры и механизма возникновения психоневрозов, придерживаться одних каких-либо определенных воззрений на этот вопрос, то на основании нашего личного опыта мы можем вполне определенно сказать, что:

а) В отношении большинства психоневрозов по характеру их структуры и этиологии мы пришли к выводам психоаналитических школ Фрейда и Адлера.

б) В отношении механизма образования отдельных патосимптомов и всего симптомокомплекса в целом всех психоневрозов мы пришли к выводам и точке зрения на этот вопрос основоположников учения об условных, resp. сочетательных рефлексах — Павлова и Бехтерева.

в) На основании положений вышеуказанных 2-х школ, а также на основании нашего опыта анализа структуры психоневрозов, мы считаем нужным подчеркнуть, что первичными патогенными раздражителями, вызывающими психоневротические реакции, основными причинами всякого психоневроза, *primus movens* всех дальнейших условно-рефлекторных отклонений от нормы, как в жизнедеятельности самого организма психоневротика, так и в его взаимоотношениях с окружающей средой, является сама же окружающая среда во всем многообразии ее внешних раздражений, но преимущественно, если не исключительно, среда социальная.

2. В отношении же практического применения того или другого метода психотерапии для лечения психоневрозов мы должны признать необходимость оставления в арсенале психотерапевтических средств врача-практика всех методов психотерапии, которые должны применяться к характеру самого психоневроза, подходя к каждому больному индивидуально.

3. Однако, мы считаем необходимым особенно подчеркнуть, что, оперируя в психотерапевтической практике «рациональным» и гипно-суггестивным методами, мы получали большую уверенность и успешность в их применении, будучи вооружены психоаналитическим мышлением и подходом к больному. Можно было не разворачивать на практике весь сложный арсенал психоаналитической методики, но уже при сборе анамнеза, при производстве тех или иных внушений или убеждений, руководствуясь лишь данными психоанамнеза структуре психоневрозов, мы гораздо более верно и быстро достигали нашей успешной цели.

В отношении же целесообразности преимущественного применения каждого из методов из психотерапевтической практики мы можем сделать следующие замечания:

Суггестивный метод показан при следующих психоневрозах:

а) Во всех случаях психоневрозов реактивного характера, понимая под последними срывы психонервной деятельности, наступающие большей частью резко, сразу после определенного адекватного патогенного переживания, где причина заболевания совершенно ясна больному, где не имеется никаких т. н. «ущемленных комплексов», скрытых от сознания больного, где нет глубоких инфантильных психогенных травм, б. ч. сексуального и защитного характера, где большей частью мы имеем дело с более примитивной психонервной организацией невротика.

Этот же метод может быть иногда успешно применен и в случаях без выясненного генеза патосимптома (см. сл. № 4).

б) Во всех случаях психоневрозов, связанных с какой бы то ни было порочной привычкой или влечением, как злостная мастурбация, наркомании и т. п.

в) Во многих случаях, когда необходима быстрая помощь для устранения обостренных симптомов психоневроза, как вспомогательное средство при другом основном методе лечения.

Рациональная (в смысле Дюбуа) психотерапия показана:

а) Во всех случаях психастенических симптомокомплексов, где психоневроз не связан с патогенными моментами, скрытыми в т. н. бессознательной сфере.

б) Во многих случаях сексуальной неврастении (импотенция с выясненным генезом).

Психоаналитический метод показан:

а) Во всех случаях конституциональной истерии.

б) При фобиях как истерического, так и психастенического типа, когда истинный механизм образования симптомов неизвестен больному.

в) При психоневрозах с навязчивыми стремлениями.

г) При психоневрозах с половыми извращениями и другими отклонениями, где генез сразу не выясняется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Форель. Гипнотизм и внушение. 1928.
2. Молль. Гипнотизм. 1912.
3. Veitvogel. Механика душевной жизни.
4. Бирман. Диссертация. 1925.
5. Платонов. Гипноз и внушение в практ. мед. 1923.
6. Платонов. К вопросу о лечении психоневрозов. Совр. психоневр. 1925, № 6—7.
7. Платонов. К учению о природе гипноза и гипносуггестивной терапии, как лечебном факторе. Совр. психоневр. 1926, № 3.
8. В. П. Протопопов. «Укр. Вест. рефлекс. 1925, № 1.
9. Шильдер и Каудерс. Гипнотизм. 1928.
10. Залкинд. Внушение и жизнь организма. 1927.
11. Перепель. Психоанализ и физиол. теория повед.
12. Фрейд. Лекции. Т. 1 и 2. 1922.
13. Дюбуа. Психоневрозы и их психич. лечение. 1912.
14. Дежерин и Гоклер. Функц. проявления психоневрозов и их психическое лечение. 1912.
15. Бехтерев. Осн. рефлексологии человека.
16. Павлов. 20-лет. опыт изучения высшей нервной деятельности.
17. Левенфельд. Гипнотизм. 1903.
18. Кронфельд. Гипноз и внушение.
19. Адлер. Studie über die Minderwertigkeit der Organe.
20. Жонс. Терапия неврозов. ГИЗ, 1923.
21. Бехтерев. Внушение и его роль в общественной жизни. 1908.
22. Жонс. Неврозы. 1911.
23. Срезневский. Гипноз и внушение.
24. Данилевский. Гипнотизм. 1924.
25. Розенбах. О психическом лечении внутренних болезней. 1892.
26. Марциновский. Нервность и мирозерцание. 1913.
27. Кречмер. Медицинская психология.
28. Ленц А. К. Условные рефлексы и конструкция современной психиатрии («Новое в медицине», сб. IV).
29. Штеккель. Причины нервности. 1912.
30. Подьяпольский. Внушение в лазаретной практике. 1916.
31. Каннабих. О психотерапии. 1925.

ZUSAMMENFASSUNG

PROBLEME DER METHODIK UND PRAXIS DER PSYCHOTHERAPIE

Von Dr. I. Apter

(Aus dem Psychotherapeutischen Abteilung (Leiter Prof. K. Platonow) des Ukr. Psychoneurologisches Institutes (Director Prof. A. Heymanowitsch))

Der Autor hat sich in vorliegender Arbeit die Aufgabe gestellt einige Fragen der praktischen Methodologie des Gebietes der Psychotherapie zu beleuchten und das Anwendungsgebiet der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden bei der Behandlung der Psychoneurosen festzustellen.

Die Arbeit ist auf der persönlichen Erfahrung des Verf. und der Feststellungen der ganzen Psychotherapeutischen Abteilung des Ukr. Staatl. Psychoneurologischen Institutes begründet.

Es werden der Behandlungsergebnisse mitgeteilt, die mittels der Psychotherapie an 1250 Psychoneurotikern erzielt worden sind, welche die Abteilung besucht hatten. Des weiteren geht der Autor eingehend auf die an 250 Psychoneurotikern erzielten Resultate der Behandlung ein, die persönlich, unter Anwendung verschiedener psychotherapeutischen Verfahren vom Verfasser durchgeführt wurde.

Im Durchschnitt ergab die psychotherapeutische Behandlung der Psychoneurosen in 45% ein positives Resultat.

Zur Anwendung kamen nachstehende Methoden der Psychotherapie: das hypnosuggestive Verfahren, die Wachsuggestion, Methode der Überzeugung (Überredung) nach Dubois und Déjérine und Psychoanalyse nach Freud. Auch wurden kombinierte Verfahren gebraucht, wie die Hypnopschoanalyse.

Am günstigsten fielen die Behandlungsergebnisse aus, wenn hysterische und reaktive Neurosen mit Psychotherapie behandelt wurden (55,2% positiver Ergebnisse), dann folgten verschiedene Arten der sexuellen Psychoneurasthenie und der sexuellen Perversionen mit 54,8% des erfolgreichen Falle; verschiedene Arten psychasthenischer Neurosen lieferten 45% günstiger Ergebnisse und endlich kamen traumatische und berufliche Neurosen mit 40% positiver Resultate.

Den Behandlungsmethoden nach verteilten sich die Kranken der Abteilung (1250 Personen: 913 Psychoneurose und 337 Alkoholiken) folgendermassen: die hypnosuggestive Methode wurde in 67,7% angewandt, die Wachsuggestion in 11%, die Überzeugungsmethode in 5%, die Psychoanalyse in 5,3% und die kombinierte Methode in 11% der Fälle. Die persönlich vom Autor behandelten Psychoneurastheniker verteilten sich nach den Behandlungsverfahren folgendermassen: Hypnosuggestion wurde in 51%, Wachsuggestion in 5%, Überzeugungsmethode in 10%, Psychoanalyse in 20% und kombinierte Verfahren in 14% gebraucht.

Auf Grund seiner Arbeit und der statistischen Bearbeitung des gesamten Materials der psychotherapeutischen Abteilung d. Institutes gelangt Verf. zu den nachstehenden Schlussfolgerungen:

1) Hinsichtlich der Ätiologie der meisten Psychoneurosen und ihrer Struktur stimmt der Autor dem Standpunkte und der Lehrsätzen der psychoanalytischen Schulen von Freud und Adler bei.

2) Bezüglich der Ausbildungsmechanismus der einzelnen pathologischen Symptome und des ganzen Symptomenkomplexes aller Psychoneurosen hat sich Verf. in dieser Frage die Grundsätze der Lehre von den bedingten resp. kombinatorischen Reflexen der Akademiker Pawlow und Bechterew zu eigen gemacht.

3) Laut den beiden oben angeführten Grundsätzen glaubt Verf. hervorheben zu müssen, dass die primären, pathogenen Reize, die psychoneurotische Reaktionen — dieses *Primum movens* aller weiteren bedingt-reflektorischen Abweichungen von der Norm, sowohl die Vitalaktivitätslos psychoneurotischen Organismus selbst, als auch die Wechselbeziehungen desselben mit der Umgebung, in dem Milieu mit seinen vielseitigen äusseren Reizungen zu suchen ist, vor allem aber in dem sozialen Milieu.

4) Betreffs der praktischen Anwendung verschiedener Methoden der Psychotherapie bei der Behandlung der Psychoneurosen, glaubt Verf. es wäre notwendig alle jene Methoden im Rüstzeug des praktischen Arztes zu lassen, die je nach dem Charakter der Psychoneurose und in individualistischer Anpassung an die Persönlichkeit des Kranken verwendet werden müssen.

Am zweckmässigsten ist es eine jede Methode, je nach der Art der Psychoneurose zu verwenden. Daher meint der Autor: die Hypnosuggestive Methode sei als die bequemste bei der Anwendung und die am meisten demokratische Methode, die für grössere Kontingente von Kranken zugänglich ist, in den folgenden Fällen angezeigt:

a) Bei jeder Psychoneurose von reaktiver Art, wobei unter letzterer Entgleisungen der psychisch-nervösen Tätigkeit zu begreifen sind, die meist plötzlich, sofort nach einem adäquaten pathogenen Erlebnis auftreten, wobei die Ursache der Erkrankung dem Patienten völlig klar ist und keinerlei sog. «verhaltene Komplexe» vorliegen, die dem Bewusstsein des Kranken verborgen wären und keine tiefliegenden, infantilen psychogenen Träumen nachweisbar sind, die grösstenteils, sexueller oder Schutzcharakter aufweisen, wie er uns am häufigsten bei Neurotikern mit primitiver psychisch-nervöser Organisation entgegentritt.

b) In allen Fällen von Neurosen, die mit irgend einer perversen Gewohnheit oder einem solchen Triebe verbunden sind, wie heftige Onanie, Narkomanie u. s. w.

5) Überall dort, wo zur Beseitigung besonders lästiger Symptoma der Psychoneurose rasche Hilfe geleistet werden muss; dabei wirkt dieses Verfahren als starkes Hilfsmittel, während als Grundbehandlung eine andere Methode angewendet wird.

II. Die rationelle Psychotherapie (Methode der Überzeugung von Dubois und Déjérine) hat ein viel weiteres Anwendungsgebiet, namentlich:

a) Sie sind indiziert bei psychasthenischen Symptomenkomplexen, wo die Psychoneurose nicht auf Grund infantiler, unterbewusster pathogener Momente entstanden ist.

b) In vielen Fällen von sexueller Psychasthenie und Neurasthenie.

III. Die psychoanalytische Methode ist indiziert:

a) In allen Fällen der Hysterie.

b) Bei Phobien sowohl hysterischen, als auch psychasthenischen Charakters.

c) Bei Psychoneurosen mit Zwangsimpulsen.

d) Bei Psychoneurosen mit sexuellen Inversionen und anderen Abweichungen, deren Genesis nicht sofort klargelegt werden kann. Hinsichtlich der optimalen Indikation zur Wachsuggestion kann das Material Stützpunkte liefern.

К ПРОБЛЕМЕ МОРФИНИЗМА

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ГИПНОСУГГЕСТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРФИНИСТОВ

Д-р П. П. Истомин

Из психотерапевтического отделения диспансера (зав. проф. К. И. Платонов) при Украинском Гос. Психоневрологическом Институте (дир. засл. проф. А. И. Гейманович)

Ни одна из разновидностей наркоманий не представляет таких трудностей в борьбе с нею, как морфинизм. Хотя на морфий и развивающийся в связи с ним морфинизм нельзя смотреть, как на народное бедствие, подобное алкоголизму, т. к., вследствие своей малодоступности, сложности употребления, дороговизны и проч., он пользуется гораздо меньшим распространением среди населения, захватывая лишь лиц, имеющих с ним соприкосновение по своей профессии, однако, наблюдения авторов Erlenmeyer'a, Jastrowitz'a, Bertaloly, Bronardel'я и др., изучавших морфинизм и его распространение за последнее время, показывают, что морфий, наряду с кокаином, в связи с войной и последующими событиями, получил значительное распространение. С давних пор укоренилось убеждение, что рациональная помощь морфинисту может быть оказана лишь в закрытом лечебном учреждении, в психиатрической больнице, но, при соблюдении и этих условий, лечение не всегда дает желаемые результаты. Помимо этого, далеко не всякий морфинист может поместиться в психиатрическую б-цу по причинам различного характера. Последнее обстоятельство и побудило нас провести опыт амбулаторного лечения морфинистов в психоневрологическом диспансере с помощью гипносуггестивного воздействия. Анализ наших наблюдений и исследований в этом направлении и является предметом настоящего сообщения.

Но прежде чем перейти к изложению материалов наших наблюдений, остановимся несколько на существующих в настоящее время взглядах об этиологии, клинической картине и патогенезе морфинизма.

Хроническое отравление морфием, как известно, представляет собою чрезвычайно богатую симптоматиологию как соматических, так и психических расстройств. Изучая эти симптомы в деталях, нельзя не прийти к заключению, что этот яд сильнейшим образом влияет прежде всего на центральную и вегетативную нервную систему — регулятор всех жизненных процессов в организме. Клиническая картина морфинизма является классическим примером нарушения гармонической целостности человеческой личности, понимаемой биогенетически, как совокупность врожденных и приобретенных свойств организма, стремящихся к поддержанию физико-химического биотонуса клеток и систем, регулирующих как взаимоотношения функций отдельных органов, так и интенсивность процесса в них. Отсюда становится понятным наличие такого разнообразия клинических симптомов у морфинистов, те соматические расстройства желудочно-кишечного тракта, как сосудистые, секреторные и трофические, наряду с нарушениями психической сферы.

Что касается патогенеза морфинизма, то, по мнению Wuth'a, он заключается в следующем: «морфий, принимаемый внутрь, оказывает депримирующее влияние на вегетативную нервную систему, особенно на работу симпатического нерва, щитовидной и адреналиновой систем. Затем организм пытается восстановить свое

вегетативно-эндокринное равновесие. При повторном приеме морфия для получения того же эффекта необходимо ослабить нарастание тонуса, иначе говоря, увеличить первоначальную дозу морфия. Так создается привычка к морфию, стимулируемая постепенным привыканием организма к яду.

Далее Wuth указывает, что, согласно данным экспериментальной фармакологии, морфий, как яд, не только депримирует симпатическую нервную систему, но одновременно побуждает к работе и парасимпатическую. Так как у животных, лишенных щитовидных желез, чувствительность к морфию понижена, а морфий вообще повышает функцию щитовидных желез, то этим и объясняется постепенное понижение сопротивляемости к яду.

Патологическая анатомия морфинизма недостаточно ясна по той простой причине, что вообще мало морфинистов подвергается вскрытию, а кроме того, и потому еще, что открывающиеся при вскрытии таких трупов патологические явления не могут быть с достоверностью приведены в связь только с потреблением морфия. Существующие же указания в литературе многих авторов разноречивы или, во всяком случае, не заключают в себе чего-либо характерного только для морфинизма; так, Fiedler и Levinstein находили мозг умерших морфинистов малокровным и отечным, Schweininger же, напротив, находил усиленное наполнение его кровью.

Экспериментальным исследованием влияния острого и хронического отравления морфием на мозг животных Weimann'ом установлено образование дегенеративных процессов в теленцефалоне. Особенно значительно изменяются ганглиозные клетки: наблюдается гибель их с соответствующей реакцией глии. Weimann отмечает также расстройство кровообращения: при остром отравлении отмечается ненормальное кровенаполнение сосудов с кровоизлияниями в мозг, в хронических случаях развивается запустение сосудов.

Судьба морфия в организме, на основании данных работ Marcius'a, Fauet, Alt'a и др., сводится к следующему: в случаях хронического употребления морфия он выводится не полностью, а лишь в количестве приблизительно 70%, остальная же часть откладывается в тканях, главным образом, в печени, легких и др. Более же позднее исследование и наблюдения экспериментальные и клинические проф. Осипова, д-ра Удальцова заставляют предположить, что дело идет здесь не о простом отложении морфия, а о более тесном контакте с организмом; он как бы ассимилируется клетками и выделяется при воздержании не сразу, а отдельными порциями через больший или меньший промежуток, в течение долгих месяцев после деморфинизации. Эти волны выделений яда представляют наиболее частую причину рецидивов, особенно у субъектов с ослабленными тормозными процессами в коре мозга, так как обычно наступающие при этом абстинентные симптомы не встречают должного противодействия. Отсюда становится понятным, что достигнуть излечения морфинистов весьма трудно, так как большинство их все же люди с невропатической конституцией. «Люди невропатической организации прибегают к злоупотреблению морфием», говорит о них Kraft-Ebing в своем учебнике психиатрии. И совершенно прав приват-доцент Abbrecht, когда говорит о необходимости помещения морфинистов в закрытые лечебные заведения и избегания частных лечебниц, где нельзя поручиться за персонал.

Лечение морфинизма внушением в гипнозе не ново, как не нова сама гипно-суггестивная терапия вообще, хотя в сравнении с другими способами лечения оно не только более позднее по своему возникновению, но и сравнительно редко применяется. В доступной нам литературе удалось найти единичные случаи лечения у Voisin'a, излечившего этим способом в 1886 г. одного больного, затем у Burkhoordt'a и у Wetterstrand'a. Erlenmeyer советует применять гипноз, как подсобное средство попутно с другими, при бессоннице, являющейся следствием лишения больного морфия.

Sollier также упоминает о гипнозе, как о вспомогательном и даже заменяющем способе лечения; правда он придает гипнозу второстепенное значение при лечении морфинизма, упоминая о нем только вскользь. Из русских авторов можно указать на д-ра Березницкого, с успехом применявшего внушение в гипнозе при деморфинизации вне больницы обстановки. Hudoverning главную роль в деле лечения морфинизма с последующим расстройством отводит физическому укреплению б-ого обильной пищей, препаратам мышьяка, ваннам и т. д., а также созданию взаимного доверия между врачом и б-ым, словом, психическому перевоспитанию *rééducation psychique* или «душевной ортопедии», по выражению Juargo. Гипноз, по мнению Hudoverning'a, якобы неуместен, так как самое главное в этих случаях — укрепление силы воли. С этим замечанием мы никак не можем согласиться по существу, так как современное учение о гипнозе и тесно связанном с ним внушении в свете современной физиологии нервной системы (академ. Павлова и Бехтерева), а также и наблюдения над результатом лечения, напр., алкоголиков и др. форм заболевания, указывают как раз на противоположное в отношении воли.

Касаясь биологического основания гипно-суггестивной терапии морфинизма, нужно сказать, что она базируется на изменении биохимических процессов под влиянием «условных раздражителей», осуществляемых через вегетативно-эндокринную

систему. Известно, что влияние внушений как в бодрственном состоянии, так и в состоянии внушенного сна вызывает самые разнообразные процессы в организме как в сфере анимальной, так и вегетативной нервной системы. Вспомним хотя бы случаи внушенных кожных вазомоторных расстройств, полученных экспериментально Kraft-Ebing'ом, Jendrassik'ом, Kreibich'ом, Konstam'ом, Heller'ом, Под'япольским и др. Heller, перенося на человека опыт Павлова с психическим выделением желудочного сока, вызвал в гипнозе изменение его в зависимости от того, внушалось ли объектам употребление мяса, жира или углеводов. Langeinrich вызвал, с помощью внушения в гипнозе, секрецию желчи. Glaser доказал влияние внушенных состояний на химизм крови (колебание Са). Нашими опытами, совместно с д-ром Гальпериным, произведенными в лаборатории клиники проф. К. И. Платонова, удалось доказать влияние внушенных состояний на морфологию крови. Исследования проф. Magnus'a прямо доказывают влияние внушенных состояний на вегетативную нервную систему. Его работы показали, что соответствующим внушением в гипнозе можно изменить характер реакции вегетативной н. с. на адреналин, пилокарпин и атропин. Наконец, исследования проф. Платонова, произведенные им в последнее время на целом ряде объектов, с убедительностью и объективностью доказали влияние словесного воздействия при нарушении равновесия вегетативной н. с.

Всего к нам обратилось и было направлено 17 больных в период с 23/VI 25 г. по 1/1 27 г. в возрасте от 26 до 56 лет. Мужчин — 10, женщин — 7. Лиц медицинской профессии — 11 человек, из них врачей — 7, среднего персонала — 4, немедицинской профессии — 6 чел. Лечение проведено полностью у всех, за исключением двоих, прервавших лечение по независящим от них обстоятельствам (выехали из Харькова).

Всех больных мы, подобно Hudovernig'у, делили на три категории: к первой группе относятся лица, ставшие морфинистами в силу каких-либо болевых страданий; ко второй — невропаты с тяжелой наследственностью, с признаками вырождения, систематически прибегающие к морфию, как stimulans или средству, создающему радужное, беспечное настроение; третью группу, переходную между первыми двумя, составляют те морфинисты, которые первоначально принадлежали к первой категории и в дальнейшем не хотели и не могли уже отрешиться от злоупотребления этим ядом, дающим им полное благополучие.

Это подразделение случайно, как увидим ниже, имеет значение для выбора способа лечения и прогноза.

Переходим к краткому описанию наших случаев по категориям.

К *первой категории* мы отнесли 5 случайных морфинистов, наследственно неотягощенных, и получили полный терапевтический эффект, без рецидива в течение уже двух и более лет.

Случай 1-й. Больной В. 3-й, 31 года. Обратился к нам в психотерапевтический кабинет в резко подавленном настроении 28/VI 1925 года, с жалобами на целый ряд соматических и психических расстройств, явившихся результатом хронического употребления морфия. Б-ной, по его словам, по окончании медицинского института в 1921 году, поступил на службу в одну из б-ц Донбасса, работая все время в крайне тяжелых условиях как в моральном, так и материальном отношениях. Постепенно развивалась слабость и раздражительность, как результат переутомления, а затем и бессонница, особенно после ночных дежурств. Часто, придя домой, не мог уснуть. С этой бессонницей больной первое время, по его словам, боролся путем приема обычных доз снотворных веществ sulfonal'a, veronal'a и др. Но так как запас этих средств был ограничен, то он принимал и морфий, от которого на утро голова была всегда несвежей. Не опасаясь привычки к морфию, живя надеждой на лучшие условия работы, он верил в себя и знал, что оставит приемы этого яда легко. Но обстоятельства сложились иначе, и вместо того, чтобы совершенно прекратить прием морфия, наш б-ной незаметно увеличивал дозы, сначала принимая внутрь, а затем стал вводить и подкожно в течение последних 1½ лет ежедневно, дойдя за последние полгода до грамма в сутки. Попытка оставить морфий уже была не раз, но давала обратные результаты, при тяжелых абстинентных расстройствах увеличивая дозы.

Больной происходит из здоровой семьи, родители его живы. Отец по профессии фельдшер. Никаких данных, указывающих на наследственное отягощение, в анамнезе нет как по линии отца, так и матери. Б-ной родился, рос и развивался нормально; тяжелых болезней, кроме кори в детстве, не помнит. Учился довольно хорошо и никаких странностей характера не проявлял. 25-ти лет перенес сыпной тиф в легкой форме; женился 28 лет (3 года назад), жена здорова. Приемы морфия, как отмечено выше, дали целый ряд тяжелых

симптомов. Помимо раздражительности, слабости, расстройства желудочно-кишечного тракта, беспокойного сна, подозрительности, у б-ого появились иллюзии и галлюцинации, главным образом, слуховые, иногда зрительные. В последнее время б-ой, по словам жены, во всем старается найти недоброжелательное отношение к себе, стал мрачен и замкнут. Однажды был спасен отцом от самоубийства в самую последнюю минуту. Была предпринята попытка сразу прекратить употребление морфия, но опять кончилась неудачно, и б-ой снова пытался покончить с собой, не видя выхода из создавшегося положения. Услышав «о гипнозе», он решил использовать этот способ: «как бы тяжело ни протекал «период лечения», он согласен на все, только бы не в психиатрическую лечебницу». Морфий, принятый в достаточной дозе, укрепляет физически, всегда улучшает сон и прекращает абстинентные расстройства, эйфорий не дает и не улучшает умственной работоспособности.

St. praes. Б-ой среднего роста, телосложения правильного. Кожа лица, а также и туловища землисто-желтого цвета, кожа рук и ног слегка цианотична. Видимые слизистые бледны. В строении черепа, лица, ушных раковин заметных признаков дегенерации не отмечено. Со стороны легких патологии ни перкуторно, ни аускультационно не отмечается. Границы сердца в норме, пульс учащен, слабого наполнения. Живот слегка вздут, болезнен при давлении в нижнем отделе. Урогенитальная сфера в пределах нормы. Зрачки сужены, реакция на свет имеется. Резкий тремор век, пальцев рук и кончика высунутого языка. Сухожильные и периостальные рефлексы живее, чем в норме, особенно пателлярные. Со стороны чувствительной сферы отмечается гипералгезия межлопаточной и поясничной области. Трофическая сфера, кроме общего исхудания и отмеченных выше расстройств окраски конечностей, уклонений в сторону патологии не имеет. Дермографизм красный, стойкий, кожа влажна, симптом Aschneff'a выражен. Сознание ясное. Б-ой понимает свое положение и от этого страдает вдвойне: нравственно, как «раб морфия», без которого не может обойтись, и физически — от слабости, бессонницы и болей в животе. Память и внимание понижены. Воля «потеряна», вечерами появляется страх, с которым не может бороться. В отношении добывания морфия не брезгает никакими средствами.

Итак, в данном случае мы имеем дело с ясно выраженной клинической картиной морфинизма у не отягощенного патологической наследственностью б-го 31 года, не имеющего выраженных признаков дегенерации, ставшего морфинистом «случайно». Не находя здесь стимулирующего действия на психические процессы, а лишь прекращающие абстинентные расстройства, мы склонны видеть здесь подтверждение мнения Wuth'a, «что морфий вызывает те расстройства, с которыми вначале борется». В статусе мы видим здесь наличие вредного воздействия морфия на вегетативную нервную систему, понижение функции щитовидной железы и характерные расстройства психической сферы, как результат действия морфия на центральную нервную систему.

В виду отказа б-ого отправиться в психиатрическую б-цу, желания подвергнуться лечению внушением, а также в виду благоприятной обстановки на его временной квартире (у врача), возможности контроля со стороны лиц, пользующихся доверием и твердой «установки» говорить нам только правду, мы приступили к амбулаторному лечению с помощью словесного воздействия в гипноидном состоянии на б-ого и имевшиеся абстинентные расстройства.

24/VI 1925 г. (первый день лечения). Прошедшую ночь спал плохо, морфий принял в количестве 1,0: настроение подавленное, взгляд тупой, пульс учащен, глаза слезоточат, чиханье, урчанье в животе; пульс 86, лицо и руки покрыты потом. После продолжительной беседы, имевшей намерение ввести «в курс лечения», разъяснить, что такое гипноз и какие могут быть вызваны им изменения в организме б-ого, какова его роль в данном случае и пр., больно укладывается на кушетке, как это мы обычно делаем, и усыпляется с помощью словесного внушения. Через 3—4 минуты веки б-ого закрываются, слезы и чиханье стихают, б-ой не может открыть век, опустить или поднять рук, пульс 82, урчанье в животе стихло минут через 10. Больному внушается, что он может быть здоровым, что морфий он давно ненавидит, презирает; он мог бы оставить его и у себя дома, если б нашел надлежащую поддержку и правильный метод отнятия — постепенное. Далее, что его профессия, которая дает ему возможность быть полезным членом общества и государства, требует от него здоровья во всех отношениях, что, при отсутствии отягощенной наследственности, он, бросив морфий, никогда к нему не вернется. Наконец: «Вы можете быть и будете здоровым»... После небольшой паузы мы, повторяя последнюю фразу, добавляем, что он хочет говорить лечащему врачу только правду и будет принимать только те дозы, которые будут указаны врачом. Дыхание б-ого спокойно, нота и других вегетативных расстройств не видно, пульс 76 в минуту; лицо спокойное. Под конец внушается непреодолимое отвращение к морфию. После всего сказанного, б-ой оставляется в покое на 20 минут, перед пробуждением внушается уверенность в выздоровление и отсутствие абстинентных явлений, а также и то, что кроме врача, производящего внушения с лечебной целью, никто другой никогда не может вызвать у него подобного состояния, если это не потребуется для лечебных целей. После 40-минутного сеанса, б-ой пробуждается с обычным добавлением, что самочувствие будет необыкновенно бодрым и хорошим, и разницы в дозе морфия он не почувствует.

Б-ой проснулся с необыкновенно радостным лицом, полным веры в возможность выздоровления, и «вполне отдохнул»; был крайне поражен, что беспокоившие его симптомы абстиненции сразу исчезли, чего раньше никогда не было без морфия. После непродолжительной беседы б-ой заверил, что не скроет от нас ничего и сейчас же по приходе домой передаст все принадлежности для инъекции своей супруге и будет строго придерживаться указанных доз. На следующие сутки доза назначена на 0,2 меньше, т. е. 0,8, в

дальнейшем мы решили держаться постепенного отнятия, так как это импонировало б-ому и было более удобно для нашего лечения в обстановке психоневрологического диспансера.

25/VI 1925 г. (2-ой день). Первый сеанс произвел большой сдвиг в настроении б-ого. По словам жены, он вручил дома ей, действительно, сейчас же все иглы, шприцы, запасы морфия, врачебную печать и все деньги, абстинентные явления возобновились через $2\frac{1}{2}$ — 3 часа. «Моральное самочувствие было прекрасно, физически вполне удовлетворительно» — так заявил б-ой. Дозу взял 0,8 (4 раза по 0,2) и разницы с предыдущей не почувствовал. Ночь спал спокойно. Аппетит неважный. Сеанс внушения продолжительностью 45 минут был более успешным по сравнению с первым, у б-ого быстро исчезли абстинентные расстройства — урчание, слезотечение и пр. Содержание внушений было несколько иным: внушалось отсутствие резких абстинентных явлений, но они должны быть, «морфий должен выделяться из организма», пусть он выделяется слюной, желудочно-кишечным трактом и прочими органами, что вас не испугает, наоборот, вы будете довольны, что это быстро происходит, вы будете сознательно к этому относиться, подавление этих неприятных ощущений послужит упражнением для вашей воли. Вы не отступите от намеченной цели ни при каких препятствиях, вы можете терпеливо переносить неприятные ощущения, вы можете быть здоровым и будете здоровым, каждый сниженный дециграмм морфия укрепляет ваше тело и вселяет бодрость и хорошее самочувствие, для вас нет недостижимых целей». После паузы в 20 минут болевой пробуждается с соответствующим внушением бодрости, физической крепости и сильнейшим желанием выдержать назначенную дозу. После пробуждения прекрасное самочувствие во всех отношениях. Доза назначена 0,6.

26/VI (3-й день). За прошлые сутки выпрыснуто под кожу по 0,15 — 4 раза, т. е. 0,6. Спал хорошо, после сеанса внушения прошлый раз абстинентные явления совсем не появились, лишь за некоторое время перед приходом в диспансер появились незначительное слезотечение, влажность всего тела, чихание и недомогание. Все указанные явления мгновенно исчезли, лишь б-ой погрузился в дремотное состояние обычным приемом. Сеанс продолжительностью — 40 минут; внушалось бодрость духа, желание во что бы то ни стало держаться назначенных доз и уверенность в выздоровление, а также отсутствие резких абстинентных явлений. После сеанса прекрасное самочувствие. Доза назначена на следующие сутки 0,4.

27/VI (4-й день). Б-ой явился к нам с бодрым видом, очень доволен, что выдержал дозу и не почувствовал разницы в действии с предыдущими. Зрачки узки, пульс 90, слезотечение, потливость в умеренной степени; со стороны желудочно-кишечного тракта — частый стул. На вопрос об отношении к морфию ответил, что его не тянет, все же он поджидает с некоторым беспокойством времени очередной инъекции и делает ее с удовольствием. Сеанс внушения, при чем внушается, помимо желания поскорее окончить лечение, индифферентное отношение ко времени инъекций, физическая бодрость, спокойный сон и непреодолимое влечение выполнять только назначенную дозу. Во время сеанса абстинентные явления быстро стихли под влиянием соответствующих внушений. После сеанса хорошее самочувствие, чувство отдыха и облегчения. Доза назначена 0,1.

28/VI сеанс не было (нерабочий день).

29/VI (6-ой день). Б-ой явился несколько осунувшимся, в пониженном настроении. Первую ночь после сеанса спал хорошо, вторую, когда не было сеанса, — хуже: беспокоили боли в животе и расстройство желудочно-кишечного тракта. Потливость и ломота во всем теле. Все эти расстройства б-ой объясняет исключительно отсутствием сеанса в предыдущий день. Об уменьшении дозы не упомянул, назначенную дозу в 0,1 выдержал в точности. Обычный сеанс гипноза с внушением отвращения к морфию и манипуляциям со шприцем. Во время сеанса спокоен — вид отдыхающего человека. После сеанса «прекрасное самочувствие», по словам б-го. Пульс 78, потливость и слезотечение прекратились. Доза назначена уже 0,06.

30/VI (7-ой день). Б-ой еще более осунулся, но ни на что, кроме слабости, не жалуется. Ночь спал крепко, но недолго — 5 часов, — раньше обычно 7 — 8 час. — проснулся из-за болей в животе и расстройства желудочно-кишечного тракта. Ко всем абстинентным явлениям относится спокойно, с улыбкой заявляя «пусть выделяется морфий» (действие предыдущего внушения). Дозу выдержал легко, взяв 4 раза по 0,015. Сеанс внушения. Внушается то же, что и раньше, с акцентом на отвращение к морфию и всем манипуляциям с ним. Сеанс дал отдых и полное исчезновение абстинентных явлений. Доза на следующие сутки назначена 0,01.

1/VII (8-ой день). Вид б-ого хуже, чем раньше, лицо стало как будто еще темнее, сильное чихание, жалуется на ломоту во всем теле, особенно в ногах, отсутствие аппетита. Все эти явления обнаруживаются, по словам б-ого и его окружающих, к вечеру следующего дня после сеанса. Дозу выдержал при чем заявил, что желает скорее закончить деморфинизацию, так как все манипуляции со шприцем крайне неприятны, инъекции якобы делает только по необходимости, скорее с отвращением, чего раньше не было. Ночь спал, но часто просыпался. Пульс 96, потливость, слезотечение больше обычного. Под влиянием внушения все абстинентные явления постепенно стихают, пульс замедляется, б-ой приобретает вид спокойно спящего человека. Внушается уверенность в скором излечении, терпеливое отношение к проводимой деморфинизации, ощущение морального удовлетворения в связи с успешностью лечения и физическая бодрость. После сеанса прекрасное самочувствие, по словам б-ого, что ясно отмечается и нами, как по общему виду, так по пульсу и другим исчезнувшим, беспокоившим б-ого симптомам. Доза назначена 0,0075.

2/VII (9-й день). Б-ой явился в удовлетворительном состоянии. Ночь, по словам окружающих, провел беспокойно, вставал много раз, зажигал свет, ходил по комнате, но морфия не просил и дозу выдержал. Сеанс был более продолжительным — 50 минут, — после сеанса самочувствие вполне хорошее. Бодро пошел домой. Доза уменьшена до 0,005.

3/VII (10-й день). Дозу выдержал и об увеличении не думал, к морфию и манипуляциям со шприцем относится индифферентно. Ночь спал лучше, чем предыдущую, по словам окружающих, но стал раздражительнее и больше лежал в постели днем. До этого каждый день делал прогулки часа по 2 — $2\frac{1}{2}$ по городу и в парке. Сеанс продолжительностью — 50 минут. После внушений, по смыслу в общем аналогичных предыдущим,

предоставлен был отдых. После сеанса абстинентные явления, как и всегда, исчезли, б - ой хорошо отдохнул. Доза оставлена предыдущая, т. е. 0,005.

4/VI (11 - й день). Б - ой, кроме физической слабости и обычно появляющихся абстинентных явлений, жалоб не заявил. Сила удовлетворительно, морфия не просил прибавить. Сеанс внушения. Внушено полное и безболезненное прекращение инъекций морфия. Б - ой охотно согласился прекратить инъекции. Сеанс продолжался 40 минут. Б - ой хорошо отдохнул и окреп, абстинентные явления исчезли в течение первой половины сеанса.

6/VI (13 - й день). Морфия не принимал, как было условлено, с вечера 4/VI. Кроме физической слабости, незначительных болей в животе, ногах и потливости, ни на что не жалуется. Говорит и держится очень спокойно. Сеанс гипноза продолжительностью в 50 минут. Внушено полное моральное удовлетворение по поводу окончания деморфинизации, физическая бодрость и полное отвращение к морфию навсегда. Сеанс сопровождался обычным терапевтическим эффектом, как во время внушения, так и по окончании его.

7/VI (14 - й день). Самочувствие б - ого удовлетворительное во всех отношениях, появился аппетит. Немного гулял, смог читать газеты, настроение весь день бодрое, чувствуется какое - то «приятное ощущение на сердце», вследствие сознания конца деморфинизации и реализации намерения избавиться от морфия. Сеанс внушения — 30 мин. Внушается полное физическое здоровье, отвращение к морфию навсегда, изглаживание из памяти ощущений, получаемых от приема морфия раньше, желание скорее вернуться к работе и найти в ней полное моральное удовлетворение, несмотря на все жизненные невзгоды. После сеанса б - ой уверенно и серьезно заявил, что чувствует себя совсем другим человеком и уверен в себе и своей стойкости к материальным невзгодам.

9/VI (16 - й день). Вид б - го резко изменился в лучшую сторону: кожа светлорозовая, зрачки нормальной ширины; прибавил в весе 3 фунта со времени прекращения морфия. Голос достаточно чистый, говорит спокойно, внятно, уверенно. Лечением удовлетворен и поражен, особенно его подбодрило удачное проведение первого сеанса, когда вдруг исчезли слезотечение, чихание, урчание в животе и прочие симптомы. Сеанс внушения продолжительностью 30 минут. Внушено, помимо ободряющих и укрепляющих состояний, физическое здоровье, сознание участия б - ого в деморфинизации в большем размере, чем лечащего врача; что успех лечения указывает на целость и устойчивость личности б - го; что б - ой сам в дальнейшем может вполне разумно руководить своим поведением, а также и то, что этот сеанс может считаться заключительным. В случае возобновления каких - либо неврастенических симптомов б - ой будет искать другого способа лечения и найдет его.

10/VI (17 - й день). Б - ой явился в последний раз, внешний вид и поведение изменились до неузнаваемости. Б - ому в сеансе было еще раз подчеркнуто, что в деле лечения он сам принимал участие, проявил свою волю, настойчивость и терпение; эти качества дают полную уверенность считать его окончательно излеченным.

На следующий день б - ой отправился, по нашему совету, для закрепления лечения в Кисловодск, где он провел три недели и вернулся к исполнению своих обязанностей врача. Через год по окончании лечения я видел этого б - ого, он стал в буквальном смысле слова неузнаваем. По полученным мною (в августе 27 г.) сведениям от безусловно авторитетных лиц, этот б - ой совершенно здоров и в течение 2 - х лет не имеет рецидива.

В этом первом случае мы можем отметить помимо быстрого (в 11 дней) отвращения от морфия, быстрого и прочного терапевтического эффекта, еще то, что попытка оставить морфий самому, без внушений не удавалась, что внушение здесь сыграло колоссальную роль, как фактора, способствующего смягчению, если не сказать, прекращению абстинентных явлений. Хотя в дни случайных пропусков сеанса внушения абстинентные расстройства усиливались, но под влиянием внушения на следующий день быстро и сравнительно надолго прекращались.

Следующие двое больных — сестры, случайные морфинисты без патологической наследственности и невропатической конституции. В смысле лечения прошли также успешно, как и предыдущий: быстро, сравнительно легко перенесли деморфинизацию под влиянием соответствующих внушений, но обе больные принимали меньшие дозы, были старше возрастом и физически слабее первого.

Случай 2 - ой. Б - ая Е. П - ва, 42½ лет, вдова, акушерка. Происходит из крестьянской семьи Самарской губернии. Родители умерли, отец — 56 лет от брюшного тифа, мать — 53 лет — от воспаления легких. В семье 4 брата и 4 сестры; братья здоровы, сестры — 2 здоровы, а две — обе наши пациентки, страдают морфинизмом. Указаний на лues, алкоголизм, туберкулез, нервные и душевные заболевания, как у ближайших, так и отдаленных родственников — нет. Больная в детстве перенесла скарлатину, натуральную оспу — 9 - ти лет, в 1919 г. — возвратный тиф. Замуж вышла 22 - х лет, имела одного ребенка, которому теперь 18 лет, 26 лет овдовела. Служит в б - це акушеркой. Условия жизни материальные были всегда, по словам б - ой, неважные. Морфий начала принимать в 1919 г. из - за болей в конечностях, развившихся после тифа; надо было работать, время было трудное, ребенок подрастал, приходилось думать о куске хлеба на каждый день, ходить по больным, а боли в ногах мешали. Принимая от этих болей морфий, незаметно сделалась морфинисткой. Первоначальные дозы были нормальные, затем постепенно повышались; максимальная доза 0,5 в сутки, эту дозу принимает около 2 - х лет. Алкоголь употребляла изредка в небольших количествах, вместо морфия иногда употребляла опий внутрь, других наркотиков не употребляла. Stat. praes. Роста выше среднего, телосложения

правильного, лицо бледно-желтовато-сероватого цвета, веки отекают. В строении головы, лица и туловища признаков дегенерации не отмечено. Со стороны внутренних органов и урогенитальной сферы патологии не отмечается. Костно-мышечный скелет в пределах нормы. Зрачки сужены равномерно, реакции на свет сохранены. Черепно-мозговые нервы, а также органы чувств в пределах нормы. Сухожильные и периостальные рефлексы слегка живее нормы. Со стороны чувствительности — общая гипералгезия, легкий симптом Lassegue'a и незначительная болезненность по ходу обоих седалищных нервов. Кожа конечностей цианотична, кисти рук холодные наощупь. Дермографизм стойкий, красный, пилomotorный рефлекс выражен ясно, сильная потливость, соливания и положительный симптом Aschner'a. Психика — сознание сохранено, лишь в моменты абстиненции отмечает спутанность. Основные интеллектуальные функции: восприятие, память, внимание и др., понижены. Работоспособность понижена, утомляемость быстрая. Преобладающее настроение — подавленность, доходящая временами до резкой апатии, и замкнутость. Неуверенность в себе, временами, особенно к вечеру, неопределенный страх, исчезающий от приема морфия.

Морфий эйфорий не дает. В случае воздержания возникает соливания, желудочно-кишечные расстройства и боли в ногах и руках.

Лечение начато 7/IX 1925 г. В психиатрическую б-пу отправиться не желала, несмотря на настойчивые предложения. Лечение проводилось по тому же типу, как и в первом случае, т. е. рациональная психотерапия, с последующими «усилением» и внушением отвращения к морфию, полной правдивости и проч.

Сеансы почти ежедневно, за исключением случайных пропусков. Снижение до нуля достигнуто за 5 дней. 7/IX — 0,3, 8/IX — 0,15, 9/IX — 0,075, 10/IX — 0,05, 11/IX — 0,02, 12/IX — 0. Все абстинентные расстройства исчезли при внушении и возобновлялись через 5—8 часов. После прекращения появились резкая слабость, соливания, расстройство желудочно-кишечного тракта, легкое пошатывание, потеря аппетита и плохой сон. Через 4 дня, т. е. 16/IX, все расстройства прекратились. Через 20 дней больная, после демонстрации на конференции в нервной клинике, проделав курс электро- и гидротерапии, отпущена домой. Больную мы видели через 1½ года в прекрасном состоянии — рецидива нет.

Случай 3-й. Б-ая П. Г-н, 56 лет, сестра предыдущей б-ной. Замужем, занимается домашним хозяйством, детей нет и не было по причинам, независящим от б-ой. Страдает морфинизмом 1½ года. В анамнезе ничего особенного. Начала принимать морфий года 2 назад, по совету сестры, ставшей в то время уже морфинисткой, с небольших доз в порошках от простудного кашля. Жизнь в этот период сложилась неблагоприятно в материальном отношении. Муж заболел раком желудка, больная часто простуживалась, кашель не переставал, уход за мужем утомлял, вследствие чего дозы морфия увеличились, достигнув 0,3—0,4 в сутки. Но последствия таких доз сказались уже через ½ года: б-ая сильно похудела, крайне ослабела, лишилась сна и аппетита, не могла ничем заняться, ей трудно было сосредоточить на чем-нибудь мысли; походившая скорее на скелет, она, видимо, невыносимо страдала и нравственно. На лечение была доставлена сестрой, предыдущей б-ой, прекрасно выглядевшей и соблазнившей ее своим примером. Stat. praes. Роста высокого, телосложения правильного. Заметных признаков дегенерации не отмечено. Кожа лица землисто-желтого цвета, взгляд поблекший. Подкожный слой не развит. Мышцы дряблые. Со стороны внутренних органов резких отклонений от нормы не отмечено (терапевтическая клиника), — состояние их соответствующее ее возрасту. Мenses прекратились 46 лет. Со стороны центральной нервной системы признаков органического страдания не отмечено. Настроение подавленное, апатичное, раздражительность, временами доходящая до агрессивных действий (дома). Память и внимание ослаблены. О морфии не может говорить без злобы: «не знала, что так может быть; когда сестра давала порошки, то я и не знала, что это за лекарство, но они хорошо помогали». Лечение начато 26/I 1927 г., закончено 7/II 1927 г. Деморфинизация продолжалась 10 дней. Внушаемость легкая. Все время лечения б-ая самостоятельно приходила в психо-терапевтический кабинет диспансера, при чем, кроме слабости общей, потливости, расстройства желудочнокишечного тракта, никаких других абстинентных симптомов не отмечалось. Б-ая через 9 дней после деморфинизации, 16/II 26 года, демонстрировалась на конференции пропедевтической нервной клиники и была отпущена домой. По имеющимся сведениям, рецидива нет, несмотря на ряд материальных и моральных потрясений, связанных со смертью мужа.

Наконец, две последних больных этой категории, успешно закончивших деморфинизацию, без рецидива, интересны еще и в том отношении, что наглядно демонстрируют влияние гипносуггестивного воздействия на абстинентные расстройства и конечный результат лечения. У этих б-ых нами не было отмечено патологической наследственности.

Случай 4-й. Б-ая Е. Н. К-ва, 40 лет, акушерка. Замужем. Имеет двух здоровых детей (сына 21 года, дочь 18-ти лет). Страдает морфинизмом с 1922 года, около 4-х лет, постепенно дойдя до дозы 0,5 в сутки, вводя под кожу в 2% растворе. Причиной морфинизма считает ревматический линас. Морфий первоначально принимала изредка, в нормальных дозах, по рецепту врача, при сильных болях, а затем на работе в б-це при декурствах и при слабых болях, а то и с целью предупреждения развития этих болей. С раннего детства до начала морфинизма в анамнезе ничего особенного. Анамнез семьи тоже вполне благополучен. Неправильные боли исчезли после лечения грязевыми ваннами в г. Ейске в 1924/25 г. В 1923 г., принимая в сутки до 0,3—0,4, поступила для деморфинизации в Г-ую жел.-дор. б-цу, где находилась с 13/XI до 24/XII 1923 г. Хотя снижение шло успешно поначалу, все же, по ее словам, полностью снизить морфий не удалось из-за сильнейших явлений морфинного голода, резкой общей слабости, временами доходившей до коллапса. В таком состоянии б-ую, якобы, взяли родственники домой с суточной дозой 0,05 морфия.

Дома дозу Б - ая повысила через некоторое время втрое. В марте 1924 г. поступила снова в жел.-дор. б - цу в другом городе. Была предпринята попытка медленно снизить морфий, не увенчавшаяся успехом. На этот раз, по причинам, не зависящим от самой б - ой, выписалась 9/IV с явлениями резкой слабости. В июле того же года б - ая снова поступила в эту же б - цу для окончания лечения. Но и на этот раз абстинентные расстройства настолько резко выявились, что врачи, по ее словам, вынуждены были прервать лечение. Проведя в б - це около $1\frac{1}{2}$ месяца, б - ая выписалась и до поступления к нам больше нигде не лечилась. Нога уже не болела, но б - ая все же принимала морфий, так как «ничтожное уменьшение его вызывает ужасные физические мучения». Имея сильнейшее желание избавиться от морфия, она, естественно, потеряла всякую надежду на выздоровление. К нам в диспансер явилась по инициативе мужа, кстати, очень спокойного и разумного человека (жел.-дор. рабочий), умевшего помогать нам в уходе за б - ой. St. praes. Б - ая выше среднего роста, телосложения правильного, питания резко ослабленного. Признаков дегенерации не отмечено. Органы грудной клетки — легкие, сердце — в пределах нормы. Живот вздут; при воздержании от морфия — поносы. Урогенитальная сфера — мензес в последние два года — 1 — $1\frac{1}{2}$ дня, — не обильны. Суживательные и перистальтические рефлексы в пределах нормы. Мышцы дряблы. Со стороны чувствительной сферы — болезненность по ходу левого седалищного нерва. Симптом Лассега, Говерса, Минора не резко выражены. Расстройства кожной чувствительности не отмечено. Дермографизм красный, стойкий, потливость, соливания выражены в резкой степени. Симптом Aschner'a выражен ясно, замедление пульса на 12 — 15 ударов. Зрачки узки, реакции на свет сохранены. Речь невнятна, часто прерывается слезами. Память ослаблена, даты из событий как за отдаленный период, так и настоящий ослаблена, раздражительность резкая. Жизненный тонус понижен, временами мысли о самоубийстве. Лечение начато 26/III 1926 г. Применено внушение в гипнозе. Внушаемость легкая, при чем абстинентные расстройства под влиянием внушения мгновенно исчезают. Доза с 0,5 быстро снижается. После сеанса абстинентные расстройства не появляются 3 — 4 часа. До 10/IV 26 г., т. е. до последней инъекции в дозе 0,01 в сутки, явления абстиненции хотя и были в виде слезотечения, потливости, чихания, покалывания в боках и желудочно-кишечных расстройств, но не в резкой форме, — б - ая являлась в назначенное время для сеанса. В первые сутки полного воздержания, к концу дня, у б - ой появлялась резкая слабость; она перестала ориентироваться в окружающем, лицах, временами то пела, то кричала, ночи не спала и на утро не могла явиться в диспансер. Явившемуся к нам ее мужу было предложено ввести под кожу 0,01 морфия и снова поставить нас в известность о результатах этого вмешательства. Через некоторое время муж явился снова и заявил, что подойти к б - ой ему не удалось, она никого не подпускает и от морфия отказывается и «слышать не хочет», от пищи также отказывается. Спутанность сознания имеет тенденцию к нарастанию. Мы вынуждены были отправиться на квартиру; б - ая нас охотно приняла. Было применено внушение обычными приемами. Через 30 — 40 минут б - ая была уже совершенно спокойна, всех узнавала и о происшедшем с ней ничего не помнила; пищу приняла. На ночь был назначен Luminal 0,15. К утру после сна у б - ой возобновились явления, имевшие место накануне. Мы снова отправились к ней на квартиру. Она лежала, раскинувшись на кровати в циничной позе, с закрытыми глазами, что-то напевая. Мы решили проверить наш эксперимент и пытались ее успокоить через мужа, но это не удалось. Внушение наяву не привело ни к какому результату: б - ая начала браниться, всех отгонять, боясь, что ей дадут морфий. Легкими поглаживаниями по лбу и внушением успокоения и сна б - ая быстро успокоилась и уснула, не теряя рапорта. После сеанса была совершенно спокойна. На ночь снова назначен Luminal в дозе 0,1. На утро проснулась, жалуясь на слабость и сонливость, и после чая уснула снова. При нашем посещении б - ая спала спокойно, сеанса мы не делали. Через сутки б - ая уже явилась сама с мужем в диспансер, при чем внешний вид ее и поведение были совершенно другими: лицо спокойное, зрачки стали шире, пульс 76 ударов, потливости почти не было, была лишь физическая слабость. После сеанса гипноза самочувствие стало еще лучше. Так б - ая являлась еще два раза через день и получала внушение отвращения к морфию и физическое здоровье. 20/IV 1926 г., т. е. на 25 - й день после начала лечения, б - ая была последний раз. Физическое самочувствие и статус были вполне удовлетворительны. Б - ая была отпущена домой с настойчивым пожеланием провести курс физиотерапии где-либо на курорте. Муж заявил готовность сообщать письменно о судьбе жены и, в случае каких-либо намеков на рецидив, снова привести к нам. Из регулярных писем мужа мы узнали, что б - ая совершенно окрепла, провела летом 2 месяца на южном берегу Крыма и о рецидиве вестей до сего времени нет. Вполне работоспособна.

Случай 5 - й. Б - ая Г - ая А. М., 26 лет, бывшая балерина, замужняя, начала принимать морфий около 5 - ти лет назад, по поводу приступов бронхиальной астмы. Сначала приступы были один раз в $1\frac{1}{2}$ — 2 месяца, затем, в течение последнего года, стали чаще, доходя до 2 — 3 раз в неделю. Б - ая происходит из здоровой семьи, имеет здоровых двух братьев и двух сестер. Нервные и душевные болезни, а также лues, алкоголизм и другие наркотики в семье отрицает. В раннем детстве была здоровым ребенком, 11 - ти лет перенесла бронхит и воспаление легких. Признаки астмы начались лет с 15 — 16, сначала только при простуде, затем лет с 17 и от дурных запахов, позже и от волнений. Условия жизни до заболевания хорошие. В последние 2 — $2\frac{1}{2}$ года, когда б - ая из-за своей участвующей астмы перестала служить, стали значительно хуже с материальной стороны. Моральные же считает удовлетворительными, — муж служит и хорошо к ней относится. Б - ая лечилась в севастопольском Институте физических методов лечения кварцевой лампой, рентгенотерапией в Ленинграде, протеинотерапией, но ничего не помогало. Астма беспокоила, особенно по ночам, вследствие чего она иногда не спала всю ночь, ослабела, стала раздражительной. Морфий, прекращавший приступы астмы мгновенно и предупреждавший их, сначала принимала на ночь; последние же $1\frac{1}{2}$ года в течение всех суток, вводя под кожу всего 0,5. Прямого действия на психику морфия не оказывает. «Несколько не поднимая настроения, он только дает уверенность, что астмы не будет, и моментально ее обрывает».

St. praes. Б - ая среднего роста, правильного телосложения. В строении головы, лица и туловища резких признаков дегенерации не отмечено. Исследование внутренних органов, за исключением обычных для астмы явлений, со стороны легких ничего не устанавливает. Пульс учащен, вяловат, симптом Aschner'a ясно выражен.

Дермографизм красный, разлитой и стойкий. Желудочно-кишечный тракт и урогенитальная сфера в пределах нормы. Со стороны нервнопсихической сферы — неврастеннический симптомокомплекс. Лечение начато 12/IV 1926 года. Морфий принимает 5 раз в день. Деморфинизация проводилась медленно, отнятием 1 — 2 делений шприца при каждой инъекции. Так, 12 апреля приняла 0,5, 13-го — 0,45, 14 — 0,4, 15 — 0,35 и т. д. до 23 апреля. Внушение с первого же сеанса дало прекрасный результат. Б-ая все время аккуратно являлась на лечение и вела дневник хода своей болезни, а также строгий учет принятого морфия. За все время, кроме легкой потливости, поносов и общей слабости, — никаких других абстинентных расстройств и ни одного приступа астмы. С 24/IV 1926 г. морфий прекращен. Сеансы и содержание внушений заключались не только во внушении отвращения к морфию и безболезненного отнятия его, но и нечувствительности к дурным запахам и уверенности в выздоровлении и от астмы. За весь период лечения был только один непродолжительный приступ астмы. Все лето б-ая провела в Крыму и приступов астмы не имела, осенью забеременела (6-ая беременность; до этого искусственное прерывание 5 раз) и родила здорового доношенного ребенка. По имевшимся сведениям в сентябре 29 г., как сама, так и ребенок здоровы вполне. Приступы астмы крайне редки — 1 раз в 2 — 3 месяца, легко обрываются курением абиссинского порошка, что раньше не удавалось.

Вторая категория. 6 больных морфинистов, употреблявших большие дозы, имеющих отягощенную наследственность и психопатическую конституцию, — это люди, постигнутые какими-либо несчастьями или впавшие в уныние и утратившие жизненный тонус. Они, «чтобы побороть свою раздражительную слабость, прибегают к злоупотреблению морфием».

Клиническая картина хронического отравления морфием выявлялась у них значительно резче, чем у больных 1-й группы, целым рядом соматических расстройств и расстройством вегетативной нервной системы, при чем со стороны последней у этих больных нельзя установить наличие каких-либо определенных симптомов со стороны симпатической н. с. Здесь сплошь и рядом имеются симптомы раздражения как симптоматического, так и блуждающего нервов. Вместе с тем явления со стороны психики, в большинстве случаев, характерны и однообразны, с превалированием аморальности и резкой неустойчивости к различного рода травмам.

Хроническое введение морфия, повидимому, произвело настолько стойкие и характерные изменения, что все эти б-ые получили своеобразные особенности (сл. 10 и 11) в смысле сопротивляемости другим болезням и реакций на раздражения окружающей среды, не существующие у здоровых. Именно у этих б-ых мы склонны предполагать наличие «психопатической конституции».

Лечение у большинства было доведено до конца, но все они дали или рецидивы, или заменяли морфий другими ядами. Действие морфия сказывалось у них чаще всего в изменении настроения, которое становилось приятно-повышенным и радостным. Влияние внушений на абстинентные расстройства хотя и было, но не у всех и не столь продолжительно, как у б-ых первой категории.

Вот краткие сведения о них.

Случай 6-й. Б-ой Г. И. П., 29 лет, уроженец Ленинграда, журналист, женат, детей не имеет. Анамнез его семьи: «Дед по отцу был здоровым, непьющим человеком, умер 70 лет. Бабка, умершая также в весьма преклонном возрасте, страдала падучей болезнью. Отец умер от уремии и отека легких. Пил всегда, но собственно алкоголиком был последние 10 лет. Был временно в психиатрической б-це в Ленинграде, по поводу острого душевного расстройства — последствия двухлетнего непрерывного пьянства. Мать умерла от родов 45 — 48 лет. Туберкулеза и сифилиса ни у кого не было. Нервными были все четверо. Братьев и сестер, умерших в очень раннем детстве, было 8 человек. Умерли от детских эпидемических заболеваний. Нас, доживших до настоящего времени, трое — один брат алкоголик и невротик — 40 лет, две сестры — обе невротички и истерички, физически здоровы. В 1918 году умерла моя старшая сестра; была очень здоровым человеком, но нервной была всегда. Умерла от острого психоза в психиатрической б-це. Я в детстве перенес почти все детские болезни, за исключением оспы (скарлатина, корь, тиф брюшной, инфлюэнца, пневмония и др.). С 18-ти лет страдаю хроническим туберкулезом легких, с этого же времени болел неоднократно левосторонним плевритом и пневмонией. В 1923 г. я привык к морфию, вследствие воспаления мочевого пузыря. Максимальная доза 1,00 грамм морфия в сутки, вводимого под кожу в виде 20% раствора, минимальная за последние 1½ года — не ниже 0,5 — 0,6. Как последствия наркомании отмечаю сильную нервность, сердечные и нервные припадки». С детства находился в хороших материальных условиях жизни, рос и развивался нормально. Учился «иногда хорошо, иногда скверно». Проявлял хорошие способности к музыке и рисованию. По окончании гимназии служил, имея различные профессии: был военным, артистом оперетты, счетоводом, наконец, журналистом. В половом отношении был всегда неводержан. Последние три года женат, детей не имеет. Характер капризный, крайне упрямый, неуживчивый, живой. Лечиться являлся по настоянию жены. St. praes. Роста среднего, телосложения правильного, голова большого размера, непропорционально высокий лоб. Ушные раковины расположены ассиметрично; небо узкое, высокое. Зрачки сужены, глазные яблоки больших

Последние 2 случая б-ых этой категории несколько отличны от первых 4-х, а именно: у обоих б-ых при наличии невропатической конституции и далеко зашедшего морфинизма, все же удалось достигнуть глубоких степеней внушенного сна и реального воздействия на абстинентные расстройства. Рецидива, как такового, у них пока нет, но оба б-ые стали принимать другие средства — первая — в больших дозах атропин, второй — аспирин.

Вот краткие сведения из историй болезней:

Случай 10-ый. Б-ая К-ва, В. В., 28 лет. Девушка. Происходит из наследственно-отягощенной семьи (алкоголизм, туберкулез, странности характера у родителей и родственников). В детстве перенесла корь, скарлатину; в 1918 г. — сыпной тиф. Училась всегда очень хорошо и развивалась, по словам матери, во всех отношениях нормально. Характер капризный, упрямый, неуживчивый. В период полового созревания страдала навязчивыми идеями, сводившимися, главным образом, к мнительности. Условия жизни «до революции прекрасные, после революции крайне тяжелые как в моральном, так и в материальном отношениях» (принадлежит к деклассированному элементу). Морфий начала принимать, будучи сестрой милосердия в 1916 — 17 году в госпитале — «научили б-ые». В 1919 году дошла уже до 1,0 в сутки, резко ослабла и вынуждена была провести деморфинизацию в закрытой психиатрической б-це. Деморфинизация закончилась успешно в 3 месяца, но по выписке из б-цы сейчас же рецидивировала. Конституция как по анатомическим, так и психическим признакам — дегенеративная. Со стороны внутренних и женских органов резких отклонений от нормы не отмечено. Нервная система — резко выраженный истеро-неврастенический симптомокомплекс. На аморальные поступки способна только в отношении добывания морфия, в остальном вполне положительна: исполнительна по службе, очень внимательна по отношению к матери, коллегиальна и проч.

Лечение начато 31/X 1925 года. Доза принимаемого морфия достигает 0,8 — 1,0 в сутки. Б-ая не хотела, да и не могла прервать службы, почему был взят план медленного снижения морфия. С первого же сеанса внушения и в течение всего лечения б-ая впадала в сомнамбулическое состояние. Морфий был снижен постепенно, заменен опием и, наконец, оставлен через две недели, т. е. с 12/XI 25 г. Явления абстиненции были весьма ничтожны. Б-ая все время посещала службу, ни разу не пропустила и посещения нашей амбулатории. Сеансы внушения в гипнозе производились ежедневно, затем с 1 — 2-дневным перерывом, после деморфинизации один раз в неделю, затем реже, не менее 1 раза в месяц в течение 6-ти месяцев. Всякий раз после сеансов б-ая чувствовала себя необыкновенно хорошо как физически, так и морально. В течение этого периода не раз возвращались внезапно абстинентные явления, иногда на день, полдня, или даже на несколько дней. В один из таких дней б-ая получила рецепт на атропин, который оказал на нее хорошее действие и прекращал вазомоторные и желудочно-кишечные расстройства. Вследствие невозможности посещать диспансер ни утром, ни вечером, будучи занятой по службе, б-ая все чаще и чаще стала принимать атропин. Употребляет его и теперь ежедневно в больших дозах, доставая, впрочем, всегда легально. К морфию, с момента прекращения, не вернулась.

Б-ая часто простуживается от ничтожных колебаний температуры и не раз страдала фурункулами, появлявшимися в различных отделах туловища, чего не было и в «худшие годы».

Случай 11-й — последний из этой категории б-ых. Врач-профессор О-ц, И. О., 53 лет, вдов. Наследственные данные таковы: отец умер 75 лет от тифа; мать 39 лет — от душевной болезни, развившейся за 2 года до смерти. Всю жизнь страдала мигренью. Дядя по отцу умер 40 лет от *Neurologues'a*. В семье, кроме б-ого, сестра, старше б-ого на 3 года, болезненная, нервная. Сам б-ой с 5-тилетнего возраста страдает мигренью в крайне тяжелой форме. С 8-ми лет постоянно повторяющийся колит. Лет 8 — 10 правосторонний паралич лицевого нерва. Учился хорошо. Женился 19-ти лет. От этого брака имел 3-х детей; из них один душевно-больной. 2-ой раз женился 33 лет и имел также 2-х мальчиков и одну девочку. Один мальчик умер от туберкулезного менингита 7-ми лет. Морфий начал принимать после смерти 2-ой жены, умершей в 1921 году от холеры. До этого времени, лет 30, принимал *T-gae opii*, иногда *pantopon* в каплях «от болей в животе».

Характер детства замкнутый, неуравновешенный, раздражительный. «Морфий, помимо успокоения болей, освежает умственную работоспособность, бодрит, создает эйфорию. *St. praes.* Роста среднего. Телосложения правильного. Худой, бледный, обессиленный. От сознания своей болезни крайне страдает нравственно. Будучи крупным научно-общественным работником, широко образованным и богато одаренным, б-ой в течение последних 2-х лет превратился в инвалида как в умственном, так и в физическом отношениях. Попытки оставить морфий или снизить дозы приводили к тяжелым физическим страданиям. Доза достигала *maximum* 1,0 и *minimum* 0,3 в течение последнего времени. Лечение внушением начато 24/II 25 г. Морфий снижался постепенно и 11-го марта, т. е. через 10 дней, б-ой прекратил приемы морфия совершенно. Внушение в гипнотическом сне, достигавшем временами более или менее глубокой стадии, давало облегчение физическим симптомам абстиненции. Что касается настроения, то у б-ого сразу образовалась «целевая установка» прекратить прием наркотиков, несмотря ни на какие препятствия. Б-ой после прекращения сильно ослабел физически и оставался 4 дня в постели, при чем его сильно беспокоили судорожные явления в мышцах рук и ног, «змейки» в предплечьях и голени; поносы и бессонница. Через неделю б-ой окреп физически, стал более спокойным и быстро начал прибавлять в весе. Наблюдение и внушение продолжались до конца мая, около 3-х месяцев, при чем к концу лечения б-ой, по словам родственников, стал совершенно неузнаваем: исчезла раздражительность, бессонница, вернулась бодрость духа и через 3 месяца работоспособность. Вследствие сильных головных болей, имеющих характер мигрени, б-ой стал принимать в больших дозах аспирин, который «прекращает головные боли, поднимая настроение и работоспособность», дойдя до 1,5 — 2,0 на прием 3 — 4 раза в день. До ноября мес. рецидива

не было. В настоящее время 6-ой занимает кафедру в провинциальном вузе, содержит семью, чего до лечения не было.

Третья категория. Последняя группа (6 больных) включает в себе случаи морфинизма, развившегося под влиянием тех или иных физических страданий, нашедших в морфии впоследствии не только болеутоляющее средство, но и стимулирующее на психику. Лечение доведено до конца у 5-ти б-ых, при чем четверо из них дали рецидив, а один пока еще воздерживается. Мотивами к рецидивам послужили возобновление болей или упадок настроения под влиянием тех или иных психогенных моментов.

Наиболее типичным случаем, характеризующим эту категорию больных, мы считаем следующий, в кратком описании самого б-ого.

Случай 12-й. Гр-в, врач, 42 лет. Женат. «Начальным фактором морфинизма послужила моя тяжелая болезнь *ulcus duodeni*, осложненная, *cholecystit'om* и *pancreatit'om*. Лечился я у проф. Voass'a в Берлине, продолжав в его лечебнице боле 1½ мес. В виду сильных физических страданий меня держали все время под наркозом, применяя (*per injectionem*) *pantopon*, *domopon* и *orogen*, последние 2 препарата в нашей формации не встречаются). Возвратившись затем домой, еще не совсем оправившись, я продолжал прибегать к *pantopon'u*, так как боли, хотя и в меньшей степени, но все продолжают. Не успел я окончательно окрепнуть, как заболевает жена депрессивным психозом, закончившимся самоубийством. Двухлетние страдания жены с постоянной настойчивой тенденцией к самоубийству превратили домашнюю жизнь в ад. Ко всему сказанному, впоследствии присоединилось мое увлечение замужней дамой, вызвавшее новые переживания, а главное, угрозыния совести за поведение по отношению к больной в то время жене. Вся сумма субъективных и объективных причин окончательно фиксировали мое стремление находить успокоение в наркозе. Все сказанное относится к 1919 г., который я считаю началом своего заболевания. Начав, таким образом, с лечебных доз, я постепенно дошел до 0,5, а в некоторых случаях и больше, и так продолжал до 1921 года, когда под влиянием новой семейной обстановки я, путем постепенного понижения дозировки, почти отвык. К концу того же 1922 года новые удары судьбы — потеря любимого брата и повторные боли *cholecystit'a* — вернули меня почти к тем же дозам 0,5 — 0,8 в сутки. К весне 25-го года я постепенно снизил дозу до 0,2 и в апреле поступил в психиатрическую б-цу. В лечебнице пробыл около полутора месяца. Деморфинизация протекала очень бурно: около 2-х недель я без посторонней помощи не мог держаться на ногах, было некоторое затемненное сознание, функциональное расстройство зрения и речи. По выписке из психиатрической б-цы и по приходе домой, я снова пережил еще одну семейную драму и тут же начал принимать морфий, дойдя за 2 недели до 0,2 — 0,3 в сутки». Наследственность и ранний анамнез вполне благополучны. Со стороны *status'a* соматического и невропсихического отмечены объективные данные, соответствующие изложенному в жалобах б-ого. Лечение внушением в гипнозе, начатое 9/VI 1925 года, дало возможность провести деморфинизацию амбулаторно в течение 10-ти дней без резких абстинентных явлений. Закончив таким образом деморфинизацию и проведя общеукрепляющее лечение, б-ой заявил, что из субъективных болезненных явлений, как последствия морфинизма, чувствует «сильную головную боль» — следствие анемии мозга, общую слабость и до сих пор не установившееся пищеварение». К этому мы добавим, что у б-ого в этот период было сильнейшее стремление к сладкому, напр., к шоколаду, которого он мог съедать до 500,0, чего с ним якобы никогда раньше не было. Это стремление к сладкому вскоре сменилось страстью к фруктам. Что касается отношения б-ого к морфию, то он заявляет следующее: «В настоящее время чувствую глубокое физическое отвращение к морфию. Последнее объясняется тем, что всякое воспоминание о нем ассоциируется у меня с тем гадким поведением, тем нравственным падением, полным материальным разорением и распадом семьи. Это отношение к морфию я объясняю не чем иным, как влиянием психотерапии, так как прежде, когда я проводил деморфинизацию без внушения, подобных результатов не было, а скорее обратное — страсть к нему».

Рецидив через 6½ месяцев, под влиянием болей в печени и «семейной драмы».

Случай 13-й очень похож на только что описанный. Б-ая Т-ая, Н. А., 35 лет, сестра милосердия. В анамнезе имеются указания на туберкулез по женской линии, рак желудка у матери, ряд инфекционных заболеваний. Анатомических и физиологических признаков дегенерации не отмечено. Моральные и материальные условия жизни тяжелые. Зрачки узки; пульс учащен, *meneses* задержаны. Б-ая эмотивна, крайне вспыльчива; аморальных поступков не отмечено. Сухожильные и периостальные рефлексы живее нормы. Лечение начато 9/XII 1925 года. Доза 0,15 — 0,2. Приводим описание самочувствия из дневника б-ой. После трех сеансов доза снижена на 0,12. «Начинаю чувствовать некоторый контакт с доктором, чувствую не разумом, а всем существом, что должна говорить ему правду; обман создал бы для меня самое тягостное моральное состояние. Дремотное состояние постепенно углубляется». 6-ой сеанс 20-го ноября. «Ощущение покоя и дремоты сильнее. Еще ярче чувствую контакт между мною и доктором. Доза снижена на 7½ сенти. Признаки морфийного голода, если я оставалась без него, приходили часа через три; теперь могу обойтись без него и часов десять. Тянет к морфию, и взяла бы его и большую дозу, но чувствую, что скрыть это от доктора не могу. В результате терплю и ограничиваюсь меньшими дозами». 30/XI. «Дремота глубже с каждым последующим сеансом. Принимаю морфий все меньше и меньше. После каждого сеанса является желание морфия не брать. Вечером принесли последний шприц морфия». 4/XII. «Встала с сильной головной болью. Ноги и руки трясутся. Полная апатия к морфию. Странно, что признаки морфийного голода, если не отсутствовавшие, то во всяком случае ставшие очень слабыми, вдруг сейчас очень усилились (слезотечение, чихание и пр. и пр.). Очень поет желчный пузырь, в белках глаз есть небольшая желтизна. В 1 час дня не выдержала и взяла шприц морфия».

5/XII — 11 - й сеанс был последним. «Прежде, до лечения внушением, я не раз пробовала отнять у себя морфий совсем и тогда, по истечении двух, двух с половиной дней, я заболела воспалением желчного пузыря, при чем становилось все хуже и хуже, и я вынуждена была вернуться к систематическому употреблению морфия. Теперь же удалось ограничиться впрыскиванием одного шприца за время болезни. Болезнь прошла; разлитие желчи тоже ликвидировалось».

Морфий я принимала семь лет и все время боролась, желая его бросить. Одно я знаю, что без внушения я не вылечилась бы. Мне удавалось снизить до полутора деци в день, но с этой последней дозы ни сойти, ни снизить ее я не могла, несмотря на самые отчаянные усилия». По сообщениям, полученным от больной через 4 месяца, она снова стала принимать морфий под влиянием волнений и болей в области печени. Сначала 4 дня по 1 шприцу, по назначению врача, от болей, а затем уже и систематически стала снова вводить под кожу большими дозами.

Случай 14 - й. Б - ая С. В., 46 лет, учительница. Наследственностьотягощена туберкулезом, алкоголизмом. Принимает морфий также около 7 - ми лет и также, как предыдущая б - ая, по поводу болей в правом боку. Привыкнув к морфию, находила в нем не только обезболивающее средство, но и средство, влияющее в лучшую сторону на ее настроение, создавая радужное, беспечное и эйфорическое состояние. Вследствие тяжелых переживаний в последние годы, б - ая сильно увеличила дозу, дойдя до 1,0 — 2,0 в сутки. Наследственные данные и ранний анамнез более или менее благополучны. Была замужем, имеет ребенка, теперь взрослого сына. Резко истощена, болезненна, нервна, нравственно подавлена. Лечение начато отниманием морфия мелкими дозами, т. е. по 1 делению шприца на укол; попутно производилось внушение в гипнотическом поверхностном состоянии неукротимого стремления быть здоровой, отвращения к морфию и отсутствия болезненных явлений воздержания. До последнего дня деморфинизации абстинентных явлений почти не было, через сутки б - ая их почувствовала в резкой степени: не могла притти, ни даже встать с кровати, появились и судороги в руках и ногах, потягивания, бессонница и проч. Б - ая вынуждена была прибегнуть к морфию. Затем на короткое время осталась совсем без морфия, и у б - ой снова появились абстинентные явления. Больная была отправлена в психиатрическую б - цу, где провела успешно деморфинизацию, но через несколько месяцев снова рецидивировала.

Случай 15 - й. Б - ой К. С., 33 лет. Врач. Проживает в г. Т - ве. Наследственностьотягощенная. В семье 4 детей, кроме самого б - ого, все здоровы. С детства страдает астмой, наступающей сначала изредка, последнее же время все чаще. Никакие способы лечения, включая сюда рентгено - и протеинотерапию, положительного результата не дали. Морфий принимает 10 лет, т. е. с 1915 года, почти непрерывно. Последние 5 лет дозы все больше и больше нарастают, попытка прекратить самостоятельно не увенчалась успехом. Лечение внушением, попутно атропин и адреналин от астмы, привели к полному прекращению морфия с 9/XI 1925 года по 21/XI. Из абстинентных явлений, кроме чувства неловкости, чихания и плохого сна, ничего не отмечено. В течение последующего физио - терапевтического укрепления нервной системы хорошо поправился и за все время пребывания в Харькове не имел астмы, но лишь только вернулся к себе, вдруг астма появилась снова, непрерывно мучая его. Все меры были безрезультатны, кроме морфия, который, по словам б - ого, «просветляет эту жизнь, создает настроение и всегда избавляет от мучений». Астма после некоторого перерыва появилась снова, и так без конца, и б - ой, как и следовало ожидать, опять стал морфинистом.

Случай 16 - й. Больной Н - н, И. А., 51 года. Техник - мукомол. Женат. Имеет 2 - х детей. Впервые стал принимать морфий в возрасте около 30 лет, после ушибов при железнодорожной катастрофе. Быстро привык, но скоро и избавился, лишь боли прекратились. Через некоторое время стал принимать морфий из - за болей желудка и быстро дошел до больших доз (этот раз деморфинизацию провел уже в лечебнице). В период гражданской войны иногда вынужден был прибегать к нему изредка. 5 лет назад появились стреляющие боли в нижних конечностях и желудочно - кишечное расстройство. С этого момента он регулярно принимает морфий для устранения болей и поднятия настроения. При исследовании нервного статуса обнаружена классическая картина *tabes dorsalis* в атактическом периоде. Лечение внушением начато 30/VII 25 г. Снижение шло успешно с дозы 1,0 к 9/VII имея по 0,06 в сутки. Боли как будто стихли. Б - ой вдруг перестал посещать психотерапевтический кабинет и скрылся из нашего поля зрения. Как впоследствии выяснилось, он выехал из Харькова, по независящим от него обстоятельствам.

Случай 17 - й. Наконец, последний б - ой из третьей категории — М. И. Л. — 40 лет. Совслужащий. Впрыскивает себе морфий до 0,2 — 0,5 в сутки, начав впрыскивания около 5 - ти лет тому назад с весьма малых лечебных доз. Причина морфинизма — боли в животе, во время которых врач, лечивший б - ого, впрыскивал ему для устранения болей, иногда 2 — 3 раза в день. Под влиянием невольных нарушений диеты в 20 — 22 году боли учащались, и в таких случаях морфий занимал первое место. В свободные от страданий промежутки б - ой о морфии и не думал. Но так продолжалось недолго: вскоре б - ой систематически стал принимать морфий как дома, так и в б - це, где он находился по поводу хирургического вмешательства. С 1925 года уже не может обойтись без морфия, несмотря на то, что боли в животе стихли. В результате — упадок питания, сильная нервность, бессонница и ослабление умственной работоспособности, раздражительность и апатия. Зрачки сужены; пульс учащен; сухожильные рефлексы понижены. Настроение б - ого резко подавленное. Вместе с тем он сильно желает избавиться от морфия. Лечение начато 9/XII 26 г. Дозы морфия уменьшались постепенно. При каждом более заметном уменьшении его начались явления абстиненции, главным образом, резкий упадок сил и бессонница. Внушения в гипнотическом состоянии не давали уменьшения этих неприятных явлений, повидимому, вследствие того, что гипнотическое состояние не достигало глубоких степеней. Это обстоятельство и заставило нас с большой осторожностью отнимать морфий. Отвыкание было растянуто на 25 дней и б - ой закончил деморфинизацию, не прекращая ответственной службы. Явления слабости и бессонницы затухли, несмотря на попутно проводимое общеукрепляющее лечение физическими методами. В последнее время применено подкожное вдвухание кислорода, под влиянием чего б - ой физически окреп. Приводим его слова о роли

внушения: «самому мне ясно, что без внушения я бы не выздоровел, но и помимо внушения необходима система в лечении, в смысле укрепления физического состояния. Каждый сеанс поднимал во мне бодрость духа, что я ясно ощущал: Не раз шел я в диспансер с настроением, что больше не выдержу и по возвращении домой возьму хорошую дозу морфия, и тем не менее, после сеанса я уходил уже другим человеком и морфия, помимо назначенного, никогда не брал». В настоящее время работоспособен. Рецидива пока (сентябрь 29 г.) нет.

Случаи этой категории больных иллюстрируют, с одной стороны то, что с помощью гипносуггестии можно провести деморфинизацию у лиц психопатической конституции вне стен закрытого лечебного заведения с положительным результатом, с другой стороны, ясно иллюстрируют отрицательные черты медленной деморфинизации, являющейся в наших случаях вынужденной.

Таковы некоторые общие данные наших наблюдений, анализ которых в столь неясной еще проблеме морфинизма имеет некоторый интерес.

Прежде всего необходимо отметить, что не во всех случаях, в 5 из 17-ти, устанавливается связь влечения к морфию с наличием дегенеративной конституции и прямым наследственным отягощением. Суммарная же психопатическая наследственность или так наз. косвенная (дед, бабушка, дяди, тетки) и коллатеральная (братья, сестры), как известно, не являются патогномоничным признаком даже для душевных заболеваний. Целым рядом исследований Diem'a, Koller'a установлено, что количественная разница цифр так наз. общей отягощенности слишком незначительна как для здоровых, так и для душевно-больных. *Таким образом из сказанного вытекает, что в развитии морфинизма наследственно-биологический фактор может отсутствовать совершенно.*

Далее, наличие наиболее характерных во всей клинической картине морфинизма патологических изменений характера и вообще расстройств психической сферы тоже еще не указывает на биологическое происхождение его, так как эти отклонения могут быть и приобретенными. Указанные расстройства психики, проявляющиеся в форме ослабления умственной работоспособности, резкой раздражительности и неустойчивости в отношении разного рода психических и физических травм, замкнутостью и ослаблением воли, настолько характерны и постоянны у морфинистов с большей или меньшей вариабильностью, что могли бы быть названы, как нам кажется, «морфийной конституцией» в том смысле, как Marcius, Pfandler, Kraus, Lubarsch и другие говорят о приобретенных конституциях. Marcius, напр., говорит о «сифилитической конституции» в том смысле, что все строение организма, пораженного сифилисом, претерпевает своеобразные изменения, что весь он, как целое, получает своеобразные особенности, несуществующие до того и у здоровых. По мнению того же автора, и экзогенные яды могут быть причиной создания особой конституции, каковою он, напр., считает «алкогольную конституцию». Д-р Серейский в своей работе о конституции наркоманов заявляет, что наркотики нивелируют характер, стирают индивидуальную грань и шизоидируют его, что подтверждается и нашими наблюдениями. «Появляются, — говорит он далее, — черты, которые Kretschmer именует «психэстетической пропорцией», т. е. раздражительность рядом с апатией и замкнутостью». Что эти указанные изменения характера могут быть приобретенными, ясно следует из наших наблюдений первых 5 случаев и случая д-ра Серейского, где больные до морфинизма и после деморфинизации были уравновешенными, живыми, общительными и становились вполне работоспособными. Между тем как в остальных наших случаях наркомании, у лиц наследственно-отягощенных и с явными психопатическими чертами в пренаркотический период, аналогичных изменений характера после деморфинизации нам не удавалось отметить.

В заключение считаем необходимым отметить еще одно обстоятельство: морфий, при длительном его применении, вступая в тесный контакт с клетками организма, выделяется в процессе деморфинизации не сразу, а периодически, с большими или меньшими промежутками, сопровождаясь абстинентными расстройствами у всех больных, а у некоторых влечет за собой рецидив. Таким образом следует, что судьба наркомана определяется не только конституциональными и констелятивными моментами, но также, повидимому, и фармакологическими свойствами самого морфия.

Суммируя данные нашего опыта амбулаторного лечения морфинистов, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Некоторые категории морфинистов могут проводить деморфинизацию вне стен закрытых лечебных заведений.

2. Гипносуггестивная терапия является весьма ценным лечебным фактором в процессе деморфинизации, как средство, способствующее психофизическому равновесию больных и резко обрывающее абстинентные расстройства.

3. С помощью гипносуггестии деморфинизация может быть проведена в амбулаторной обстановке, в наших случаях в 15-ти из 17-ти больных, подвергшихся лечению, независимо от длительности морфинизма и конституциональных особенностей б-х, сравнительно быстро, почти безболезненно, а в 5-ти случаях (случайного морфинизма) без рецидива в течение 2-х с лишним лет.

4. Успешность амбулаторного лечения морфинистов в наших случаях стоит в связи с формами морфинизма, конституциональными особенностями б-ных и степенью и глубиной внутренних состояний.

5. Длительное применение морфия вызывает своеобразные изменения психики в сторону раздражительности, апатии и замкнутости создает морфийную конституцию у лиц, не имеющих психопатических черт в пренаркотический период и исчезающих с течением времени по деморфинизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prof. O. Bumke. Hand. d. Nerv. Bd. III.
2. Prof. E. Kroeplin. Психиатрия.
3. Prof Kraft-Ebing. Психиатрия.
4. Проф. В. П. Осипов. Частное учение о душевн. болезнях. 1927.
5. А. Эрленмейер и Солье. Морфинизм и его лечение. 1899.
6. Проф. Юдин. Психопатические конституции. 1926.
7. Эпштейн. Невропатическая конституция. 1927. Ленинград.
8. Pr.-Doz. O. Wuth. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 96.
9. Hudoverning. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. H. 1 — 3. 1925.
10. Weimann. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.
11. A. Erlemeyer. К теории и терапии морфинизма. Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Ps. 1926.
12. Березницкий. Лечение гипнозом алкоголиков, морфинистов и курильщиков.
13. Pr.-Doz. O. Albrecht. Über Rauschgifte und Narkotischegifte. 1927.
14. Glaser. Klinische Wochenschr. 1924. № 33.
15. Проф. К. И. Платонов. Гипноз и внушение в практич. мед. Acta medica. 1925.
16. Д-р Истомин и Гальперин. Укр. вестник рефлекс. и эксперим. педагогики. 1925. № 2.
17. Д-р Г. Н. Удадьцов. «Врачебная газета», № 11 — 12. 1926.
18. Серейский. Труды психиатрической клиники. Вып. 1-ый.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUM PROBLEM DES MORPHINISMUS

VERSUCHE EINER AMBULANTEN HYPNOSUGGESTIVEN BEHANDLUNG DER MORPHINISTEN

Von Dr. P. Istomin

(Aus dem psychoneurologischen Dispensaire der psychotherapeutischen Abteilung (Vorstand Prof. K. Platonow) des Ukrainischen Psychoneurologischen Staatsinstitutes (Vorstand Prof. A. Heymanowitsch))

Schon lange ist die Überzeugung eingebürgert, dass die rationelle Hilfe den Morphinisten nur in einer geschlossenen psychiatrischen Anstalt geleistet werden kann. Aber auch unter diesen Umständen werden die gewünschten Resultate nicht immer erreicht; ausserdem kann nicht jeder Morphinist in ein psychiatrisches Krankenhaus untergeracht werden. Der letzte Umstand veranlasste uns einen Versuch ambulanter Behandlung der Morphinisten mittels einer hypnosuggestiven Methode zu machen. Im ganzen wurden 17 Kranken in dem Zeitraum vom 23 IV—25 bis 1 I—27 der Behandlung unterzogen. Sie standen im Alter von 26 bis 57 J.; Männer 10, Frauen 7; Personen medizinischer Berufe 11 (Ärzte — 7, mittleres medizinisches Personal — 4). Die Demorphinisation wurde bei 15 Kranken mit Erfolg durchgeführt; 2) hatten die Behandlung unterbrochen.

5 zufällige Morphinisten rezidierten nicht innerhalb zwei Jahren und mehr: Der 6. Kranke hatte bereits 9 Monate nicht rezidiert: zwei andere sind zu anderen Giften (Atropin und Aspirin) übergegangen die sind in sehr grossen Dosen einnehmen; 7 rezidierten schon in kurzer Zeit.

Bei unseren Kranken konnten wir keine spezifische pathologische Konstitution feststellen.

Morphium wird nicht mit einem Male, sondern schubweise im Laufe der Monate aus dem Organismus ausgeschieden, wobei Entwöhnungserscheinungen innerhalb 1—2 Tage hervorgerufen werden. Dieselben wurden desto seltener und schwächer, je grössere Zeit nach der Beendigung des Morphiumgebrauchs verflossen war.

Diese periodisch auftretenden Entwöhnungserscheinungen sind Ursache der Rezidive bei Personen mit pathologischer Konstitution.

К АМБУЛАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛИКОВ *)

Ф. Б. Цейжинская и Н. Л. Утевский

(Из психотерапевтического отделения (проф. К. И. Платонов) диспансера при Украинском Гос. Психоневрологическом Институте (дир. засл. проф. А. И. Гейманович))

Алкоголизм, как явление патологическое, распространен очень широко. Нет такой страны, такого народа, где не было бы развито пьянство. Алкоголь является ядом не только для личности и ее потомства, но и ядом общественным. Личность, под влиянием его неумеренного и вредного для данного индивидуума употребления, деградирует, делается асоциальной.

В настоящее время ведется серьезная борьба с туберкулезом, уделяется в этом отношении внимание венеризму, но еще большего внимания требует к себе алкоголизм, являющийся не менее страшным из народных недугов и бедствий. И нельзя не согласиться со словами д-ра Воротынского, что «в алкоголизме мы должны искать начало и обрести конец того биологического явления, которое именуется вырождением». Нет необходимости указывать, какое бедствие представляет пьяница для своей семьи. Известно, как тесно связано пьянство с преступностью, проституцией и венерическими заболеваниями. Исцеление алкоголиков, стало быть, не есть только лечебная мера, рассчитанная на индивидуальную помощь больному, но это в то же время и путь к предупреждению развития алкоголизма и к оздоровлению населения в настоящем и будущем. Отсюда вытекает постоянное стремление если не к искоренению этого отрицательного явления, то хотя бы к ослаблению влияния его и к урегулированию употребления алкоголя, к предупреждению злоупотребления им, ограждению от него лиц со слабой физической и неустойчивой нервнопсихической организацией.

Как же ведется борьба с алкоголизмом в нашем Союзе и в Западной Европе? Ведется она в двух направлениях: 1) выявления и устранения причин, порождающих пьянство, и 2) применения тех или иных культурно-просветительных и лечебных мероприятий.

Из профилактических мер общегосударственного характера известна так называемая Гетеборгская система, впервые примененная в гор. Гетеборге (Швеция) в 1864 году. При этой системе продажа спиртных напитков концентрируется в акционерных об-вах, которые, в силу определенных условий (большая часть доходов от продажи спиртных напитков уходит на общественные нужды), не заинтересованы в большом потреблении населением алкоголя. Но эта система, принятая в некоторых западно-европейских государствах, или вовсе не давала желательного результата или весьма мало уменьшала общее количество выпитого населением за год алкоголя.

В связи с этим на смену ей в Швеции явилась в 1914 г. другая, «усовершенствованная», система Братта, по которой спиртные напитки приобретаются по талонной книжке в определенном количестве (не более 4 литров в мес. на одну семью). Более целесообразной профилактической мерой является запретительная система, признающая спиртные напитки ядом и запрещающая их выработку и употребление. Такая система, установленная в Голландии, Швейцарии, Сев.-Ам. Соед. Штатах, дала очень ценные результаты. По свидетельству д-ра Гилдрота, общая психическая заболеваемость населения Соединенных Штатов в 1921 году со времени введения запретительного закона упала на 60%. Как причина душевных болезней, алкоголь фигурировал в 30%.

*) Дипломная работа Х. М. И. 1928 г. Доложено на засед. психо-терап. секции Х. М. О.

случаев; в 1920 г. (во время введения запретительного закона) — лишь в 60% случаев. Также значительно понизилось количество преступлений, совершенных в состоянии опьянения. Положительные результаты запретительной системы констатированы и в нашем Советском Союзе. В частности, за время с 1914 по 1922 г. наши психиатрические лечебницы видели алкогольные душевные расстройства лишь в виде исключения. Однако, в Америке запрет, как известно, вопроса борьбы не решил, как не был он решен запретом и у нас. Союз Советских Республик переживает в алкогольном вопросе чрезвычайно сложный момент. За последние 13 лет мы пережили несколько этапов: суровый запрет военного времени, период денатурата и политуры в 1915—17 г.г., период самогона 1918—1922 г. и постепенно подвинулись от 6—7° пива до старых 40° довоенного времени. Другого выхода у государства не было. Лучше организованная государственная торговля алкоголем, нежели вольная кустарная самогонная система (Шоломович). «Мы выпускаем водку», — пишет тов. Семашко, «чтобы вытеснить вредный самогон, но и водка вредна; нужно вести самую решительную и непримиримую борьбу и против водки, и против самогона».

Переходя к мерам лечебного характера, укажем, что борьбу с развившимся алкоголизмом, как известно, обычно ведут три рода учреждений: и общества трезвости, колонии или больницы закрытого типа и амбулатории для приходящих алкоголиков. Одной из наиболее старых мер борьбы с алкоголизмом является учреждение о - ва трезвости, которое еще и до настоящего времени существует в некоторых западно - европейских странах. (В России — в Петербурге и в Москве — такие общества трезвости существовали до 1914 года). Не только в организованных этими обществами амбулаториях лечились с успехом, но обычно одно вступление в члены о - ва уже являлось для многих лечебным фактором и алкоголики бросали пить на тот или иной срок. Конечно, это касалось тех, у кого пьянство не вызывало еще глубоких изменений личности, так что одного факта присяги или простой записи в члены о - ва было достаточно, чтобы всякое желание употреблять спиртные напитки исчезало. Одно время о - ва трезвости привлекали громадное количество больных. В одной только Англии в 1900 году их насчитывалось свыше 400 (Бехтерев). Объясняется это тем, что самый способ лечения в таких об - вах весьма прост (больные являлись в церковь при обществе и давали присягу), короток, действует быстро, допускает массовое лечение и, наконец, доступен и самому бедному человеку (Певницкий, Канель). Для своих членов о - ва трезвости устраивали лекции о пьянстве, выпускали дешевые брошюры, открывали чайные, столовые и библиотеки, дававшие бывшему алкоголику трезвый приют и отвлекавшие его от соблазна.

Но лечение в обществах имеет и свои существенные недостатки: отсутствие индивидуализации при лечении, игнорирование укрепляющих средств, запись на срок и распространение взгляда на пьянство, как на порок. Эти недостатки привели к тому, что о - ва трезвости стали терять своих больных и постепенно распались (Певницкий).

Другой мерой борьбы с пьянством является организация закрытых лечебных учреждений. Во многих странах Зап. Европы и Америки давно уже существуют лечебницы, в которых добровольно содержатся и лечатся алкоголики (Певницкий, Канель, Осипов и др.). В Сев.-Ам. Соед. Штатах, в Южной Австралии и Новой Зеландии есть даже закон о принудительном помещении алкоголика в лечебницы. В Швейцарии, в кантоне Сен - Гален, лица, предающиеся пьянству, принудительно помещаются в лечебницы на срок от 8 до 12 месяцев. В таких лечебных заведениях алкоголики лишаются всякого рода спиртных напитков, получают хорошее, здоровое питание, принимают ванны, души, обтирания и занимаются физическим трудом. Время от времени врачами проводятся психотерапевтические беседы. Лечебницы для алкоголиков при настоящем их развитии имеют лишь значение индивидуальное, для отдельных личностей, могущих оплачивать свое содержание; значение их в смысле общей борьбы с алкоголизмом ничтожно, впрочем, оно несколько шире, как один из способов пропаганды трезвости (Осипов). Но нужно сказать, что за недостатком таких санаториев алкоголики обычно помещались, с их согласия, в психиатрические больницы, где они «выдерживались» более или менее долгое время.

Что же касается нашего Союза, то, как раньше, так и теперь, специальных лечебниц для алкоголиков нет и наиболее целесообразной мерой являлось интернирование их в больницы для душевно - больных. Не нужно говорить, что этот способ лечения, по многим понятным причинам, оказывался и оказывается неподходящим и далеко не достигающим цели. Лишь заболевшие алкогольными психозами получали в этих больницах продуктивную помощь, а из прибывавших туда алкоголиков только незначительный процент привычных пьяниц становился трезвенниками на длительный период времени. Более выгодно место между обществами трезвости и санаториями для алкоголиков занимают амбулатории для этих больных. Уже по своему среднему месту в совершенствовании дела лечения страдающих пьянством они более или менее лишены недостатков учреждений более простого типа (общества трезвости) и по своим достоинствам приближаются к более совершенному, но дорогому типу такого учреждения, как больницы, санатории. Есть даже преимущества амбулаторий, — они не требуют для своей организации больших средств, они могут быть широко распространены, охватывать большое количество больных, последние могут лечиться на ходу, без перерыва в своих занятиях, в обыкновенной житейской обстановке. В бывшей России амбулатории для алкоголиков были впервые открыты при Московской психиатрической клинике и при Петербургской нервной клинике Бехтерева (1902 г.). А затем,

в 1903 г. большая сеть амбулаторий была открыта Петербургским Городским попечительством о народной трезвости. В том же 1903 году была открыта такая же амбулатория и Московским попечительством о народной трезвости. В последующие 6 лет был в Петербурге открыт еще ряд новых амбулаторий. Но необходимо иметь в виду, что успешность амбулаторного, а также и больничного лечения алкоголизма зависит, как показали наблюдения, исключительно от применяемого метода лечения, от вида помощи алкоголику и от состава врачебного персонала. Метод психотерапии во всех ее видах и преимущественно гипносуггестии, на что указывали ряд авторов (Бехтерев, А. Токарский, Рыбаков, Певницкий, Срезневский, Платонов и др.), оказывается, как показали наблюдения, наиболее приемлемым и продуктивным. Но нельзя не подчеркнуть, что, несмотря на это признание заслуг за гипносуггестивным методом в борьбе с алкоголизмом, применение последнего не является в должной мере распространенным. В нашем Союзе, например, в одном Ленинграде и применялся этот способ (1902 — 1914 г. 1920 — 1928 г.) в учреждениях, созданных В. М. Бехтеревым. И только за последние несколько лет отчасти в Москве и особенно в Харькове (Платонов), Киеве (Гаккебуш) и Саратове (Под'япольский, Б. Токарский) к гипносуггестии стали проявлять много внимания и пользоваться ею при лечении алкоголиков.

Несмотря на то, что алкоголизм в конце XIX и начале XX столетия был сильно развит во всех европейских странах, только единичные врачи приходили на помощь алкоголику, применяя гипносуггестивную терапию. Большого распространения в то время этот способ не имел, и понятно почему. Гипноз и явления, в нем вызываемые, не были в полной мере разгаданы и научно-экспериментально обоснованы, и врачи, как и широкая публика, относились к нему с недоверием и отрицанием. Но по мере накопления фактов, с несомненностью доказывавших успех применения гипносуггестии, психотерапия алкоголизма начинает заинтересовывать многих врачей. Успешное применение гипносуггестии сказалось в том отношении, что многие научные съезды стали посвящать особые заседания психотерапии алкоголизма (пироговские съезды 1902 — 1904 г. г., съезд по борьбе с алкоголизмом 1910 г.). И если в прежнее время малая научная обоснованность суггестивного метода отталкивала от него известную часть врачей, то в настоящее время, когда явление гипноза и внушения в свете учения об условных, сочетательных рефлексах становится вполне ясным и понятным, гипносуггестивная терапия может являться уже действительно научно-обоснованным методом лечения алкоголизма.

Психотерапия алкоголизма, как и всякий лечебный метод, имеет свою историю развития. О первом ее успешном применении в виде гипносуггестии к одному гипнотизму сообщил в 1885 году д-р Voisin на научном конгрессе в Гренобле. Несколько позже женеvский врач Ladame написал статью о гипнотическом лечении пьяниц. Независимо от них Веттерстратт в 1887 г. применял с успехом гипнотическое внушение в трех тяжелых случаях алкоголизма. К этой же эпохе относятся несколько случаев проф. Фореля.

Но нужно сказать, что и на западе этот метод лечения не имел широкого распространения и применялся при лечении алкоголиков лишь sporadически отдельными приверженцами гипноза, и если инициатива в применении внушения принадлежала иностранным авторам, то широкое распространение этого метода выросло на русской почве (Бехтерев в Петербурге, А. А. Токарский и Ф. В. Рыбаков — в Москве), где силами русских врачей произведена также и всесторонняя разработка психотерапии алкоголизма.

В России первые опыты лечения алкоголизма внушением сделаны Сивани и Успенским в 1889 г., первые же печатные указания принадлежат проф. Бехтереву, Глинскому и А. А. Токарскому. Врачами наших первых русских амбулаторий для алкоголиков (Певницкий, Мендельсон, Добровольский, Срезневский, Введенский), где проводилась гипносуггестивная терапия, был установлен ряд положений в лечении алкоголиков. Всех авторов, естественно, прежде всего интересовал вопрос, у какого типа алкоголиков суггестивная терапия могла давать наилучшие результаты. По данным д-ра Мендельсона, при лечении внушением лучшие результаты давало случайное

пьянство. Наихудшие — запой в чистом виде. А Токарский и Певницкий считали более благоприятными для лечения все случаи пьянства, которые развились у здоровых людей, а также у умеренных дегенератов. Алкоголизм глубоких дегенератов, по большей части, недоступен лечению.

В дальнейшем, однако, д-р Мендельсон расширяет рамки для применения внушения. «Мой личный опыт, — пишет д-р Мендельсон, — обнимающий около 900 случаев, убеждает нас, что лечение алкоголизма внушением неприменимо лишь к лицам, страдающим явным психическим расстройством. По его наблюдениям, и дипсоманы в известном проценте поддаются лечению этим методом.

Что же касается приемов лечения, то они были различны в руках того или иного врача; напр., д-р Певницкий с первого посещения больного делал внушение наяву и назначал укрепляющие и сердечные средства; со второго сеанса внушение делалось также и в гипнотическом состоянии. Глубокого гипноза он не добивался, держась, повидимому, того взгляда, что успех внушения зависит не от глубины внушенного сна, т. е. не от усыпляемости больного, а от степени внушаемости его. Мотивировка не пить (у Певницкого) была различна для лиц разного общественного положения при разных видах пьянства. Привычному пьянице Певницкий прививал убеждение, что пациент не прирожденный алкоголик, что у него нет определенного влечения к алкоголю и что его организм совершенно не нуждается в напитках. Все лечение проводилось по методу, принятому Бехтеревым, Токарским, Wetterstrand'ом. Сеансы гипноза первые 2 месяца производились 3—2 раза в неделю, потом становились все реже и реже и, наконец, после полугода, больные являлись на повторные сеансы 1 раз в два месяца.

Но нужно сказать, что не все придавали одинаковое значение гипнотическому состоянию при лечении алкоголизма. Так, prof. Bernheim и Синани считали, что внушенный сон никакого терапевтического значения не имеет и что все дело во внушении. Гораздо более существенным моментом для успешности внушения Синани признавал, во-первых, полное сосредоточивание больного на враче и на том, что ему говорится, и, во-вторых, глубокое доверие больного к лечащему врачу. Способ лечения алкоголиков у Синани заключался в том, что он внушал наяву с первого же сеанса полное воздержание от спиртных напитков, добавляя при этом, что больной не будет иметь к ним влечения, не будет признавать за ними ни приятного, ни полезного. Чтобы избежать дурных последствий от лишения алкоголя, Синани делал соответствующее внушение. В общем внушения представляли большое разнообразие как по содержанию, так и по форме, соответственно с индивидуальными особенностями больного. У запойных пьяниц на время, соответствующее периоду запоя, сеансы внушения учащались. Не входя в оценку того или иного способа, как наиболее продуктивного, укажем только на то, что в литературе описаны отдельные случаи полного воздержания под влиянием только одной психотерапии, продолжавшегося до 10-ти лет и более*). Случаев же полного воздержания от алкоголя в течение 1—2 лет наблюдалось большое количество даже у тех лиц, которые до лечения выпивали ежедневно по 1-й бутылке и больше водки в течение 10—15 лет и дольше.

Касаясь тут же вопроса о тех статистических данных, на основании которых можно было бы иметь исчерпывающее суждение о результатах амбулаторного лечения алкоголиков, мы, к сожалению, должны указать, что таких данных в достаточном количестве еще нет. Если и имеются у некоторых авторов итоги лечения, то эти выводы, с одной стороны, построены на очень недостаточном и различном количестве случаев, а с другой — субъективное определение понятия об успешности лечения исключало тождество условий анализа. Так, А. А. Токарский**) говорит о 200 алкоголиках, из коих 15 не пили. У Вяземского лечилось 319 человек, из коих 92% излечилось. Певницкий приводит 53 привычных алкоголика, из коих не пили 43%

*) В одном из засед. психотер. секц. Х. М. О. (10/1 30 г.) д-р М. П. Ряснянский демонстрировал 2-х б. алкоголиков с воздержанием в течение 24 и 17 лет после гипносуггестивной терапии. (Ред. К. П.)

**) Цитир. по Срезневскому.

3 — 4 мес., и 28 — запойных; переставших пить в 40%. Успенский говорит о 30 алкоголиках, давших полное выздоровление в 16-ти случаях при наблюдении от 1 до 4 лет. Синани лечил 62 алкоголика и полное выздоровление дали 16 случаев (наблюдение от 1 до 10 лет). Наряду с этим в 1904 году, на IX Пироговском съезде, в прениях прив.-доц. Розенбах сообщил, что за 10 — 15 лет лечения алкоголиков гипнозом полное излечение является исключением (оппонент не указывал числа леченных им больных). Д-р Автократов из 100 алкоголиков только у двух имел положительный результат, а д-р Сокальский совершенно не имел положительных результатов. На том же заседании д-р Чечотт выразил сомнение в возможности целесообразного применения гипноза в данном случае. По его мнению, есть много привходящих факторов, могущих влиять на успех. Но прочность успеха остается, конечно, неизвестной. Выше приведенные данные разнообразны и противоречивы, а потому не совсем равно- и полноценны.

Наиболее ценными можно считать данные отчета д-ра Мендельсона о работе амбулаторий для лечения алкоголиков, открытых по примеру Бехтеревской клиники Петербургским 0-вом Трезвости (1903 — 1909). По данным отчета, успешный результат, т. е. абсолютное воздержание от спиртных напитков в течение всего курса лечения (нередко до 1 года), а также и впоследствии (насколько это было известно врачу) получился в 62,9% у хроников (из 413 чел.) и 66,3% у запойных (из 92 чел.). Эти данные касаются больных, лечившихся не менее 2-х месяцев. Несколько иные результаты получились при обследовании отношения бывших пациентов и алкоголиков спустя 2 — 4½ года после лечения. Обследовать возможно было всего лишь 56 человек. Из них оказались трезвенниками 48,2%, пьющими — 51,8%. Через 2 года (в 1909 г.) после этого обследования была произведена вторая анкета относительно лиц, прекративших лечение в 1906 — 1907 году. В эту анкету были включены больные, сделавшие не менее 4-х посещений, т. е. лечившиеся не менее 2-х недель. Несмотря на то, что в руках имелось 227 адресов по гор. Петербургу, удалось получить сведения только от 53 человек, и непьющих оказалось 14 человек (26,4%). По мнению д-ра Мендельсона, все эти данные нужно «считать утешительными, в особенности, если взвесить условия жизни рабочих и ремесленников столицы и власть питейных обычаев».

Нельзя не согласиться с этим мнением, в особенности учитывая результат лечения первой группы алкоголиков, подвергавшихся более длительному, чем вторая группа, систематическому лечению внушением; из них половина оказалась непьющими в течение нескольких лет. Но нужно сказать, что полученные д-ром Мендельсоном ободряющие выводы о значении чистой психотерапии при лечении алкоголиков, конечно, требуют проверки и дальнейших наблюдений.

И вот работа в нашем психотерапевтическом отделении Психоневрологического Института, по предложению проф. К. И. Платонова, и ведется в этом направлении накопления соответствующего материала.

Настоящим сообщением мы хотим предварительно поделиться результатами нашей 2-хлетней работы в психотерапевтическом отделении Укр. Психоневрологического Института, куда к нам, кроме больных психоневротиков, направлялись также и алкоголики. Нужно сказать, что из всего числа обратившихся в наше психотерапевтическое отделение алкоголиков, мы сделали выводы из наблюдений над 149 алкоголиками, прошедшими непосредственно через наши руки в течение 1926 и 1927 г.г.

Соглашаясь, что это количество, конечно, недостаточно для обобщающих выводов, мы все же находим, что на основании полученных данных можно, с одной стороны, судить о результатах применявшегося нами психотерапевтического суггестивного метода лечения, а с другой — можно лишний раз выявить и подчеркнуть целесообразность и продуктивность амбулаторной помощи наркоманам.

Переходя к описанию наших приемов работы и к оценке результатов лечения алкоголиков в нашем отделении, считаем необходимым дать краткие сведения о нашем материале.

Наши больные подразделялись следующим образом:

1. *По полу*: мужчин — 141 (94,6%), женщин — 8 (5,4%).
 2. *По возрасту*: мужчин в возрасте от 20 до 25 лет — 17 чел. (12,4%), от 30 до 35 лет — 102 чел. (72,4%); от 40 до 45 лет — 20 чел. (14%), (14,1%), от 50 до 55 лет — 2 (1,1%). Женщин в возрасте от 25 до 45 лет — 8 чел. (5,4%).
 3. *По семейному положению*: женатых и замужних — 101 чел. (67,8%); холостых и незамужних — 48 чел. (32,2%).
 4. *По профессии*: фабричных рабочих и кустарей — 108 чел. (72,8%); артистов — 7 ч. (4,7%); инженеров — 6 чел. (4,3%); юристов — 4 ч. (2,7%); бухгалтеров — 8 чел. (5,4%); без определенной профессии — 16 ч. (10,7%).
 5. *По продолжительности потребления спиртных напитков*: 5 — 10 лет — 38 чел. (25,5%); 15 — 20 лет — 68 чел. (45,6%); 25 — 30 лет — 43 чел. (28,9%). Эти цифры указывают, что большинство алкоголиков, явившихся к нам, имели солидный алкогольный стаж.
- Что касается тяжести бывших у нас случаев, то об этом можно судить по количеству прежде перенесенных нашими больными нервных и психических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя.
6. *Перенесенные заболевания*: алкогольный психоз — 71 чел. Из них белая горячка — 62 чел.; припадки эпилептич. характера — 11 человек.

Этиологические моменты:

Внутренние факторы	Внешние факторы
(Наследственность)	
Алкогольная и смешанная . . . 90%	Среда (влияние товарищей, быт) . 102 чел.
Невропатическая 8%	Различные моральные пережив. . 44 »
Без отягощен. наследствен. . . 2%	Без внешних поводов 3 »

Здесь же считаем необходимым добавить, что у огромного большинства хроников со стороны наследственности отмечалось постоянное употребление алкоголя родителями, преимущественно отцом больного. У запойных форма заболевания являлась унаследованной.

По типу пьянства мы имели следующее:

Хронических	98 чел. (62,5%)
Ложный запой	26 » (17,5%)
Истинный запой	17 » (7,4%)
Случайное пьянство	8 » (5,4%)

Настоящую классификацию мы заимствовали у д-ра Мендельсона*), который к ложному запою относит случаи запоя, развивающиеся под влиянием внешнего толчка, большей частью — первой выпитой рюмки.

Нужно указать, что многие из наших пациентов (32 чел.) пытались тем или иным способом освободиться от пьянства. Одни лечились в различных лечебных учреждениях, применяя электро- и гидротерапию; другие — внутренними средствами. Были и такие, которые давали клятву не пить, давали «зарок»... Но все эти попытки оставались безрезультатными.

Переходя к описанию приемов, которыми мы пользовались при лечении наших больных; укажем на то, что мы старались проводить принцип строгой индивидуализации: каждый больной принимался в отдельности и в первое посещение подвергался подробному опросу и исследованию. Насколько было возможно, мы старались также в каждом отдельном случае выяснить этиологию пьянства. В этом нам нередко помо-

*) Д-р А. Л. Мендельсон. Невропсихическая профилактика и гигиена. Гос. Изд. 1927.

тали родственники больных, с которыми, по ходу лечения, приходилось несколько раз встречаться и беседовать. Делали мы это только для того, чтобы создать соответствующую обстановку для лечения. Мы указывали родственникам больных, что пьянство не является пороком и потому их больной нуждается в соответствующем уходе, ласке и внимании. Исследование физического состояния имело целью определить, какие системы органов пострадали в результате хронического потребления алкоголя, чтобы в дальнейшем, наряду с психотерапией, применить и другие методы лечения. Такой комбинированный способ лечения алкоголиков применялся и рекомендовался проф. Бехтеревым и его учениками (Певницким, Белецким, Платоновым и др.). В первый сеанс мы ограничивались лишь беседой и, в случае надобности, назначали хлоралгидрат, постепенно заменяя его в дальнейшем бромидом (Бехтерев). Со второго посещения мы применяли внушение наяву, а когда было возможно, то и в гипнотическом состоянии.

Здесь же нужно сказать, что гипносуггестию мы считали основным методом лечения наших пациентов. Остановившись на этом методе, мы руководствовались, с одной стороны, клиническим опытом преимущественно русских психоневрологов (Бехтерева, Рыбакова, Певницкого, Мендельсона, Платонова и др.), а с другой, — современным учением о гипнозе, в свете учения о сочетательно-двигательных (Бехтерева) или условных (Павлова) рефлексах. Издавна было подчеркнуто, преимущественно русскими авторами, что у алкоголиков легко и быстро развивается гипнотическое состояние, и естественно, использование этого состояния является необходимым, так как при этих условиях, как давно указано, повышается так наз. внушаемость.

Физиологически это объяснимо следующим образом. На фоне условно-рефлекторно разлитой заторможенности коры головного мозга свободно и легко воспитывается сочетательно-двигательный, resp. условный рефлекс на словесный раздражитель, который по существу для человека всегда является сочетательным, условным раздражителем. Процесс этот в гипнозе обуславливается так называемым рапортом, связью между врачом и больным, благодаря наличию того бодрствующего, не заторможенного, отделом головного мозга, который, как говорит проф. Платонов, «дает возможность получаемому раздражителю-слову направляться в любой отдел «снящей» коры мозга, будить, оживлять, растормаживать его и на фоне общей заторможенности беспрепятственно получить соответствующую реакцию». При этих условиях получается более прочное закрепление получаемого нового впечатления и прочная связь со старыми записями в головном мозгу наряду с параллельно протекающими процессами торможения в зависимости от содержания слова. «Все эти явления, — говорит проф. Платонов, — происходят свободно, беспрепятственно, не встречая внутренних тормозов... Благодаря этим искусственно вызываемым процессам торможения, а также и растормаживания, происходит как разрыв старых, так и установление и закрепление новых связей, прививание новых комплексов представлений, новых привычек, полезных в борьбе за существование и необходимых для сохранения, оздоровления и укрепления личности».

Для большей ясности приведем заимствованный у проф. Платонова пример. Клептоману стараются в его бодрствующем состоянии доказать преступность воровства, т. е., иначе говоря, стараются затормозить влечение к последнему прививанием представления о вреде этого порока. Но влечение в бодрствующем состоянии оказывается более сильным и оно тормозит усвоение вновь прививаемого. Для успешности последнего необходимо эти тормоза, эти препятствия устранить, т. е. затормозить деятельность соответствующих групп клеток. В бодрствующем состоянии этого сделать не удастся, так как раздражитель влечения сильнее раздражителя, приходящего извне. Для достижения желаемой цели необходимо вызвать общее торможение всех отделов коры мозга индифферентным для объекта раздражителем. Таким является искусственное усыпление. При этом состоянии «сна», при наличии общей заторможенности, а в том числе и самого влечения и представления о нем и изолированной связи с усыпляющим, создаются благоприятные условия прививания представления о вреде и преступности воровства. И это раздражение, не встречая препятствия, прочно запечатлится

и останется мощным тормозом отделов мозга с «записями» влечения к воровству. Создается, таким образом, прочная, на тот или иной период времени, соответствующая доминанта». То же нужно сказать и относительно алкоголика. Этой вновь созданной и закрепляемой в дальнейшем доминантой определяется и поведение его. Если нельзя изменить среды, то этим путем можно приспособить к среде. Вот эти соображения и дали нам право под руководством проф. К. И. Платонова проводить именно гипно-суггестивную терапию. При этом нужно сказать, что степень глубины сонного торможения, геср. гипноза, для нас не играла существенной роли, но для успешности более прочного развития указанного процесса необходимо хотя бы слабое торможение коры мозга, геср. дремота. Нужно отметить, что из числа наших неудачных случаев у большинства больных не удавалось вызвать хотя бы слабой степени сонного торможения. И вот, в связи со всем этим, мы не считали себя в праве ограничиваться убеждением или внушением наяву. Где была возможность вызвать хотя бы только легкую сонливость, мы это и делали. Но бывали случаи, когда и внушение в бодрствующем состоянии давало положительный результат, и потому мы не отказывались и от этого метода. При применении гипноза мы предварительно вели разъяснительную беседу с больным о природе и значении гипноза. Делалось это потому, что многие больные полагали, что быть загипнотизированным значит заснуть естественным сном, и если этого не случалось, то появлялось разочарование, служившее помехой для успешности лечения. Много раз после сеансов гипноза больной заявлял: «Я же ведь не спал, только веки были тяжелые и глаз я открыть не мог, но я все слышал и понимал, значит, я не поддаюсь гипнозу и не вылечусь от пьянства». Мы убеждали больных в том, что вся суть не только во сне, что можно даже не засыпать и все же вылечиться от пьянства, если они проникнутся доверием к лечащему их врачу и будут его во всем слушаться. Без такой оговорки мы обыкновенно к гипнотизации не приступали. Такой подход позволял нам в случаях, где не было даже легкого сонного торможения, получать положительные результаты при внушении наяву.

Сеансы проводились нами по возможности в тихой обстановке, вечерами (от 7 до 9 час. веч.), когда уже появлялась естественная склонность к засыпанию. Нужно тут же заметить, что легкая и средняя степень опьянения не являлась противопоказанием к применению гипноза. Наши наблюдения показали, что в состоянии опьянения не только удавалось усыпление, но и устанавливался рапорт, о чем можно было судить по реализации делаемых внушений. Больные, приходившие в состоянии опьянения, после пробуждения, как они сами заявляли, отрезвлялись, что подтверждалось и объективными данными — окраской лица, выражением глаз, поведением и т. д.

Что касается самой техники приемов психотерапии, то обычно мы поступали следующим образом. Усадив больного в удобное кресло или уложив его на диван, мы предлагали ему закрыть глаза и делали словесное внушение полного спокойствия, пассивности и безразличия. Затем, при легком поглаживании по лбу и голове, а часто и без этого старались словом вызвать ряд ощущений, связанных с процессом засыпания. «Вы теперь отдыхаете и отрешились от всех забот. Вам дышется спокойно и легко. Нет никаких неприятных ощущений и по телу начинает разливаться приятная усталость; мысли начинают путаться, приятная дремота овладевает вами...» и т. д. Обычно уже через 3—5 минут развивалось сонное торможение. К утомлению зрительного и слухового анализаторов (тиканье часов у головы больного, фиксирование блестящего предмета) мы прибегали в тех случаях, когда словесным внушением и поглаживанием по лбу мы этого торможения не получали. Иногда мы применяли и наркогипноз; в таких случаях до гипнотизации больные принимали или порошок Veronal 0,5 или Chloral hydrat (1,0—1,5). Большинство больных в первый же сеанс или в ближайшие последующие впадали в состояние внушенного сна разной глубины. Но мы не стремились получить во что бы то ни стало глубокие степени засыпания. Наблюдения и опыт проф. Бехтерева, Платонова и др. авторов показали, что и легкого дремотного состояния бывает достаточно, чтобы с успехом проводить лечение. Но так как у многих больных развивалось сонное состояние различной глубины, то

о степени последней мы судили как на основании объективных данных (пульс, дыхание, гипотония, амнезия и т. п.), так и на основании субъективных ощущений больного, сведения о которых получали путем опроса или в сонном состоянии или по пробуждении больного.

При группировке больных по степени глубины внушенного сна мы придерживались классификации, установленной проф. Бехтеревым, и оказалось, что из 116 спавших больных:

Слабая степень обнаружена у	27 чел.
Средняя » » »	39 »
Глубокая » » »	50 »

Внушением наяву пользовались 33 человека. Внушения, делаемые больным, всегда были мотивированы (на необходимость мотивировки указывали Левенфельд, Бехтерев, Мендельсон, Певницкий, Платонов и др.), при чем мотивировка внушения была различна в каждом случае. Так, у больного Н-ко, который запил после заражения сифилисом и считал поэтому невозможным устроить для себя семейную жизнь, внушение проводилось в форме раз'яснения ошибочности его взгляда: «До сих пор вы заблуждались, у вас было неверное представление о сифилисе, как о болезни. Вы хорошо лечились и нет никаких оснований запрещать вам жениться. Теперь вы перестанете обращаться к спиртным напиткам, забудете прошлое, в алкоголе у вас не будет никакой потребности. Уговоры товарищей на вас не подействуют. Вся ваша мысль отныне будет направлена на то, чтобы лучше устроить свою жизнь. Без спиртных напитков вы будете себя чувствовать спокойно, бодро и легко. Ведь сколько людей хорошо живут без них и т. д.». Больному Р-ну, боявшемуся умереть от разрыва сердца, мы доказывали вредное влияние алкоголя на внутренние органы, в особенности на сердце. В случае же реактивного пьянства, как, напр., у вышецитированного больного Н-ко, мы старались воздействовать на основную причину. Одним словом, проводили принцип индивидуализации. Только при этих условиях использование гипнотического состояния является рациональным.

Нужно сказать, что внушения наяву ничем не отличались от внушений в гипнозе. Учитывая условно-рефлекторный механизм нашей психической деятельности, мы стремились, с одной стороны, к воспитанию цепи всевозможных условных тормозов в коре мозга в отношении привычного возбудителя — алкоголя, а с другой — к образованию и укреплению в головном мозгу здоровой и полезной доминанты, направляющей поведение больного.

Первого мы достигали путем раз'яснительных бесед, как в гипнозе, так и наяву, о вреде и последствиях длительного потребления спиртных напитков, второго — путем оживления реакций, связанных с положительной стороной воздержания. В иных случаях, в дополнение к общим внушениям, на фоне общей заторможенности коры мозга воспитывали окрашенную отрицательной эмоцией реакцию, внушая больному, что он не выносит алкоголя и чувствует к нему отвращение, и вызывая тут же тошноту и рвоту и т. д., еще более укрепляя таким образом сочетательно-рефлекторную отрицательную реакцию на определенный раздражитель.

Много внимания уделялось нами и методу самовнушения, вернее самоутверждения, т. е. методу произвольного личного образования очагов возбуждения в коре мозга. Мы предлагали, как это рекомендовал В. М. Бехтерев, каждому больному у себя дома много раз вечером, перед засыпанием, и утром, по пробуждении, лежа в постели с закрытыми глазами, шопотом произносить следующие слова: «Все, что говорил мне доктор, правильно и совета его я слушаюсь. Мне это не трудно делать, потому что я сам этого хочу. Я стою на правильном пути и с него я больше никогда не сойду. С каждым днем мне становится все легче и легче и постепенно ко мне возвращается моя прежняя сила и бодрость...»

Нужно сказать, что, помимо индивидуального, мы делали попытки применить и массовое внушение. Последнему подвергались только те из больных, которые за

2 — 3 месяца лечения показали себя с хорошей стороны. Метод этого группового лечения*) был таков: всех алкоголиков — обычно 10 — 12 человек — мы усаживали в кресла таким образом, чтобы между ними можно было свободно проходить для усыпления и проверки гипнотического состояния. Перед началом сеансов, в возможно сжатых, но ярких образах, говорили больным о вреде, приносимом алкоголем и умственной и телесной сфере организма. После этого предлагали закрыть глаза, сосредоточиться на мысли о сне и делали общее внушение дремотного сонного состояния. Чтобы ускорить наступление гипнотического состояния, мы проходили между пациентами, поглаживая каждого по лбу и голове. Внушения по содержанию были так излагаемы, чтобы могли быть принимаемыми каждым больным. Так как этому методу лечения будет посвящена отдельная работа, то мы здесь ограничимся лишь сказанным.

Сеансы психотерапии в первый месяц обыкновенно проводились 4 — 3 — 2 раза в неделю, во второй месяц — 1 раз в неделю, а с третьего месяца и далее — не более одного раза в месяц. В дальнейшем даже алкоголиков с годовым «трезвым стажем» мы, по возможности, заставляли являться для подкрепляющих повторных внушений не менее одного раза в месяц в течение 1 — 2 лет. Такое продолжительное лечение имело целью получить более стойкий и длительный эффект. Согласно высказанным на этот счет мнениям Бехтерева, Мендельсона, Токарского, Певницкого, Платонова и др. (и мы фактически убедились в этом), — чем продолжительнее период лечения, тем успешнее и устойчивее достигнутые результаты. Так, среди наших больных оказалось 12 человек, которые не употребляли спиртных напитков 5 — 6 недель, принявши всего 3 — 4 сеанса психотерапии, и потом снова запивали. Эти больные, возобновляя курс лечения, достигали вполне хороших результатов. Но все же изредка бывают такие случаи (что видно из наблюдений других авторов), где одного или двух сеансов гипносуггестии достаточно, чтобы на год и более прервать влечение к алкоголю. В нашей практике нам встретилось два таких случая.

В июне 1926 года один из нас посетил больного по поводу хронического потребления спиртных напитков. Это был столяр 43 лет, страдающий алкоголизмом свыше 20 лет. Легкая степень опьянения не мешала нам сделать сеанс гипносуггестии. После сеанса больному было предложено начать посещать регулярно диспансер, что, однако, не было им выполнено. В июне 1927 года нам было сообщено, что этот больной прекратил совершенно потребление спиртных напитков и продолжает вести совершенно трезвый образ жизни.

Большинство авторов советуют при лечении алкоголизма внушением не забывать и о других лечебных средствах. Так, Токарский давал своим больным стрихнин и опий. Певницкий, наряду с внушением, назначал диету, сердечные, гидро- и электропроцедуры. Порядок физического лечения у нас был таков: с 3 — 4-ой недели, когда мы убеждались в положительном влиянии психотерапии, в свободные от сеансов внушения дни мы назначали некоторым больным электризацию. Последней мы пользовались не только для успокоения и укрепления нервной системы, но и как средством для косвенного внушения. Наряду с этим, больным назначались ежедневные обтирания комнатной водой или общие ванны 27 — 28° 2 — 4 раза в неделю, если больной имел возможность это делать. Из фармацевтических средств (по мере надобности) мы назначали бромиды, сердечные и тонизирующие вещества.

Прежде чем перейти к изложению результатов лечения, мы должны поставить вопрос, что должно служить материалом для суждения о полученном у наших больных положительном эффекте и имеем ли мы право говорить вообще об излечении за такой сравнительно короткий срок наблюдений (1½ — 1 — 2 года)?

Д-р Мендельсон находит возможным считать излеченными алкоголиков, которые не пьют в течение одного года с момента начала лечения; такого же мнения придерживаются и д-ра Токарский, Певницкий и Добровольский. Кроме того, д-ра Пев-

*) Этому методу придерживался Wetterstrand и Lloyd - Tuckey (Лондон), последнее время акад. Бехтерев и Срезневский: доклад на I съезде невропатологов и психиатров в Москве, 1927, декабрь. (Ред.).

ницкий и Добровольский установили следующие критерии и градации успешности: 1) успешными считались такие случаи, когда больной бросал пить после первого же внушения и потом воздерживался от спиртных напитков в течение всего курса лечения (нередко до 1 года), а также и впоследствии (насколько это известно врачу); 2) сомнительные — такие случаи, в которых во время лечения наблюдались легкие непродолжительные рецидивы, но в конце концов лечение все же шло успешно; 3) безуспешные — такие случаи, когда либо еще в продолжение лечения, либо впоследствии наступал серьезный и длительный возврат болезни.

Но нам кажется, что при таком коротком (2 - х летнем) сроке нашей работы нельзя говорить о полном излечении того или иного алкоголика и делать относительно этого окончательные выводы.

Необходимо, конечно, согласиться с тем, что точные и ценные выводы в данном вопросе могут быть сделаны лишь при других условиях, и при более рациональной организации помощи алкоголикам. Условия эти — учет огромного количества больных, постоянная осведомленность о каждом, наблюдение за больным в течение длительного периода *после* окончания лечения и контроль над ним, подробное изучение условий рецидивов и т. п. Конечно, все это вопросы будущего. В настоящее же время нашей ближайшей задачей может являться лишь собирание материала, рисующего пригодность того или иного метода лечения.

И вот, в нижеследующем мы даем результаты применения у наших больных суггестивного и гипносуггестивного метода. Исходя из этого, а также из сказанного относительно оценки результатов лечения, мы даем определенные цифры и ограничиваемся не утверждением излечимости, а лишь констатированием прекращения влечения к алкоголю под влиянием чистой психотерапии в избранной нами форме.

В этом смысле мы получили положительный эффект у 118 человек из 149, т. е. у 79,8% по отношению к прошедшим через наши руки больным. Что касается группы с отрицательным результатом, то она состояла из 31 чел. и к ней отнесены случаи, когда больные не прекращали пить или прекращали всего лишь на несколько дней с тем, чтобы снова начать, несмотря на продолжение лечения.

Выражая положительные случаи по формам алкоголизма, мы будем иметь следующие данные:

<i>Хронические</i>	— из 98 положительных	— 89
<i>Истинный запой</i>	— из 17 »	3
<i>Ложный запой</i>	— из 26 »	18
<i>Случайное пьянство</i>	— из 8 »	8

Необходимо указать, что наихудшие результаты получались при истинном запое.

Нужно заметить, что эти цифры отнюдь не указывают на период трезвости, прерванный возобновлением приема алкоголя, а они обозначают лишь период лечения, во время которого, наряду с ежемесячным, а в иных случаях и более редким подкреплением, имелось полное воздержание от спиртных напитков.

Что касается продолжительности наблюдавшегося нами трезвого периода для каждой группы, то данные эти сводятся к следующему:

Хронические — не пьют с момента начала лечения	2 г. — 11 чел.
» » » » »	больше 1 г. — 16 »
» » » » »	6 — 12 мес. — 38 »
» » » » »	2 — 6 мес. — 24 »
<hr/>	
89 чел.	

Ложный запой — не пьют с момента начала лечения	больше 1 г. — 3 чел.
» » » » »	6 — 12 мес. — 9 »
» » » » »	2 — 6 мес. — 6 »
<hr/>	
18 чел.	

Случ. пьянство. Не пьют с момента начала лечения	больше 1 г. — 5 чел.
„ „ „ „ „	6 — 12 мес. — 2 „
„ „ „ „ „	2 — 6 мес. — 1 „
	<hr/> 8 чел.

Истинный запой. Не пьют с момента начала лечения	больше 1 г. — 1 чел.
„ „ „ „ „	7 мес. — 1 „
„ „ „ „ „	9 мес. — 1 „
	<hr/> 3 чел.

В группу с отрицательным результатом (31 чел.) вошли лица с невропатической и смешанной наследственностью, обитатели ночлежек и др.; но были и такие (11 чел.), которые, не будучи отягощены невропатической наследственностью, из трезвой, здоровой семьи, все таки положительного эффекта не дали. Интересно отметить, что у 27 из этой группы неудачников не удавалось вызвать даже самой слабой степени сонного торможения и лишь у 4 из них хорошо развивался экспериментальный сон. Если же мы при этом учтем, что в группе наших положительных случаев из 118 человек впадало в состояние сна различной степени 112 человек, а у 6-ти мы были вынуждены применить словесное воздействие наяву, то придется подчеркнуть, что, очевидно, наличие той или иной степени сонного торможения коры мозга остается не без влияния на высоту процентности положительных результатов.

Переходя к оценке влияния данного метода лечения, нужно отметить довольно большой процент непьющих более года (36 чел.); но это число должно увеличиться, если прибавить непьющих около года (6 — 12 мес.). Можно надеяться, что при принятом пролонгированном методе лечения количество непьющих больше года из наличного состава больных будет увеличиваться. И если эти цифры не указывают на окончательное излечение, то они оправдывают принятый у нас метод лечения. Дальнейшие наблюдения и связанные с ними коррективы дадут в будущем возможность окончательной оценки его. Но и эти данные, как наши, так и других авторов, могут говорить в пользу этого метода. Наши наблюдения показывают, что и патологическая наследственность не служит препятствием к достижению положительных результатов. Ведь из всех 149 чел. 98% были отягощены и это не помешало получить у 118 чел. (79,8%) положительный результат. То же нужно сказать и о продолжительности злоупотребления алкоголем. 20 — 30-тилетний «стаж» не препятствовал быстро наступающему — после 2 — 3 сеансов — прекращению влечения к алкоголю.

Необходимо еще отметить общее для огромного большинства явление, а именно: *большинство алкоголиков, независимо от давности своего пьянства, прекращало пить после 1 — 2 сеансов и сразу становились снова продуктивными работниками.* Влечение к алкоголю заменялось или полным равнодушием к нему, или чувством отвращения. Достаточно было такому больному взять в руки стакан с водкой, как его начинало тошнить и появлялись позывы на рвоту; это бывало в тех случаях, когда эта реакция воспитывалась во время гипносуггестии; интересно отметить, что также и при общем внушении больному, что он не выносит алкоголя, получалась соответственно индивидуальности отрицательная реакция на прием спиртных напитков.

Больные, страдавшие общим недомоганием, отсутствием аппетита, после 2-го или 3-го посещения диспансера заявляли о своем улучшившемся состоянии — хорошее самочувствие, улучшение аппетита. Не приходилось даже прибегать к мышьяку и горечам. Отправления желудочно-кишечного тракта становились вполне удовлетворительными. Также быстро восстанавливался сон. Исчезали головные боли, раздражительность становилась меньше, и уже со 2 — 3 недели после начала лечения многие больные возвращались к выполнению своих служебных обязанностей, если таковое прекращалось из-за болезни. У тех же больных, которые и во время лечения состояли на службе (а таковых было подавляющее большинство), работа шла сразу продук-

тивней и легче. Каких-либо неприятных осложнений после сеанса гипноза мы никогда не отмечали. Наоборот, больные просыпались с каким-то особенным, приятным чувством, успокоенные и ободренные. «Жалко, доктор, что так скоро разбудили, с удовольствием отдохнул бы еще немного». Такие заявления мы слышали нередко от наших больных.

Положительность эффекта мы устанавливали не только со слов больного, но и на основании сведений, получаемых от его родственников. Что касается рецидивов, то их зарегистрировано было 14: у 5-ти запойных и 9-ти хроников. Возврат болезни, как у хронических алкоголиков, наступал совершенно случайно. Так, напр., б-му К. на одной пирушке в чашку чаю влили вина; больной Р. потерял службу и, поссорившись со своим начальником, в возбужденном состоянии выпил бутылку вина. Из указанных 14-ти больных вернулось 7 человек (1 запойный и 6 хроников) с тем, чтобы успешно продолжать лечение.

Для иллюстрации сказанного приведем несколько наиболее типичных случаев.

I. Больной Р., 46 лет, женат, рабочий; обратился в диспансер с жалобами на ежедневное потребление спиртных напитков, раздражительность, отсутствие интереса к жизни, угнетенное состояние, плохой сон и аппетит и понижение трудоспособности. Начал пить с 1904 года, злоупотреблять же стал последние 4 года. Пьет ежедневно по 1 — 2 бутылки водки и 8 — 12 бут. пива. Отец и мать больного страдали хронической формой алкоголизма. Гипносуггестивной терапией (сон средней степени) стал пользоваться 25/VIII 1927 года; больной сразу перестал употреблять спиртные напитки. Сделал это очень легко и чувствовал себя без алкоголя вполне хорошо. Постепенно восстановились аппетит и сон, стал менее раздражителен, работоспособность возвратилась к норме. 20/XI 27 года на приеме сообщил следующее: «Чувствую себя хорошо, к спиртным напиткам не влечет, был в компании пьющих и держал себя вполне достойно». Всего было проведено 10 сеансов. Весной уехал из Харькова с твердой уверенностью, что пить не будет.

II. Больной Ш. — маляр, 42 г., женат; был доставлен в амбулаторию Института 3/V 1927 г. в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов жены удалось выяснить, что ее муж, на почве страдания алкоголизмом, пытался сегодня покончить самоубийством, но был случайно замечен соседями и снят с петли. От больного мы узнали, что он страдает алкоголизмом 22 г. Пьет запоем по 2 — 3 недели, со светлыми промежутками от нескольких дней до 2-х месяцев. Больной крайне раздражителен, плохо ест и спит и совершенно потерял трудоспособность. Отец больного пил в молодости, последние годы не имеет о нем никаких сведений. В течение 3-х сеансов влечение к алкоголю постепенно ослабевает и, наконец, к 5-му сеансу совершенно исчезает. Параллельно с этим восстанавливается сон, аппетит, возвращается хорошее настроение и трудоспособность. 16/XI 27 года явился на прием и сообщил следующее: «Чувствую себя, доктор, прекрасно, успеваю в работе, о спиртных напитках и не думаю, как будто никогда и не знал. Запах алкоголя не только мне неприятен, но вызывает у меня тошноту и рвоту».

Всего принято 35 сеансов. По сведениям 23/VIII, чувствует себя хорошо и ведет усиленно пропаганду трезвости *).

III. Больной Д., 41 год, рабочий, женат. Явился на прием в Психоневрологический Институт 16/XI 1926 года, жалуясь на ежедневное потребление спиртных напитков, угнетенное состояние, отсутствие интереса к жизни, плохой сон и аппетит и потерю трудоспособности. Больной начал выпивать с 24-х лет при случае с товарищами и постепенно втянулся в пьянство. До 1915 года выпивал 1 — 2 раза в месяц, пил немного и пьяным никогда не бывал. Пьянству способствовали тяжелые материальные условия. Последние 10 лет пьет по 1 — 2 бутылки в день. Очень редко бывает трезвым. Отец и братья больного страдали алкоголизмом. К лечению больного мы приступили 11/XI 1926 года. После первого же сеанса психотерапии больной оставил спиртные напитки. Последующие же несколько сеансов вернули больному сон, аппетит, настроение стало лучше, появилась работоспособность. В течение одного месяца изменился не только облик нашего больного, но и весь уклад его жизни. Вот что нам сообщил больной 21/XII 1926 года: «Самочувствие хорошее. К спиртным напиткам не только нет влечения, но чувствую к ним сильное отвращение. Легкие мои стали меньше болеть (больной находился под наблюдением тубдиспансера), в работе много успеваю, в доме полное благополучие». Последний раз мы видели больного в хорошем состоянии 18-го мая 1927 года. Всего было произведено 20 сеансов психотерапии.

IV. Больной П., 40 лет, женат, по профессии счетовод. Явился на прием с жалобами на ежедневное употребление спиртных напитков, угнетенное состояние, сильную раздражительность, сонливость, частые головные боли, плохой сон и аппетит. Пить начал с 20-ти лет. Этому способствовала та обстановка, в которой он жил (жил вне семьи, среди людей, где алкоголь являлся целью жизни), и тяжелые материальные условия. Во время гражданской и империалистической войн употреблял самогон, денатурат и мебельный лак. Отец и мать страдали алкоголизмом. К лечению больного мы приступили 28-го марта 1926 года. После первого же сеанса психотерапии (дремота средней степени) перестал употреблять спиртные напитки. Появился хороший аппетит и нормальный сон. Головная боль и угнетенное настроение исчезли после 3-го сеанса. 2/X самочувствие хорошее. Влечения к спиртным напиткам нет. Запах алкоголя стал для него невыносимым и вызывает тошноту и неприятное ощущение во рту. 15/X больной был в гостях, в среде пьющих товарищей, угова-

*) Б-й до настоящего момента (XI/29 г.) не пьет и охотно выступает на антиалкогольных собраниях и лекциях. Ред.

ривали выпить. Но чувство сильного отвращения к напиткам заставило больного покинуть своих товарищей. Последний раз мы видели больного в сентябре 1927 г. в хорошем состоянии. При алкогольном 20-тилетнем стаже 1½-годовое воздержание после начала лечения!

V. Больной А-ко, техник, 52 лет, женат, обратился в диспансер 11/VIII 1926 г. с жалобами на ежедневное употребление спиртных напитков, сильную раздражительность. Бессонные ночи с частыми зрительными элементарными галлюцинациями, резкое дрожание всего тела, особенно в руках, ослабление зрения, полное отсутствие аппетита, общая слабость и потеря работоспособности. С 22-х лет до 42-х жил с товарищами только во время полочки по 2—3 дня подряд (1—2 бут.). С 1917 года, после ряда тяжелых переживаний (арест), стал пить ежедневно. Водка являлась для него необходимостью, ибо без нее он не мог работать. Родным больной не помнит. От родственников узнал, что отец его пил умеренно в течение многих лет. По словам больного, тяжелые переживания потянули его «на тернистый путь алкоголизма». Первый сеанс был 12/VIII 1926 г. Больной явился в состоянии легкого опьянения. После первого сеанса перестал прибегать к спиртным напиткам и на службу отправился без «заряда» алкоголем. С каждым днем состояние больного улучшалось; дрожание конечностей исчезло, появилась хороший аппетит, сон стал нормальным, работоспособность восстановилась. Влечение к спиртным напиткам сменилось полным безразличием к алкоголю. Наблюдение по настоящее время (май 1929 г.) В данном случае алкоголизм 30-тилетней давности*). Воздержание в течение 2-х лет после начала лечения.

VI. Больной Г., портной, 51 года, женат. Обратился в диспансер 20 октября 1926 года; жалобы на ежедневное употребление спиртных напитков, чрезмерную раздражительность, головные боли постоянного характера, плохой сон и аппетит. Считает себя больным 26 лет. Пить начал с 14 лет, когда мальчиком находился в учении. Делал это по принуждению и в случае отказа был избиваем. Первое время выпивал умеренно и не часто; потом постепенно втянулся и сделался хроническим алкоголиком, выпивая 1—2 бут. в день, а иногда и больше. В период гражданской и империалистической войн, за неимением водки, употреблял самогон и денатурат. Отец, мать и брат больного страдали алкоголизмом. Душевно-больных в семье не было.

К лечению больного мы приступили 21-го октября 1926 года. Первый же сеанс психотерапии прекратил влечение к алкоголю. Это несколько не отразилось на общем состоянии больного: настроение хорошее, головные боли стали легче, появилась вера в возможность исцеления от тяжелого недуга. После 5-го сеанса к больному возвратился аппетит и сон. Тяги к спиртным напиткам не отмечает. Появилась устойчивость против соблазна. Однажды, явившись на амбулаторный прием, сообщил, что «третьего дня он праздновал именины своей жены. Было много гостей, по обыкновению на столе оказалось вино и водка, но я на них не обращал внимания, как будто их и не было».

В последний раз мы видели больного в феврале 1928 года. Он был совершенно здоров. Период трезвости длится 1 год. Положительный результат при алкогольной наследственности и при наличии 30-тилетней алкогольной давности!

VII. Больной К., 45 лет, женат, по профессии официант. Явился на прием в Психоневрологический Институт 17/V 1926 года с жалобами на злоупотребление спиртными напитками, раздражительность, постоянную головную боль, слабую память, робость, плохой сон, частые кошмары, общую слабость. Пить начал с 15-ти лет, когда поступил в ресторан официантом. Благодаря внешней обстановке постепенно развивалось тяготение к спиртным напиткам, и выпивка вошла в привычку. С 25—30 лет пил ежедневно, напиваясь до пьяна. В то время часто страдал видениями устрашающего характера. С 30-ти лет стал меньше пить, но в виде запоев. Запой длился 2—3 месяца, затем наступал светлый промежуток, длившийся от 2-х недель до 1½ месяца. Пьет независимо от настроения и компании. Во время войн, гражданской и империалистической, пользовался самогоном. Брат, бабушка и дядя больного страдали запойной формой алкоголизма. Душевно-больных в семье не отмечает. Лечение начато 18-го мая 1926 года. Первый сеанс психотерапии произвел на больного сильное впечатление. «Я верю,— сказал больной,— что теперь в моей жизни наступит новая эра. Ведь я до сего времени больше бывал пьяным, чем трезвым, и вся жизнь моя была сплошной кошмар». В течение 10-ти сеансов гипноусуггестивной терапии влечение к алкоголю постепенно ослабло и, наконец, к 15-сеансу совершенно исчезло. Вместе с тем к больному вернулось хорошее самочувствие, нормальный сон и аппетит, значительно повысилась работоспособность. Последний раз больной посетил нас 15-го июня 1927 года. Он чувствовал себя попрежнему свежим и бодрым. Всего было проведено 25 сеансов психотерапии.

VIII.— Больной К.,— 53 лет, женат, рабочий. Обратился в диспансер Психоневрологического Института 1-го июня 1926 года с жалобами на ежедневное потребление спиртных напитков, сильную раздражительность, частые головные боли, угнетенное состояние, ослабление памяти, плохой сон и развившуюся в последнее время полную слабость. Считает себя больным с 17-ти лет, с этого времени стал ежедневно потреблять спиртные напитки. До 17-ти лет, когда был мальчиком в учении, выпивал иногда по несколько стаканов водки за раз, но делал это по настоянию старших мастеров. Последние несколько лет очень редко бывал 1—2 дня трезвым и совершенно потерял трудоспособность. Пьет большей частью в компании. Отец больного страдал алкоголизмом и умер от «разрыва» сердца. Мы начали лечение больного 4/VI 1926 года. Первый же сеанс психотерапии (внушение в глубокой дремоте) прервал влечение к алкоголю. Сон стал лучше, появилась аппетит. После 5-го сеанса отмечается резкое улучшение состояния больного. Полное отвращение к спиртным напиткам; настроение

*) Так же, как и предыдущий 6-й III., до сих пор — XI/29 г.— не пьет и принимает участие в анти-алкогольной пропаганде. Ред.

хорошее, вера в свои силы, нормальный сон и аппетит. 20/VII явился к нам и сообщил следующее: «Чувствую я себя, доктор, отлично; к алкоголю нет абсолютно никакого влечения. Прошрое кажется мне кошмарным сном. Ко мне вернулась моя мужская сила; я стал работать. В общем все обстоит в наилучшем виде».

Последний раз больной посетил нас 20-го октября 1927 г. В марте 1928 г. мы навели справки о нем и узнали, что после сокращения по службе он снова запил. Для повторного лечения он не являлся.

IX. Больной К. — портной, 53 лет. Обратился в диспансер 10/V 1926 г. Начал выпивать с 12-лет, а систематически, еженедельно (воскресенье, понедельник и вторник) — с 20 — 25 лет. Напивался изрядно. Помимо этого, впоследствии выпивал ежедневно утром и за обедом по стопке. С начала войны и до 1923 года пил самогон. За последние годы не было дня, чтобы он был совершенно трезвым. Пил много в компании (до 2-х бут. водки и 5 — 6 бут. пива). Легко поддавался влиянию товарищей и никогда не мог противостоять соблазнам. Отец пил много всю жизнь. Первый сеанс гипносуггестивной терапии — П/V. Заснул сразу глубоко. После первого же сеанса полное прекращение влечения к алкоголю. Придя домой, выбросил имевшийся у него запас водки. В дальнейшем не пил и противостоял соблазнам. В течение 9 мес. сделано 30 сеансов. В марте 1927 г. случайно кто-то из приятелей влил в сидро вина. Запах вина ему был противен, его стошнило, и он вылил содержимое стакана. Через месяц после этого проделано было то же самое, но на этот раз он выпил и после этого снова потянуло его к выпивке и выпивал в течение 5 — 6 месяцев, но в значительно меньшем количестве, и то при случае, за едой. После трех сеансов внушения в гипнозе снова перестал пить. До настоящего времени (VIII/28 г.) в отношении выпивки ведет себя совершенно иначе. Самостоятельного непреодолимого влечения нет, может владеть собою при соблазнах, и если выпивает при случае, то в весьма умеренном количестве и может во-время остановиться; в компанию пьющих не тает.

Этот случай показывает, что если и не удастся достигнуть полного прекращения употребления алкоголя, то оказывается возможным подавлять влечение на длительный срок и регулировать отношение к алкоголю. Но нужно сказать, что данный больной не всегда обращался к нам в дальнейшем, хотя бы за 2 — 3 сеансами психотерапии. И если бы это имело место, то можно было бы, как нам кажется, совершенно перевоспитать его. Но и проделанная терапия все же сделала его трудоспособным и полезным для семьи работником. Положительное значение возобновления терапии при рецидиве иллюстрируется следующим случаем:

X. Больной П., 40 лет, парикмахер, женат. Обратился в диспансер Психоневрологического Института 23 января 1926 г. с жалобами на злоупотребление спиртными напитками, сильную раздражительность, плохой сон, часто сплошные бессонные ночи, зрительные и слуховые галлюцинации, резкое дрожание всего тела, полное отсутствие аппетита и понижение работоспособности. Пить начал с 18 лет. Первые несколько лет выпивал с товарищами 2 — 3 раза в неделю и часто бывал пьян. С 1915 года стал пить запоем. Запой длится по 6 — 7 дней со светлыми промежутками от 2 до 14 дней. За последние 2 года больной перенес 6 приступов.

Вся семья больного — отец, мать и братья — страдали алкоголизмом.

Лечить больного мы начали 24 января 1926 года. Первые же сеансы психотерапии прервали влечение к спиртным напиткам. Вместе с тем у больного появился аппетит, сон стал лучше, а дрожание всего тела несколько уменьшилось. После 10 сеанса отмечалось резкое улучшение в общем состоянии больного: полное отвращение к спиртным напиткам, сон и аппетит вполне нормальны, больной стал спокойнее и вернулось бодрое настроение. Весною 1926 года силы больного настолько окрепли, что он смог приступить к работе. В августе 1927 года (через 1 год 8 мес. после начала лечения), когда был сокращен по службе, поддавался уговору товарищей и снова запил. Пил в течение 4-х дней, но чувствовал себя, в связи с соответствующим внушением, скверно: частые тошноты и рвоты во время приема алкоголя, резкая головная боль, совершенно не спал и не ел. Испугавшись своего болезненного состояния, он снова явился в диспансер для лечения. Больного снова удалось «направить» и по настоящее время (май 1928 г.) он находится под нашим наблюдением.

Интересным по условиям лечения является следующий случай.

XI. Больной П., 44 лет, женат, пивовар. Обратился в Психоневрологический Институт 3 мая 1927 года с жалобами на злоупотребление спиртными напитками, сильную раздражительность, частое угнетенное состояние, плохой сон и аппетит и резкое понижение работоспособности. Считает себя больным 10 лет. Первые два года пил умеренно и не часто. Затем, поступив на службу в Госспиртзавод, стал злоупотреблять алкоголем. Этому способствовал характер работы (больной варил пиво) и компания пьющих товарищей. Последние 2 — 3 года пьет запоем 2 — 3 дня с перерывами от 1 до 2 недель. Отец больного был алкоголиком.

К лечению больного приступили 5 мая 1927 года. Первый же сеанс гипносуггестии прервал влечение к алкоголю. Одновременно к больному начало возвращаться хорошее настроение, аппетит и сон стали нормальными. Спустя 2 недели после начала лечения полностью восстановилась работоспособность. В настоящее время (V/1928 г.) больной находится под наблюдением, ежемесячно посещает диспансер и чувствует себя хорошо, несмотря на то, что основной раздражитель его заболевания остался тот же, так как больной попрежнему варит пиво.

Итак, из приведенного материала видно, что изолированно амбулаторно применяемая суггестивная терапия в той форме, в какой она у нас принята, может принести большому числу алкоголиков огромную пользу, одних совершенно избавляя от недуга, другим облегчая борьбу с ним и вводя его в рамки терпимости, как это иллюстрирует случай портного К. Но известный процент больных, в силу тех или иных причин (не поддаются гипнозу, влияние плохой окружающей среды, глубокий распад личности), при амбулаторном лечении психотерапией не прекращают пьянства. Что же делать с такими больными? Можно ли их оставить без надзора, на произвол самих себя? Конечно, нет. Интересы не столько самого больного, сколько его семьи и общества требуют от нас принятия каких-либо мер по отношению к таким больным; наши органы здравоохранения должны позаботиться об открытии, по примеру Западной Европы и Америки, закрытых лечебных заведений или колоний для тяжелых алкоголиков. Но, в отличие от наших западных соседей, доступ в эти лечебницы должен быть свободно открыт для всех нуждающихся в таком лечении алкоголиков. И не только добровольно, но в известных случаях принудительно, должны быть помещаемы в такие лечебницы тяжелые алкоголики. В колониях, построенных вдали от города, в тихой деревенской обстановке, нам кажется, должно проходить лечение тяжело больных алкоголиков. Под руководством и наблюдением опытных врачей психотерапевтов, в течение 1—3 лет, нужно полагать, многие алкоголики настолько окрепнут духовно и физически, что смогут вернуться в семью и общество. Но задача врача не только лечить, но и предупреждать болезни. Профилактика алкоголизма — часть общественного здравоохранения, а потому ей должно быть уделено особое внимание.

Наша страна должна, согласно существующих законоположений, покрыться сетью алкогольных диспансеров, которые будут направлять и руководить просветительной работой. Пропаганда против употребления спиртных напитков должна начинаться уже в детских домах, школах, перейти затем в народные массы, на фабрики, заводы, в войска. В средних и высших учебных заведениях на уроках гигиены должно выявлять вред, приносимый человеческому организму спиртными напитками (Осипов). С целью пропаганды должны быть также использованы лекции, брошюры, клубы и кино.

В проведении в жизнь профилактических идей могут оказывать большую услугу народившиеся у нас о-ва борьбы с алкоголизмом. Они также явятся полезными для излечившихся алкоголиков, могущих найти в них «трезвое» убежище и быть в полезной для себя среде, поддерживающей и закрепляющей полученные положительные результаты лечения в диспансерах.

ВЫВОДЫ

1. Наилучшей формой помощи алкоголикам, как со стороны организационной, экономической, так и в лечебной, является для большинства больных помощь *амбулаторная*.

2. В психотерапии мы имеем могучее средство для лечения алкоголизма в различных видах его проявления. В наших случаях положительный результат получился у 79,8% и этот успех нужно полностью отнести за счет психотерапии и преимущественно гипносуггестивной.

3. При гипносуггестивной психотерапии главное внимание должно быть уделено *мотивированному внушению* во внушенном сне различной степени, при котором очень быстро воспитываются положительные и отрицательные сочетательные рефлексы, часто очень прочные.

4. При гипносуггестии нет необходимости в глубокой степени сонного торможения коры мозга, в большинстве случаев достаточно бывает торможения средней и слабой степени, но не исключена возможность получения положительного результата, в известных случаях, от словесной терапии и в бодрственном состоянии.

5. Хотя в некоторых случаях могут получиться стойкие положительные результаты и после 3 — 4 сеансов словесной терапии но нужно признать необходимым применение длительного систематического лечения и сохранение, в различной форме, связи с больными в течение более или менее продолжительного времени (1 — 2 года)

6. Рецидивисты поддаются восстановлению (1 — 2 сеанса), а потому они не должны оставаться без внимания диспансера и без соответствующей психотерапевтической поддержки, хотя бы изредка и кратковременно получаемой больными.

7. Алкогольная наследственность не является препятствием к достижению положительных результатов у алкоголиков.

8. Давность алкоголизма у больного не влияет на успешность лечения.

9. Успешность психотерапии у алкоголиков находится в известной мере в связи с окружающей больного средой, и на эту сторону как врачу и диспансеру, так и общественным организациям необходимо обратить должное внимание.

10. Наряду с психотерапией в каждом отдельном случае следует применять общеукрепляющее лечение.

11. Наша страна должна в ближайшее время покрыться сетью алкогольных диспансеров с небольшими стационарами при них и необходимым кадром психотерапевтов и из методов лечения должен преобладать метод словесного воздействия в гипноидном состоянии, как уже научно обоснованный.

ЛИТЕРАТУРА

- Проф. Э. Крепелин. Клиническая психиатрия. 1912.
 Проф. В. И. Осипов. Частное учение о душ. б. 1925.
 Проф. Ф. Е. Рыбаков. Духовные болезни. 1917.
 Проф. К. И. Платонов. Гипноз и внушение в практич. мед. 1925.
 Проф. Форель. Гипнотизм. Русск. пер. 1928.
 Проф. В. М. Бехтерев. Гипноз, внушение и психотерапия. 1911.
 Его же. О психорефлекторной терапии (Обозр. псих. и невр. 1914 — 15, №№ 10, 11, 12).
 Ф. Е. Рыбаков. Лечение пьянства гипнотическим внушением. Врач. газ. 1901.
 Его же. Принципы современного лечения алкоголиков. 1905. Москва.
 Д-р Певницкий. Лечение алкоголиков в психотерапевтической амбулаторной клинике акад. В. М. Бехтерева. 1903.
 Д-р Успенский. О лечении пьянства гипнотическим внушением. Врач. 1891.
 Д-р А. Л. Мендельсон. Опыт лечения алкоголизма внушением в амбулаториях (Корсаковский журнал. 1904. Кн. 3).
 Его же. Лечение алкоголизма в амбулаториях С. Петерб. гор. попеч. о народной трезвости. Отчет за 1903 — 1909 г. г. Петербург. 1910.
 Его же. Психотерапия алкоголизма. 1905.
 Его же. Нервнопсихич. гигиена и профилактика. 1927.
 Д-р Синани. О роли внушения в борьбе с пьянством. («Русский вестн.» 1899).
 Д-р В. В. Срезневский. — К вопросу об амбулаторном лечении алкоголизма. (Обозр. псих. и невр. 1907 № 1).
 Д-р Вяземский. Алкоголизм и лечение его гипнотическим внушением. Корсаковский журнал. 1904. Кн. 1 — 2.
 Д-р Березницкий. Лечение гипнозом морфинистов, алкоголиков, курильщиков. Русский врач. 1905, № 7.
 Д-р Б. А. Токарский. Психотерапия алкоголизма (Журн. соврем. психоневр. 1927. № 11).
 Д-р П. Короткевич. Причина алкоголизма городских рабочих и средства к его прекращению (Обозр. псих. и невр. 1914, №№ 4, 5, 6).
 В. Я. Канель. Алкоголизм и борьба с ним. Москва. 1914.
 Д-р А. С. Шоломович. Как мы боремся с алкоголизмом. Москва. 1926.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG VON ALKOHOLIKERN

Von Zeikinskaja und N. Utewsky

Die Verf. wandten reine Psychotherapie bei 149 Alkoholikern an und erzielten nachstehende Ergebnisse:

1) Die beste Form der Hilfe, die Alkoholikern erteilt werden kann, ist sowohl vom Standpunkt der Organisation und der Oekonomie, als auch in Sinne der Heilwirkung die ambulante Hilfe.

2) Die Psychotherapie liefert uns ein machtvolles Mittel zur Behandlung des Alkoholismus in seinen verschiedenen Ausserungen. In unseren Fälle wurden positive Resultate in 79,8% der Fälle erzielt und dies ist gänzlich auf Konto der Psychotherapie und, namentlich, besonders der hypnosuggestiven Behandlung zu setzen.

3) Bei hypnosuggestiver Psychotherapie muss die Aufmerksamkeit hauptsächlich der motivierten Suggestion zugewendet werden und zwar in suggeriertem Schlafe von verschiedener Tiefe, wobei sehr rasch positive und negative kombinierte, sehr dauerhafte Reflexe ausgebildet werden.

4) Bei der Hypnosuggestion ist kein tiefer Grad von Hemmung der Hirnrinde im Schlafe erforderlich, in der Mehrzahl der Fälle genügt eine Hemmung von mittlerem und schwachen Grade, auch ist keineswegs die Möglichkeit ausgeschlossen in gewissen Fällen auch durch verbale Therapie im wachen Zustande günstige Ergebnisse zu erzielen.

5) Obwohl bisweilen dauerhafte positive Resultate auch nach 3 — 4 Sitzungen von verbaler Therapie zu erzielen sind, so muss dennoch die Notwendigkeit erkannt werden, eine langdauernde systematische Behandlung durchzuführen und während einer mehr oder minder langen Zeitspanne mit dem Kranken in Fühlung zu bleiben (binnen 1 — 2 Jahren).

6) Rezidivierende Fälle sind der Restitution zugänglich (1 — 2 Séance) daher müssen sie im Dispensaire nicht ausser Acht und entsprechendem psychotherapeutischen Beistand gelassen werden, und sei er auch nur in Form seltener und kurzer Hilfe geleistet.

7) Alkoholische Heredität ist kein Hindernis zur Erreichung positiver Resultate bei Alkoholikern.

8) Der Erfolg der Behandlung wird nicht von langdauerndem Bestande des Alkoholismus beeinflusst.

9) Der Erfolg von Psychotherapie bei Alkoholikern ist gewissermassen von dem Milieu abhängig, in dem sich der Kranke befindet, und der Arzt muss sowohl als das Dispensaire und die öffentlichen Organisationen diesem Umstande Rechnung tragen.

10) Ausser der Psychotherapie muss in jedem einzelnen Falle auch eine Behandlung zur allgemeinen Stärkung des Patienten durchgeführt werden.

11) Unser Land wird sich in nächster Zeit mit einem Netz von Alkoholdispensairen mit daran angeschlossenen kleinen Stationären bedecken, wo entsprechenden psychotherapeutisches Personal tätig sein wird und unter den Behandlungsmethoden muss das Verfahren der verbalen Beeinflussung in hypnoidem Zustande prävalieren, da dieses Verfahren bereits wissenschaftlich begründet ist.

О ЗНАЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ *)

Д-р Р. Я. Шлифер

(Из психотерапевтического отделения диспансера при Украинском Психоневрологическом Институте НКЗ (заб. отделением проф. К. И. Платонов)

Известно, что нервная система может быть туберкулезно поражена или первично, или вторично, в связи с поражением других органов. В последних случаях токсин, циркулирующий в крови, влияет в той или иной степени отрицательно на функции клеток как анимальной, в высших и низших ее отделах, так и висцеральной нервной системы, порождая более или менее сложные невротические и психопатические состояния. Касаясь туберкулезной интоксикации, д-р Алфеевский **), говорит, что уже на основании немногочисленной литературы туберкулезный токсин должен трактоваться, как яд преимущественно нервный. Той же точки зрения придерживается Н. М. Рудницкий. И если «поразительно ничтожное значение в этиологии душевных заболеваний выпадает на долю туберкулеза», говорит проф. Краерелин ***),... однако легкие изменения в настроении и волевой сфере все же, повидимому, часто сопровождают эту болезнь». Ссылаясь на работы ряда авторов, проф. Краерелин перечисляет следующие черты психики туберкулезных: раздражительность, подавленность, чувствительность, резко выраженный эгоизм, ревность, половое возбуждение. О том же говорит и прив.-доц. Voss ****), упоминая о болезненном эгоизме, склонности к ипохондрическим жалобам, недоверии к окружающим и т. д. Он же, как и другие авторы, подчеркивает повышенную внушаемость туберкулезных, что объясняет «многие случаи поразительного действия новых «специфических» средств, постоянно предлагаемых против чахотки». Венгерский врач Hellos в книге своей «Les intoxications tuberculeuses» (1910) указывает, что туберкулезная интоксикация может проявляться в симптомах, которые ошибочно принимаются за анемию, неврастение, истерию и другие неврозы. Наблюдая за туберкулезными больными, автор связывает с туберкулезной токсемией симптомы нарушения функций вегетативной н. с., расстройства сна, вазомоторные и температурные явления, расстройства желудочно-кишечного тракта, менструаций, отсутствие аппетита и т. п.

В работе Marie et Geaussart *****), как пишет Алфеевский, собрана литература, касающаяся отношений между туберкулезом и душевными болезнями, и эти авторы, на основании литературы и клинических наблюдений, определенно говорят, что у туберкулезных одним из наиболее постоянных признаков интоксикации является изменение настроения и характера, сопровождающееся более или менее резкими психопатическими

*) Доклад в психотерап. секции ХМО.

**) Д-р Алфеевский. Нервные и психические явления у туберкулезных. «Современная Психиатрия». 1912.

***) Учебник психиатрии. 1910. Изд. Карцева. Стр. 150.

****) Med. klin 1911. № 24.

*****) Marie et Geaussart. La serodiagnostic de la tuberculose et l'etiology des affections mentales. Revue de medecine. Цит. по Алфеевскому.

явлениями. Д-р Алфеевский, на основании своих многочисленных наблюдений и исследований, приходит к выводу, что комплекс симптомов у туберкулезных со стороны нервнопсихической сферы оказывается довольно характерным. Врач, знакомый с этими симптомами, в состоянии сплошь и рядом лишь на основании нервных и психических жалоб предположить и доказать туберкулез там, где сами больные его и не подозревают.

К этому комплексу д-р Алфеевский относит следующие симптомы. Большинство фтизиков жалуется на отсутствие аппетита, расстройства сна — бессонницу или чрезмерную сонливость, на общую слабость, головные боли, тошноты, ослабление памяти, угнетенное настроение, тоску, раздражительность, наклонность к аффектам, беспричинный страх и пугливость, навязчивые мысли, какое-то замешательство в голове, заставляющее больных бояться, что они сойдут с ума, и т. д. При всем этом, пишет Алфеевский, у женщин преобладают такие симптомы, которые создают клиническую картину, обычно определяемую врачами как истерия, у мужчин же чаще всего мы имеем дело с неврастенией ипохондрического оттенка. Личность больного изменяется: из веселого человека делается скучным, грустным, из тихого, покладистого — раздражительным и упрямым; больные часто превращаются в эгоистов и людей невыносимых в общении. Д-р Алфеевский также подчеркивает в значительной степени развивающуюся у туберкулезных внушаемость и самовнушаемость, которыми, как он говорит, отчасти объясняются и успехи, и неудачи лечения психоневрозов у наших больных.

Все эти обусловленные токсемией отклонения от нормы со стороны нервной системы, в особенности со стороны вегетативной, не могут, конечно, не отражаться на общем физическом состоянии и нервном тоне, положительное состояние которых необходимо больному организму в борьбе с хронической инфекцией. Но если первичное соматическое заболевание может вторично порождать нервнопсихические процессы, то, наоборот, психические, вернее, эмоциональные состояния могут или повышать, улучшать функции органов растительной жизни или расстраивать их, обуславливая соматические расстройства. На большую роль психических процессов в развитии болезней внутренних органов, расстройств общего кровообращения и т. п. уже давно указывали различные авторы (Хэк Тьюк, Strumpell, Яновский, Дейке, Розенбах, Фирордт, Плетнев и друг.). Говоря о значении эмоций в жизни организма и развитии под влиянием их различных патологических состояний, проф. К. И. Платонов*) пишет: «Нам известны, из достаточной по этому поводу литературы и из повседневных наблюдений, примеры пагубного влияния на организм всякого рода «психических травм», астенических и стенических отрицательных эмоций, как провоцирующих скрытые, так и создающих новые болезненные формы — функциональные и органические, острые и хронические. Отсюда нам становится понятным и обратное влияние эмоций противоположного характера».

Касаясь, в частности, туберкулеза, нужно сказать, что значение моральных потрясений в развитии и ухудшении имеющегося патологического процесса давно известно и из ежедневных наблюдений. Наряду с этим *может быть вредным и развивающееся часто у туберкулезных реактивное на заболевание tbc психоневротическое состояние*. Это состояние может способствовать ухудшению имеющегося процесса. Наконец, нужно упомянуть еще и о том, что с психоневрозами, развивающимися у туберкулезных под влиянием других причин, не связанных с tbc, также необходимо считаться.

Для физиологического объяснения психических, resp. эмоциональных процессов на физиологические в настоящее время уже имеется достаточно данных не только клинических, но и экспериментальных. Так, давние классические опыты Féré**).

*) Гипноз и внушение в практической медицине. Приложение к «Врачебному делу», 1925. «Acta medica» Вып. IV — V.

**) Цитир. по Платонову — «Гипноз и внушение в практической медицине». «Acta med.», прил. к «Врач. делу» 1925.

«показывают, какое влияние имеют эмоции на биологические процессы. С целью исследовать влияние страха на ослабление сопротивляемости организма бактериям, он, беря кроликов, голубей, белых мышей, одну группу их поддерживал в течение нескольких часов под влиянием устрашающих раздражителей, а другую оставлял в покое. При посеве крови второй группы никаких бактерий не обнаруживалось; кровь же животных, находившихся под страхом, дала колонии бактерий. В другой категории опытов животным производилась прививка патогенных микробов (куриной холеры, пневмоэнтерита свиней, пневмококка Frankel'я). При этом одних пугали, а других оставляли в покое. Наблюдения показали, что при прививке микробов большей вирулентности спокойные животные жили дольше, чем находившиеся постоянно под страхом. При прививке же микробов слабой вирулентности болели и умирали лишь бывшие во власти отрицательной эмоции, другие же, спокойно жившие, или совсем не заболели, или, заболев, выздоравливали».

Исследования американской физиологической школы Кэннона*) показали, что страх и возбуждение вызывают повышение содержания адреналина и сахара в крови и появление его в моче как у животных, так и у человека. Гликозурия наблюдалась у животных, привязанных к операционному столу, Гликозурия наблюдалась у солдат после сражения и у студентов после экзаменов. Все это указывает на раздраженное состояние симпатической системы, на связь «психического» состояния с физиологическим.

В VI-м томе «Учения о функциях мозга» Бехтерева собраны экспериментальные данные исследований физиологической лаборатории его клиники, а также литературные данные, указывающие на связь между психическими (корковыми) процессами с растительными функциями нервной системы, а следовательно, и органическими изменениями. Учение о сочетательно-двигательных рефлексах Бехтерева и условных—Павлова окончательно подтверждает это, устанавливая единство этих процессов и давая анатомио-физиологическое объяснение.

Возвращаясь снова к туберкулезу, нужно заметить, что все сказанное о значении эмоций и невропсихического равновесия на течение патологических состояний должно заставить обратить внимание на нервную систему фтизика, находящегося в заколдованном кругу страданий, с одной стороны, инфекционным заболеванием того или иного внутреннего органа, а с другой — расстройством нервной системы. Этим определяется двойная задача врача — воздействовать как на физическое состояние, так и на урегулирование функций нервной системы, равновесие которой может обуславливать физическое благополучие больного. В этом может быть полезным тот метод лечения, который при психоневрозах и функциональных расстройствах нервной системы оказывается наиболее целесообразным. Таковым может явиться психотерапия во всех ее видах.

Что психотерапия туберкулезных может быть полезной, об этом упоминают многие авторы. Так, д-р Hellós говорит, что больные санаторий представляют из себя благодарную почву для психотерапии. Д-р Алфеевский указывает, что нервные явления у туберкулезных доступны внушению, и психотерапия вполне применима у туберкулезных в борьбе с их самовнушаемостью. Он тут же подчеркивает, что параллельно улучшению самочувствия заметно улучшается и легочный процесс.

Яркой иллюстрацией того, что психотерапией в форме косвенного внушения можно оказать благотворное влияние на физическое состояние туберкулезных, может служить следующий пример, приведенный профессором Бехтеревым**). Этот же пример рисует картину влияния «психических» процессов на физические.

Д-р Матье (Mattieu) в Париже, желая проверить силу внушения, проделал следующий опыт. Имея большое количество туберкулезных и безуспешно испробовав различные средства, он, в присутствии больных, в разговоре с ассистентом, упомянул, что германцы изобрели новое средство «антифимоз», обладающее огромным

*) В. Кэннон. Физиология эмоций. Ленинград. 1924 г. Изд. «Прибой».

**) Бехтерев. Гипноз, внушение и психотерапия. Петербург. 1911.

пелительным свойством при чахотке. На другой день при тех же условиях д-р М. опять завел речь о замечательных случаях излечения чахотки. Среди больных с быстрой молнии разнеслась весть о новом могучем средстве от чахотки и они ждали, когда оно будет применено. Наконец долгожданное средство пришло, и было приступлено к опытам. Для большей убедительности было условлено, что больные сами могут вести запись веса и температуры. Не прошло и нескольких дней, как оказалось чудодейственное влияние нового средства. Вес тела стал подниматься, лихорадка уменьшалась, ослабел кашель, уменьшились выделения мокроты, появился аппетит, бодрость и сон. Были случаи поднятия веса до 3-х килограмм. В неделю с прекращением впрыскиваний, наоборот, все явления снова ухудшались. Конечно, не было сомнения в чудодействии нового средства, а между тем оно представляло простую дистиллированную воду.

Этот опыт д-ра Матье на фоне учения о сочетательных рефлексах является вполне объяснимым. В данном случае та инъекция «нового средства» явилась тем сочетательным раздражителем, который вызывает соответствующую сложную реакцию со стороны вегетативной н. с. больных. Слова д-ра М. вызвали у последних «эмоцию ожидания» (Бехтерев), иначе говоря, у нервной системы больных явилась готовность реагировать в определенном направлении, и таким образом создалась легкая возможность быстрого воспитания корково-вегетативного сочетательно-рефлекторного процесса. С тем же эффектом роль шприца может играть и слово, как сочетательный, условный раздражитель, могущий вызывать «различные, в зависимости от своего содержания, реакции, обуславливая различные по качеству своему и степени химико-физиологические изменения в организме человека» (Платонов). Значение слова подчеркивается еще и тем, что оно сочетается с различными чувствованиями, эмоциями, реакциями со стороны вегетативной нервной системы.

Физиологические обоснования современной психотерапии позволили проделать опыт в направлении оказания психотерапевтической помощи туберкулезным больным, и эти исследования предприняты по предложению проф. К. И. Платонова с целью выяснить вопрос, *в какой форме может быть применена психотерапия и в какой степени она может быть полезной для туберкулезного.*

Но прежде, чем перейти к описанию применявшихся мною психотерапевтических методов и изложению результатов, я остановлюсь на общей характеристике тех больных, к которым применялась психотерапия.

Клиническим материалом мне служили больные диспансера при Украинском Психоневрологическом Институте в Харькове, часть которых была направлена из тубдиспансера для лечения нервной системы, а часть больных — санатория «Репки» под Харьковом. Мною за период 1925—1927 г. обследовано было 370 человек, а под наблюдением и лечением было 134 человека. Из них было 58 женщин в возрасте от 16 до 40 лет и 76 мужчин от 17 до 45 лет. По конституции астеников было 68%, пикников — 20%, атлетиков — 12%. Крестьян — 44%, рабочих — 37% и лиц умственного труда — 19%.

Не ставя в данной статье целью описание нервных заболеваний под влиянием тбс-ой интоксикации, и стремясь к выяснению влияния психотерапии, я ограничусь лишь общей характеристикой нервного status'a у наблюдавшихся мною больных. По характеру расстройств нервной системы у моих больных их можно было бы разделить приблизительно на 3 следующие группы.

Часть из них (21 чел.) отличалась общей раздражительностью и большинство из них склонны к повышенной аффективности. Вслед за пережитым волнением, хотя бы и ничтожным, у них отмечался общий тремор, сжатие в горле, истерические припадки, сопровождавшиеся у иных повышением температуры, кровохарканием, независимо от состояния легочного процесса. У некоторых из них шорох или громкий разговор окружающих вызывал сердцебиение, одышку и кашлевые раздражения. Об'ективно у всех ясное повышение сухожильных рефлексов с разлитой двигательной реакцией при исследовании их, дрожание век, языка, пальцев рук. Другая часть больных (в числе 23-х чел.) проявляла следующие симптомы: плохой сон, общую усталость, быструю утомляемость, тяжесть в голове, головные боли, державшиеся у некоторых годами. Эти больные хотя и проявляли известную раздражительность, но все же были более или менее ровными в настроении. Об'ективно тремор век, пальцев

рук, языка; у 13-ти красный дермографизм, у большинства Aschner и Egebeu положительны, повышение сухожильных рефлексов в различной степени. Эту группу можно охарактеризовать, как более чистую токсико-неврастеничную.

Но наибольшая часть больных была носителем симптомов только реактивного характера и часто был налицо какой-либо один симптом. В связи с туберкулезным заболеванием у них наблюдались соответствующие ипохондрические мысли, боязнь кровохаркания, боязнь смерти, тревога за сон, аппетит, наряду с отсутствием аппетита, расстройством сна и отвращением к тому или иному роду пищи. Под влиянием различных сведений о плохих исходах при тбс у других больных у многих наступала тяжелая реактивная депрессия. Общая психическая неустойчивость, можно сказать, присуща всем нашим больным. Что касается сексуальности, то она была выражена у большинства санаторных больных. Это, повидимому, объяснялось также и беззаботной жизнью в санатории и наблюдавшейся у некоторых эйфорией. Среди больных были и с извращенным половым влечением гомосексуального характера.

Возвращаясь к психотерапии и к описанию способов применения ее, нужно отметить, что вышецитированные авторы (Hellós, Алфеевский, Гайкович и друг.), указывая на полезность применения психотерапии у туберкулезных, ограничивались лишь упоминанием об этом, но не касались деталей применения ее и в доступной мне литературе я не нашла на этот счет никаких указаний. В связи с этим не пришлось заранее отдавать предпочтение какому-либо одному методу, придерживаясь принципа индивидуализации.

Моя задача в главном заключалась в том, чтобы устранить невротические симптомы, мешавшие укреплению вегетативного тонуса организма. Принимая во внимание различное происхождение невротических состояний, я старалась, конечно, прежде всего разобраться также и в причине данного невротического состояния — было ли в том или ином случае происхождение токсическое или психогенное, и в зависимости от этого применяла тот или иной метод. Если я подозревала комплексный психогенез, то я старалась вскрыть этот «комплекс» путем подробного психоанамнеза. Тут же скажу, что особенно углубляться в личную жизнь больного не приходилось и психоанализ как лечебный метод мною не применялся, так как в нем и не было необходимости. У большинства комплексы были несложны, большинство страдало большими реакциями на ясную и быстро обнаруживающуюся причину. В огромном числе случаев это была реакция на заболевание туберкулезом.

В тех же случаях, где этого не было, а были явления токсического свойства, я воздействовала непосредственно на эти симптомы и старалась поднять физическое благополучие больного.

По выяснении причины и при знакомстве с происхождением симптома я прибегала или к убеждению, внушению наяву или в гипнотическом состоянии различной степени, в *большинстве случаев в состоянии дремоты*.

Но помимо индивидуального лечения я проводила и психотерапию коллективную, ведя с большой массой больных психоневрологические беседы наряду с просветительной работой фтизиатров.

Наблюдая за туберкулезными, я с первых же бесед с ними убедилась, что разъяснительные беседы благотворно влияли на некоторых из них. Принимая же во внимание уже признанную повышенную внушаемость у туберкулезных, а также учитывая повышение внушаемости коллектива (Бехтерев), я решила испытать массовую психотерапию в форме разъяснительных бесед с большими группами больных. Я держусь того мнения, что туберкулезному больному необходимо быть знакомым в правдивом освещении с его заболеванием. Многие больные, как показывал их анамнез, впадали в тяжелую реактивную депрессию вплоть до попыток на самоубийство из-за ложных представлений о болезни, от ужаса, ожидающего их в будущем при страдании тбс, хотя бы и в слабой форме.

В общедоступном изложении больным давались мною общие понятия о нервной системе, объяснялось значение мыслей и настроений для физического состояния и в

убедительной форме доказывалось, что психическое состояние играет большую роль при лечении туберкулеза. Каждый больной должен был знать, что для лечения необходимо усилить процесс разрушения туберкулезных палочек и поднять защитные силы организма, чтобы дать ему возможность справиться с образовавшимся внутри организма ядом. Я стремилась к тому, чтобы больные поняли, что первого они достигают усиленным питанием, чистым воздухом и специальным лечением врачей-фтизиатров, а второго — душевным покоем. Больному необходимо знать о своем tbc еще и для того, чтобы принимать необходимые меры, выполнять соответствующий режим, но равнодушно относиться к мыслям о туберкулезе. Тут объяснялся метод лечения Куэ, приводились яркие примеры из его практики. И туберкулезный больной после подобных бесед знал, что его мысли о благоприятном течении его болезни окажут свое действие. Больным рекомендовалось жить так, чтобы в самых трудных условиях сохранять бодрость духа, веру в свои силы и выздоровление. Наряду с этим воспрещалось больным читать медицинские книги, истории болезни и останавливать свое внимание на справках, выданных врачами. Больным объяснялось это тем, что какой-либо непонятный им термин может послужить причиной образования ложных суждений о своей болезни. По той же причине им рекомендовалось воздерживаться от разговоров друг с другом о своем состоянии. И тут объяснялось вредное влияние подобных бесед. Я старалась доказывать им, что человек, заболевший туберкулезом, обязательно выздоровеет, если он с момента лечения у врача-фтизиатра запасется терпением и мобилизует все свои силы для борьбы с болезнью. «В этой войне за здоровье, — говорила я им, — необходимо перестроить всю свою жизнь. Важно не только начать новый режим, но нужно выдержать, устоять и спокойно его провести до конца. Первые дни все это кажется трудным, но нужно помнить, что это вопрос времени и энергии. Необходимо иметь терпение, выждать определенный срок (все равно, 1—2, даже 3 года), а кто ждет — всегда дождетсЯ. Нужно уметь сделать над собой усилие первое время (переносить все трудности, связанные с заболеванием), достаточно перешагнуть, а там... привыкнешь. Нет таких условий, к которым человек не мог бы привыкнуть. Люди привыкают даже к одиночному заключению. В иностранной специальной литературе описан случай, когда человек был осужден на 25 лет в одиночке. После окончания срока, уже будучи на свободе, он тосковал по камере и у него была потребность ежедневно посещать ее. С туберкулезом человек свыкается настолько, что вновь построенное в его жизни становится обычным. Для выздоровления необходимо душевное спокойствие. Санаторное лечение, хирургическое (вдувание, френикомия, торокопластика) пойдет тем успешнее, чем спокойнее будет относиться ко всему больной. Здоровыми и веселыми мыслями должен занимать себя каждый. Паника и мнительность должны быть вычеркнуты из жизни туберкулезного...» Такого рода беседы я вела обычно уверенным, императивным тоном, что для многих больных являлось фактором, способствовавшим повышению их нервнопсихического тонуса. Особенно хорошее влияние они оказывали на тех, у кого развивалось реактивное астеническое состояние на заболевание tbc. Результаты у многих получались поразительные. До того капризные, требовательные, придирчивые, после бесед становились уравновешенными, спокойными до неузнаваемости, улучшался сон, аппетит, поднималось настроение. В тех случаях, когда беседы не оказывали влияния, я применяла индивидуальную психотерапию. В большинстве случаев применялось внушение и по большей части в различной степени дремоты, которая у большинства развивалась быстро. В течение 10—15 минут больному, находящемуся в лежачем или сидячем положении, при поглаживании его по лбу или по голове, делались соответствующие, в зависимости от случая, внушения, которые им успешно реализовались после 1—3 сеансов.

Внушения в глубокой дремоте являлись необходимыми в тех случаях, когда нужно было воздействовать непосредственно на функции вегетативной системы (сон, аппетит, пищеварительный тракт, настроение). Этот же гипно-суггестивный метод я применяла и в тех упорных реактивных невропатических состояниях, когда беседы

или внушения наяву не давали результатов. В тех же случаях, когда были разнообразные неврастенические симптомы токсического происхождения, я с первого же сеанса прибегала к усыплению и влияла словом на симптомы, ослаблявшие организм.

Уже давно было отмечено в гипнологической литературе (Löwenfeld, Forel, Бехтерев и др.) и мой опыт убеждает меня в том, что у многих внушения осуществляются легче или исключительно в гипнотическом состоянии и в особенности внушения, направленные на деятельность вегетативной системы.

Проф. Форель *) давно обратил внимание на возможность путем внушения в гипнозе регулировать отправления кишечника и вести таким образом борьбу с запором. Новейшие экспериментальные данные показывают на глубокое влияние словесного внушения на физиологические процессы в организме. Исследования д-ра Glasega показали колебания уровня Са в сыворотке крови при внушении различных эмоциональных состояний. Исследования проф. Гаккебуша в Киеве показали, что внушением в гипнозе определенных эмоций можно влиять на колебание сахара в крови. Исследования акад. Бехтерева, Нарбута **, Срезневского ***, у нас — проф. Платонова, а за границей Е. Вебера ****) приводят доказательства влияния словесных внушений на пульс, дыхание, на сосудодвигательную систему, а последние исследования проф. Платонова показали на возможность влияния словом на водообмен, углеводный обмен, рвотный центр. Все это подчеркивает возможность влияния словом как прямым, так и косвенным путем, на функции как здоровой, так и больной нервной системы, в особенности висцеральной.

Все это и дает возможность применять метод внушения, как вспомогательный, при лечении туберкулезных больных.

У некоторых лиц с повышенной впечатлительностью, относящихся к нашей первой группе, внушения реализовались и при внушении наяву.

Внушение в глубоком сне применялось мною лишь в незначительном числе случаев. Обычно достаточно было лишь дремоты, а иногда только неглубокой, для получения успеха. В таких случаях иногда после первых же 2—3 сеансов наступало сразу резкое улучшение во всех отношениях. А после 4—8 сеансов развивалось уже стойкое состояние улучшения. Депрессивные и вялые до лечения — становились бодрыми, являлся интерес к жизни, исчезали тревога, страх. У больных с ярко выраженным оттенком озлобленности после лечения появлялась уравновешенность настроения и добродушие, понижалась повышенная и исправлялась извращенная сексуальность (у шести человек). Внушение оказывало поразительное действие на сон, аппетит, рвоту; наряду с этим быстро прогрессировало увеличение веса, начиналось медленное, но систематическое ослабление легочного процесса; в некоторых случаях выравнивалась температура, изменялась скорость оседания эритроцитов и улучшалась морфология крови.

Для иллюстрации сказанного приведу несколько случаев, взятых как из амбуланта диспансера при Украинском Психоневрологическом Институте, так и из тубснатория «Репки».

1. Больная К-на, 35 лет. Крестьянка, замужняя. Конституция атлетической. Больная the pulmonum 2-й стадии 8 лет. Со стороны нервной системы tremor век, высунутая языка, повышение сухожильных рефлексов; красный стойкий дермографизм. Ашнер + 12. Со стороны легких явления для Ви. В санатории «Репки» (история болезни № 207—5) находится один месяц. Общее самочувствие плохое, чувствует себя усталой, крайне раздражительна, настроение большей частью подавленное, сон плохой, тревожный, аппетит отсутствует, ест потому, что нужно есть. Хочет лечиться, к заболеванию относится спокойно. Причины нервно-ности больная не знает. Психоанализ ничего не дал. Повидимому, здесь интоксикационный невроз. Решено путем внушения повлиять на вегетативные функции, как прямым путем, внушая влечение к еде и углубляя сон, так и косвенным, понижая возбудимость нервной системы и создавая душевное спокойствие.

8 VIII/26 г. После предварительной успокоительной беседы и поглаживания по лбу, больная погружается в глубокую дремоту и ей делается следующее внушение: «Вы отдыхаете, усталости и раздражительности нет. Ночью спите спокойным, крепким сном, также и в «мертвый» час. Едите вы с большим удовольствием, аппетит у вас хороший, вид и запах пищи возбуждают у вас аппетит. Настроение хорошее, вы довольны пребыванием в санатории, все, что вас раздражало раньше, теперь не раздражает» и т. д. После первого сеанса больная почувствовала себя совершенно иначе. Сразу резкое улучшение в общем самочувствии и настроении, что поразило и обрадовало больную. Следующие дни вплоть до 2-го сеанса (15/VIII) — прекрасный аппетит и сон. Самочувствие всю неделю хорошее. За неделю больная прибавила в весе 5 фунтов. Последний

*) Проф. Форель. Гипнотизм, внушение и психотерапия. 1928.

**) Обзорение Психиатрии — 1900.

***) Срезневский. Гипнотизм и внушение. 1925.

****) Levandonsky. Handbuch. Erste Band. 1910.

3-й сеанс — 18/УШ. Больная находилась в санатории до 12/IX, прибавила в весе 19 фунтов. Выписалась с заметным со стороны легких улучшением. Через 4 мес. я получила письмо: «Нет прежних беспричинных волнений, — пишет больная, — которые мешали лечить мой туберкулез; ем и сплю хорошо и я радостная и спокойная».

Итак, 3 сеанса внушения в дремотном состоянии сразу дали изменения в положительную сторону. Объективным показателем может служить не только изменившееся поведение больной, но и заметная склонность к остановке процесса.

II. Больная Н., 28 лет. Конституция атлетической. По профессии — сестра милосердия. Обратилась в психоневрологический диспансер 5/IV 1926 г. Анкета № 2269. Больна в течение 3-х лет. Процесс активный. История болезни 2-го туб. диспансера указывает на имеющиеся изменения в легких обычно для Вп. Жалуется на резкое исхудание, бессонницу, раздражительность и склонность к аффектам. Объективных признаков расстройств со стороны невропсих. не обнаружено, кроме повышения сухожильных рефлексов. После пребывания в туб. институте (Харьков) состояние улучшилось. Но когда она попала в плохую домашнюю обстановку, то все явления начали прогрессировать.

Лечение проводилось в глубоком экспериментальном сне. После 3-х сеансов внушения на протяжении 10-ти дней появился аппетит, сон. Затем лечение было прервано по независимым от большой обстоятельств. Через месяц (15/V 1926 г.), когда она явилась на прием, она сообщила, что у нее исчезла раздражительность, возвратился сон, аппетит все время, как никогда, хороший и прибавила в весе 9½ фунтов (в течение последних 2-х лет в весе не прибавляла). Палочек в мокроте при исследовании не найдено. *Значительно уменьшилась скорость оседания эритроцитов.* Объективное исследование легких во 2-м туб. диспансере показало склонность легких к остановке дальнейшего распространения процесса.

В данном случае как и в первом, не было обнаружено основного раздражителя и суггестивная терапия носила характер лишь симптоматической терапии.

III. Больная И-ва, 30 лет. Больна the pulmonum B₁ в течение последних 3-х месяцев. После лечения в тубдиспансере прибыла в санаторий «Репки» (анкета № 7) в августе 1926 года. После того как узнала о развивающемся у нее tbc, стала нервничать, появились судорожные истерические припадки, наступающие после волнения. Ее очень волнуют окружающие ее больные, как страдающие туберкулезом. Самочувствие, аппетит и сон плохие. За первую неделю в весе не прибавила. Внушение в дремотном состоянии, вызванном легким поглаживанием по голове. Делается мотивированное внушение спокойного отношения к заболеванию и окружающим ее больным, а вместе с этим внушается и прекращение припадков, сон, аппетит и бодрое настроение. Второй сеанс через 2 дня, 3-й — через 3 дня. Эти сеансы, сделанные в начале пребывания в санатории, вполне успокоили больную, дали ей хороший сон, и аппетит и она выписалась с прибавкой в весе в 18 фунтов.

IV. Больная Кал-а, 28 лет. Крестьянка. Диагноз: the pulm. Вп 3-х летней давности. Лечится 2 года безрезультатно. Худеет, нервничает. В санатории тревожна, плаксива, отказывается от еды. Во время первой же беседы выявляется семейный комплекс, явившийся источником ее невротического состояния. После нескольких соответствующих бесед и внушений наяву аппетита, сна, спокойного отношения к прошлому, к семейным неприятностям и т. п., больная заметно стала прибавлять в весе (было резкое исхудание), совершенно успокоилась и после месячного пребывания в санатории выписалась со значительным улучшением легочного процесса.

V. Больной И., 36 лет (диспансерная анкета № 1088). Астеник, происходит из здоровой семьи. Обратился 18/XII 1925 г. в психоневр. институт с жалобами на то, что после тяжелого морального потрясения (смерть жены и ребенка) у него обнаружился туберкулезный процесс в легких с 1923 года. С 1924 г. резкое исхудание, отсутствие аппетита, бессонница, раздражительность, общее недомогание и полное отвращение к жирам, вид которых часто вызывал рвоту. Прогрессирующее истощение. Кашель с мокротой, в которой, как показали многочисленные исследования, всегда констатируются туберк. палочки.

По справкам Ялтинского туб. института за 1924 год и справкам диспансера, куда был направлен больной для обследования, в легких явления, обычные для Вп. Реакция оседания эритроцитов по Лидмееру 45 мин. Со стороны н. с. неврастенческие явления, настроение подавленное, непрочь умереть.

Учитывая здесь тяжелое реактивное состояние на явный раздражитель (смерть жены), мы нашли целесообразным сразу применить суггестивную терапию с целью изменить отношение больного к своему горю и устранить расстройства функций вегетативной н. с. с целью поднятия физического благополучия организма. После предварительной беседы больной, поглаживанием по лбу, был погружен в глубокую дремоту. Внушалось спокойное отношение к своему семейному горю и к заболеванию туберкулезом, бодрость духа, сон и аппетит. «Вы будете есть все с удовольствием, от этого зависит ваше выздоровление. Вы будете есть масло и жирно приготовленный обед. Вы забыли о случившемся несчастии, к вам вернулся интерес к жизни, душевная бодрость и сила». Сеансы проводились через день и с каждым разом состояние улучшалось. После 4-го сеанса аппетит улучшился настолько, что больной ел с удовольствием 5—6 раз в день. Употреблял много масла (в течение года у него было, как выше указано, отвращение к жирам, при одном виде которых у него наступала рвота); сон стал хороший. О смерти жены и ребенка вспоминает спокойно. Через 10 дней он прибавил в весе 7½ фунтов. В течение трех недель было сделано 8 сеансов. Самочувствие хорошее, больной не узнает себя. В весе прибавил 11 фунтов. Температура — 37,2° — 37,1°. Уменьшился кашель и количество выделяемой мокроты, палочки в мокроте находились лишь изредка, единичные: 5—6 в препарате, а до внушения 14—12 в поле зрения. Фтизиатром констатировано было значительное ослабление

объективных данных признаков процесса. Уменьшилась скорость оседания эритроцитов — 2 час. 8 мин. Больной уехал, и через 4 месяца письмо его говорило о полном благополучии. — «Я счастлив», пишет он, «что попал на лечение в психоневрологический диспансер. Целый год я лечился в Крыму и туб. диспансерах, но это не дало улучшения. Диспансер помог мне стать здоровым. Я ем хорошо, ем жиры, сплю хорошо, забыл так долго мучивший меня образ жены и ребенка. Палочек в мокроте нет, процесс закрылся. Я прибавил за это время в весе 32 фунта, уже начал работать и снова вернулся к жизни». (До лечения вес его 45 кил. при 190 сант. роста).

VI. Больной 3-рин, 30 лет. Поступил в санаторий «Репки» 1/VI 1925 г.; the pulmonum открытый. Полное отсутствие аппетита и сна; крайне раздражителен. Самочувствие плохое, рвота после еды, сопровождающаяся общим тремором тела. В течение 2-х недель фармакологические средства не дают эффекта, и положение остается тем же. Прогрессирующее исхудание. Из психоанамнеза выяснилось следующее. Когда больной узнал о заболевании туберкулезом, он поделился с женой. Последняя отказалась есть и пить за одним столом, боясь заразиться. Это произвело на него крайне тяжелое впечатление. Трое суток плакал и стал нервничать. Со стороны жены сочувствия не встречал. «Ты такой худой, противный, что *рвать* хочется, когда на тебямотришь», говорила она ему. Это повторялось изо дня в день и он, наконец, стал испытывать тошноту после еды, затем появилась и рвота. В связи со всем этим процесс в легких резко прогрессировал. Я начала объяснять ему механизм развития рвоты, подчеркнув отсутствие связи рвоты с туберкулезом и то, что палочка, как говорила ему жена, не может вызывать ни рвоты, ни тошноты. Во время беседы, носившей раз'яснительно-успокоительный характер, императивно несколько раз повторялось: «Рвоты у вас больше не будет, аппетит у вас хороший, прибавляетесь в весе; спокойно относитесь к тому, что раньше вас болело. Не будете нервничать, будете спокойны, появится хороший сон; вы поправите свое здоровье — и снова возвратитесь к жене. Эта первая — правда, очень длительная — беседа повлияла благотворнейшим образом. Больной сразу успокоился, как бы ожил, рвота прекратилась и больше не возобновлялась; появился аппетит, установился сон; прибавил за месяц 26 фунтов. В легких резкое улучшение. В течение года несколько раз писал письма, указывая на хорошее самочувствие, на отсутствие рвоты и в последние 3 месяца палочек в мокроте.

VII. Больная М-ва, 29 лет. Обратилась 15/IV 1926 г. в диспансер Психоневрологического Института (№ диспансерной анкеты 2209) с жалобами на припадки истеро-эпилептического характера, повышенную впечатлительность, раздражительность и на чрезмерное курение, от которого просит избавиться в связи с тяжелой формой туберкулеза легких. Больная очень истощена и при высоком росте весит 3 п. 5 фун. Патологическая наследственность отсутствует. С гимназических лет повышенная впечатлительность. 18-ти лет вышла замуж и через 3 года овдовела. Условия жизни осложнились, пришлось много работать, недоедать. Стала развиваться нарастающая общая слабость и исхудание. Обнаружен активный туберкулезный процесс в легких. После пребывания в санатории на побережье Черного моря наступила компенсация, — процесс остановился. В 1924 году снова вышла замуж. Жизнь сложилась неудачно. С мужем не сошлись характерами и от него приходилось много терпеть. Жили они на разных квартирах. Эта форма брачного сожительства, сопровождающаяся постоянным ожиданием мужа, вызывала в ней чувство ревности, доведшее ее в дальнейшем до покушения на самоубийство. Течение легочного процесса резко ухудшилось, появились кровохарканья. С туберкулезом III-й степени была отправлена в санаторий в Шаровку, где пробыла несколько месяцев, но совершенно безрезультатно. Бессонница, полное отсутствие аппетита, тоска, мысли о смерти мешали ее поправке как в санатории, так и после него. К тому же она еще курила до 50 папирос в сутки.

15/IV 1926 г. обратилась по настоянию врача в диспансер с просьбой успокоить ее нервы и избавиться от курения. Видя источник ее тяжелого реактивного состояния в тяжело сложившихся условиях ее жизни и главным образом в ревности, я решила воздействовать преимущественно в этом направлении, а затем уже влиять и на функции вегетативной н. с. (сон, аппетит). После третьего сеанса внушения в дремотном состоянии наступило значительное улучшение. «Последние три дня», заявила больная 26/IV, «провела я прекрасно, как никогда за последние годы. Курила по 5 штук папирос, аппетит и сон значительно лучше, стала спокойнее. 29/IV. С каждым сеансом она глубже погружалась в дремоту. Самочувствие все время хорошее. Спокойна. Не курит. Не плачет. Ест с большим аппетитом 5 — 6 раз в день. Много неприятностей, как и раньше, но к ним относится спокойно. Сеансы гипносуггестивной терапии через день. 6/V больная заявила, что чувствует себя все лучше и лучше. Припадков нет и, несмотря на то, что *живет в сыром темном полуподвале*, самочувствие ее и физическое, и моральное лучше, чем в условиях санаторной обстановки. «Я как будто ожила, переродилась, ем много, сплю хорошо и точно забыла о своих невзгодах и туберкулезе». 10/V. За время лечения прибавила в весе 9 1/2 ф. Реакция оседания эритроцитов — 2 ч. 5 м., тогда как 26/IV была — 1 ч. Со стороны температуры особых изменений нет — прежние колебания между 37,3 — 37,5°. Кашлевые раздражения уменьшились. 17/VI. Больная считает свое состояние настолько хорошим, что находит возможным прекратить лечение. На контрольном посещении 11/VI 26 г. подчеркивает свое установившееся благополучие. 15/1 27 г. больная явилась в диспансер. До января 1927 г. чувствовала себя очень хорошо. За летние месяцы прибавила в весе 24 ф. Врачи 2-го диспансера нашли ее состояние настолько хорошим, что воздержались от применения активной терапии френикотомии. В первых числах января — ряд тяжелых душевных переживаний, после которых почувствовала себя значительно хуже. Снова появился кашель, отсутствие аппетита, отвращение к еде, бессонница и обострение легочного процесса. В глубоком внушенном сне сделан ряд соответствующих внушений — спокойное отношение к происшедшим осложнениям в ее жизни и к ухудшению процесса в легких, подкреплена надежда на выздоровление, внушены повышенный аппетит и хороший сон. 28/I больная явилась на прием в резко изменившемся во всех отношениях к лучшему состоянии. Прибавился вес на 4 1/2 ф. Сделано повторное внушение. До 5/II было еще два сеанса психотерапии, после чего больная больше не являлась. 18/V я получила сведения, что больная продолжала чувствовать себя хорошо.

Данный случай как нельзя лучше иллюстрирует пользу применения лечебного внушения. Особенно ярко это видно, когда при рецидиве болезни снова под влиянием внушения наступило значительное улучшение.

VIII. Больной З. М.-ов, 32 лет, врач. Анкета диспансера Психоневрологического Института № 1758. Психостеник с навязчивыми мыслями. Явился на прием 27/III 26 г. в тяжелом, угнетенном душевном состоянии, с жалобами, со слезами на глазах, на тяжесть жизни. Отмечает прогрессивно развивающуюся слабость, исхудание, отсутствие аппетита. При физическом исследовании со стороны н. с. Н. Со стороны внутренних органов удлиненный выдох, хрипы и притупление в области обеих верхушек. Направлен в тубдиспансер. 3/IV явился с резко ухудшившимся самочувствием. Эти дни не ел, почти не спал, так как узнал, что у него туберкулез легких. Убеждения не успокаивают больного. Приступлено к гипносу суггестивной терапией с обращением особенного внимания на реакцию на туберкулез. Дремота средней степени. Внушается спокойное отношение к тбс, не думать о последнем. «Спокойное отношение к болезни способствует рубцеванию». Внушается аппетит и спокойный крепкий сон, уверенность в выздоровлении и т. п. Второй сеанс 4/IV. После третьего (7/IV) сеанса заметно значительное улучшение. Самочувствие хорошее, ест с аппетитом. Четвертый сеанс — 8/IV. Самочувствие лучше. Пятый сеанс — 11/IV. Прибавил в весе 5 фунтов. Прибавкой больной изумлен, так как 2-3-месячные пребывания в санаториях не давали прибавки в весе. Отмечает значительное ослабление никогда не прекращавшихся навязчивых мыслей. 12/IV — шестой сеанс. Внушения направлены на веру в свои силы, укрепление воли. 16/IV — седьмой сеанс. До 12/V сеансов не было. 12-го явился на прием в хорошем настроении. За 3 недели прибавил в весе 12 фунтов. В тубдиспансере нашли значительное улучшение.

Необходимо в данном случае, как и в других подобных случаях, отметить, что улучшение легочного процесса и общего состояния произошло *без перемены внешних условий жизни больного.*

В заключение я хочу остановиться на сексуальной стороне жизни туберкулезных больных, среди которых, как мне пришлось убедиться, и извращенные формы полового удовлетворения имеют довольно широкое распространение. Известно, что сексуальность туберкулезного больного имеет огромное влияние на течение туберкулезного процесса. Интересуясь жизнью туберкулезных и находясь с ними в контакте, мне удалось ближе познакомиться с этой стороной жизни обитателей тубсанаторий. Я убедилась в той повышенной сексуальности у большинства туберкулезных, о которой упоминается различными авторами. Так, например, Reon del Volle, изучая туберкулезных, отметил сильную раздражительность и половую возбудимость почти у всех туберкулезных в начальные годы заболевания. У наблюдавшихся мне больных эротическое настроение настолько подавляло инстинкт самосохранения, что больные грубо нарушали свой санаторный режим. Часто больные возвращались в палату к утру, вместо того, чтобы быть там с 10-ти час. вечера. Палатные больные жили дружно и, конечно, для лечащего врача и остального медперсонала все это оставалось тайной. У этих больных врач находит резкое ухудшение, ищет причины объективных изменений в легких и, конечно, не находит, так как больной молчит. Затем такой больной упрекает врача за плохое лечение, сваливает вину на плохое питание, а о своих ночных похождениях умалчивает.

У наших больных мы наблюдали расстройства сексуальных функций и в другом направлении: у многих отмечалось повышенное libido с потерей оргазма, у других — повышение libido с сохранением оргазма. Эти больные, особенно женщины, всегда вели между собой беседы исключительно сексуального характера, во время которых заметны были признаки сильного полового возбуждения. Чтобы познакомить больных с вредным влиянием ненормальной половой жизни на туберкулез, я вела с ними специальные беседы, которые носили раз'яснительный характер, и они принесли больным ту пользу, что многие из них, узнав о вреде половых излишеств для себя, с моей помощью выработали в себе сопротивляемость по отношению к половым возбуждениям. Но далеко не всем удавалось одержать над собою победу, и тогда мне приходилось прибегать к внушению в дремоте или на яву.

Проф. Reon del Volle говорит, что половое влечение можно понизить психотерапией. И действительно, затормозить эротические представления, которые возникают у беззаботных санаторных больных, мне удавалось большей частью путем раз'яснительных бесед, а в тех случаях, где больные не в состоянии были вырабатывать в себе

сопротивляемость по отношению к своим половым возбуждениям, там я прибегала к внушениям наяву или в дремоте.

Для иллюстрации влияния психотерапевтического воздействия на половую возбудимость я приведу два случая.

Случай 1-й. Больной Д., 25 л., истор. б. № 206 диагн. Вп (цирот), крестьянин, находился на лечении в «Репках» (август 1926 г.). По словам лечащего его врача (д-р С. Гальперин), больной постоянно нервничает, плохо спит, в весе не прибавляет, раздражителен, крайне капризен и совершенно невыносим для окружающих больных. После прочитанной мною лекции о половом вопросе я получила от больного письмо с просьбой помочь ему. Прежде всего, он просил сохранить тайну и никому, даже врачу, не говорить об этом. Писал, что болен тбс с 1924 года. До 1923 года жил половой жизнью случайно, редко. В 1923 году женился. Жил нормально, особенных половых возбуждений не отмечал. С 1924 года половая возбудимость нарастала. Эрекции наступали так часто, что ему приходилось несколько раз в день иметь половые сношения. Так как жена не в состоянии была удовлетворять его, он жил и с другими женщинами. Хожение к «чужим» женщинам еще усиливало его сексуальность. В санатории гиперсексуальность усиленно давала себя чувствовать и привела его к тяжелому невротическому состоянию. Перед нами был больной с тяжелым расстройством сексуальной сферы. Чтобы сразу создать ему состояние полного покоя, я погрузила его в первый же сеанс в глубокую дремоту путем словесного внушения. В этом состоянии ему было внушено, что возбудимость его понижается, исчезает болезненное половое возбуждение и что он легко и безболезненно может подавлять в себе эти порывы. По просьбе больного, ему внушается, что возбуждает его только его жена и что с ней он только и будет иметь сношения. Всего было два сеанса; больной стал хорошо спать, раздражительность и эротические представления исчезли. Он находился в санатории три недели. По его словам, эрекции вызывались мыслью о жене; подавлять их ему было легко и безболезненно. Выписался из санатории в хорошем состоянии. Объективно со стороны легких заметное улучшение. В течение года я периодически получала от него письма. Он жил, как было ему внушено, только с женой. Прежней «бешеной» (так писал больной) возбудимости не было («до других женок не йду»).

Случай 2-й. Больная З., 35 лет, вдова, портниха. Находится в «Репках» с диагнозом ВВп (август 1926 г.). Плохо спит, нервничает, раздражительна, плачет. Каждую ночь вызывает к себе дежурного врача. Объективно явления в легких усиливаются. По просьбе лечащего врача - фтизиатра (Б. С. Гальперин), я взяла ее под свое наблюдение. Из анамнеза видно, что два года тому назад больная овдовела и с тех пор не живет половой жизнью. Частые эротические сновидения сопровождаются сильным возбуждением. По утрам боли в животе, пояснице и тошноты. Особенно тяжело проходит предменструальный период: повышение температуры и бурные явления со стороны всего организма. При исследовании отмечено: повышение сухожильных рефлексов, красный дермографизм, Ашнер + 18, Эрбен положительный. Тремор пальцев и век. Больная погружена мною в глубокое гипнотическое состояние. После соответственного внушения просыпается более спокойной. Сеансов было всего три. Больная стала хорошо спать, раздражительность исчезла, появился аппетит, прибавила за две недели 6 фунтов. Исчезла половая возбудимость. Постоянно преследовавший ее образ умершего мужа забыла. Так как эта больная заинтересовала меня особенно, то я предложила ей приехать для дальнейшего наблюдения в психоневрологический диспансер. В декабре 1926 года она явилась в диспансер (анкета № 2321): мензес протекали нормально, предменструальный период проходил спокойно, без прежних болезненных половых возбуждений («иногда бывает желание иметь сношения», говорит больная, но я боюсь беременности и сейчас же подавляю в себе это желание»). Дальнейшее наблюдение (до 1928 года) указывает на полное благополучие.

На основании наших наблюдений можно допустить, что резкое нарушение процесса наступало у больных, где была неправильная половая жизнь, повышенное чувство libido и связанные с этим половые ненормальности. Этим можно объяснить и различные степени интенсивности в проявлениях нервнопсихической картины интоксикации.

Среди больных наблюдались случаи и половых извращений. Наблюдения показали, что как и половые излишества, так и сексуальные извращения оказывают отрицательное влияние на легочный процесс. Не останавливаясь специально на вопросе об извращениях у туберкулезных, коснусь лишь гомосексуализма, т. е. психотерапия и здесь оказывается весьма действительной. Среди наших больных мне удалось обнаружить 12 «гомосексуалистов»: 7 мужчин и 5 женщин. Среди них был один (анк. психоневрологич. диспансера № 2562) 29 лет, совершавший половой акт с женой, но при искусственном возбуждении, при чем вызывал у себя в воображении представление о мужчине, а остальные 6 испытывали влечение исключительно к мужчине и к определенному лицу, при чем эти последние шесть взаимно мастурбировали. Гомосексуальное влечение у женщин удалось обнаружить у пяти человек. Я заметила это из отношений друг к другу, а также из переписки, которую они вели между собой в санатории. Все эти женщины были в возрасте от 18 до 28 лет. Двое из них были вполне женственны, а у остальных были резко выражены черты мужского пола. Что касается мужчин, то все они психически приближались к характеру противоположного пола, за исключением одного (анкета № 2562).

Эта женственность была особенно ярко выражена у больного Ч-ого, чрезвычайно утонченный тип (анкета психоневр. диспансера № 928, санатория «Репок» № 172): походка его была совершенно женского типа, гомосексуален с 12-ти лет; в настоящее время ему 22 года. Все больные были крестьяне, происходившие из здоровых семей; по своему умственному уровню они стояли не ниже людей с нормальным половым влечением. Неврастенические состояния у них всех развивались под влиянием внутреннего конфликта, т. е. все они страдали от сознания ненормальности своего влечения и считали себя ненормальными людьми. Психоанализ этих больных указал мне, что это свойство приобретенное. Начиналось это явление как у мужчин, так и у женщин с обыкновенных прикосновений, невинных ласк; частое совместное лежание друг у друга в кровати от бездеятельности и т. п. У одних влечение было стойким в отношении одного и того же лица, у других предмет обожания и влечения часто менялся. С каждым из этих больных я вела индивидуальную беседу, во время которой я разъясняла вред гомосексуализма для здоровья. Но этого оказывалось недостаточным, и лечение нужно было проводить в глубокой дремоте. В своих внушениях я будила интерес и влечение к другому полу и воспитывала отвращение к гомосексуальным проявлениям, внушая полное равнодушие к «поклонникам». После 3—4 сеансов результаты получались весьма положительные. Больные начинали испытывать нормальное половое влечение к противоположному полу и безразличие к одноименному. Я остановилась на этой форме извращения потому, что последняя, как известно, не имела подходящего метода лечения. Нужно сказать, что у всех моих больных этот «гомосексуализм» был приобретенный, а посему он и поддавался психотерапии.

Заканчивая этим все изложенное, скажу, что все приведенное здесь должно остановить внимание на положительном значении психотерапевтического вмешательства при лечении туберкулезных. Психотерапия, физиологически обоснованная и связанная с физиологическим раздражителем — словом, являющимся реальным раздражителем, может оказывать существенную услугу туберкулезному больному. Она помогает его организму вырабатывать иммунитет при помощи поднятия прямым словесным внушением вегетативных процессов, главным образом таких важных, как сон, влечение к еде и т. п. Психотерапевтическое вмешательство может также устранить и те интоксикационные реактивные психоневротические состояния, которые являются результатом ряда причин и нарушают сами по себе функции нервной системы, ставя таким образом организм в тяжелые для борьбы с инфекцией условия. Нельзя не отметить, что психотерапевтическое вмешательство оказывается продуктивным и при неизменившихся внешних условиях жизни больного, при неизменившейся среде, как санаторной, так и обычной. Результаты моих наблюдений и впечатления, вынесенные как от многомесячной работы в санатории для туберкулезных больных, так и от общения с туберкулезными больными в амбулатории, указывают на необходимость обращения большего внимания на состояние нервной системы этого рода больных и преимущественно на их невropsихическое равновесие. Почти каждый фтизик страдает той или иной формой функционального заболевания н. с., и поэтому больные туберкулезных диспансеров должны также посещать и психоневрологический диспансер. Для успешности лечения у этих больных должны изучаться и лечиться не только легкие, но и вся личность страдающего, а приобретенные отклонения от нормы последней могут выравниваться психотерапией благодаря повышенной впечатлительности и внушаемости этих больных. Все это указывает на необходимость постоянного контакта фтизиатра и невропатолога, а также на необходимость для фтизиатра знакомства с основами психоневрологии, психотерапии и с психологией каждого больного.

Придавая большое значение психотерапии при лечении больных, и в особенности туберкулезных, я не могу не сказать, что, как мне пришлось самой убедиться, для успеха лечения требуется не только внимательное отношение, но особенно мягкий подход к больному, и врач должен принять большое участие в его болезни. Все это обуславливает успех лечения больного. Я вынесла впечатление, что туберкулезные

больные настолько чутко прислушиваются к каждому слову врача и присматриваются к его отношению к ним, что это обязывает врача особенно осторожно вести себя во время беседы с больным. Он должен проявить спокойствие и самообладание. Озабоченное или грустное выражение лица врача, а иногда и необдуманное слово его может оказать вредное влияние на больного и его легочный процесс. «Доброе слово психотерапевта или участливого друга, — пишет проф. Платонов, — произведет химорефлекторный «сдвиг» в положительную сторону, а неосторожное слово врача или злого недруга — в отрицательную. Здесь эти слова как бы заменяют шприц, наполненный раствором адреналина или атропина». И это необходимо помнить особенно у постели туберкулезного.

В связи с повышенной внушаемостью туберкулезных, врач действительно может привить больному очень много полезного, а иногда, бессознательно, и вредного.

В заключение подчеркну, что на изложенные здесь результаты моих наблюдений нужно смотреть, как на первый опыт сознательного применения психотерапии у легочно-туберкулезных и как на предварительное сообщение. Цель последнего — обратить на эту область внимание фтизиатров и психоневрологов. Пока в лабораториях еще не найдено специфического средства против туберкулеза, то психотерапевтическим воздействием можно повышать защитные силы организма и давать облегчение больному в борьбе с его болезнью. Физиологическое же обоснование психотерапии обеспечивает успех последней.

Считаю долгом выразить глубокую благодарность зав. лечебной частью Харьковского окрздравотдела д-ру С. Л. Аронштаму и главврачу тубсанатория «Репки» д-ру Фейгельману за предоставленную мне возможность периодически работать в последнем.

ZUSAMMENFASSUNG

ÜBER DIE ROLLE DER PSYCHOTHERAPIE BEI DER BEHANDLUNG VON TUBERKULOSEKRANKEN

Von Dr. R. I. Schliffer

Kranken mit Lungentuberkulose sind in den meisten Fällen mit einer ganzen Reihe neurotischer Symptome und Symptomenkomplexe belastet, die sowohl mit der Intoxikation, als auch mit der Reaktion auf die tbc-Erkrankung zusammenhängen. Unter diesen Symptomen prävalieren solche, die von Störungen des vegetativen Nervensystems herrühren und den somatischen Zustand des Kranken verschlimmern. Bei den meisten wird der Biotonus des ganzen Organismus durch reaktiven Depressionszustand herabgesetzt, was auch für die Produktion von Schutzkräften im Organismus nachteilig ist. Die Regelung der vegetativen Funktionen und des emotionalen Zustandes des Kranken mit Lungentuberkulose ist eine notwendige Vorbedingung für den erfolgreichen Kampf des Organismus gegen die Infektion und Intoxikation. Auf die Zweckmässigkeit der Anwendung psychotherapeutischer Massnahme bei Lungentuberkulose wurde seit langem und von vielen Seiten hingewiesen, in Praxis wurde sie aber nicht durchgeführt. Die physiologische Begründung der Psychotherapie zwingt zu einer anderen Stellungnahme ihr gegenüber. Es ist zurzeit festgestellt, dass man durch verbale Beeinflussung auf die Funktionen des Nervensystems einwirken kann und speziell auf diejenigen des vegetativen Systems. Die der Tuberkulose eigens gesteigerte Suggestibilität erleichtert die Anwendung der Psychotherapie in allen ihren Formen. Die von Verfasser im Dispensaire des Psychoneurologischen Institutes und im Tub. Sanatorium «Repki» (bei Charkow) angestellten Versuche haben gezeigt, dass die therapeutische Behandlung als ein wertvolles Hilfsmittel bei Tuberkulose zu schätzen ist. Der Versuch wurden 134 Kranken angestellt. Es wurde kollektive Psychotherapie, Psychagogik und individuelle Psychotherapie angewendet. Die kollektiven Verfahren bestanden darin, dass man Gruppen von Kranken Vorlesungen und Unterredungen hielt über die Bedeutung der Stimmung im Kampfe gegen Erkrankungen u.s.w. Bei individueller Psychotherapie wurde die Methode der Überzeugung gebraucht und auch Suggestion in verschieden tiefen Graden von provoziertem Schlaf. Die Hauptaufgabe bestand in der Beseitigung neurotischer Symptome, die der Stärkung des vegetativen Tonus im Wege standen. Nach Feststellung der (psychogenen oder toxischen) Ursachen der Entwicklung der pathologischen nervösen Symptome wurden letztere mittels einer entsprechenden psychotherapeutischen Methode behandelt. Mit Hilfe von Auseinandersetzungen im Wachzustande oder in der Hypnose wurden psychogene Symptome beseitigt (Reaktion auf die Erkrankung, familiäre Komplexe, innere Konflikte u.s.w.). Vegetative Symptome (fehlender Appetit, Abscheu vor dem Essen und speziell vor verschiedenen Arten nahrhafter Produkte, Schlaflosigkeit, gesteigerte Sexualität u.a.m.) wurden durch unmittelbare verbale Einwirkung in verschiedenen Graden der Hypnose beseitigt. Besonders gut liess sich durch Psychotherapie die für die Lungenprozesse so schädlichen invertierte Sexualität beeinflussen, die unter den Kranken des Sanatorien ziemlich stark verbreitet ist.

Die positiven Ergebnisse liessen sich sehr bemerken, indem sie den Hauptprozess in den Lungen günstig beeinflussten. Bereits in den nächsten Wochen wurde Besserung beobachtet, wobei der Vorgang der Rekonvaleszenz und damit der Aufenthalt im Sanatorium abgekürzt wurden. Die Temperaturkurve wurde ausgeglichen, es trat Gewichtszunahme ein, die Anzahl der Koch'schen Stäbchen ging zurück und Blutkörperchen senkungsgeschwindigkeit zeigte eine günstige Änderung.

Die funktionellen Störungen des Nervensystems, welche bei der Mehrzahl der Kranken zu beobachten sind, deuten auf die Notwendigkeit hin, den Phthisiker auf sein Nervensystem zu prüfen, dessen Mängel sich durch Psychotherapie leicht kompensieren lassen. Daher ist eine Fühlungnahme zwischen Tub.- und Psychodispensaire, ein Zusammenarbeiten von Phthisiatern und Psychoneurologen notwendig.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ СЛОВЕСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РВОТЕ БЕРЕМЕННЫХ*)

М. И. Пайкин

(Из психотерапевт. отдел. Укр. Психоневрол. И - та НКЗ)

Обилие средств, применяемых при hyperemesis gravidarum, говорит уже о том, что вопрос этот является неразрешенным. Наряду с медикаментозным лечением *ogehin tannic.*, *serium oxalicum.*, *menthol*, препаратами из группы кокаина, различными щелочными водами и проч., некоторые авторы рекомендуют серологическое лечение: лошадиной сывороткой (Frend), сывороткой здоровой беременной женщины (Mayer), внутривенное впрыскивание хлористого кальция, впрыскивание *Pilocarpin'a* *Atropin'a*, гальванизацию и различные гинекологические манипуляции. Перечисленного списка средств вполне достаточно, чтобы убедиться, что общепризнанной рациональной терапии неукротимой рвоты мы до сих пор не имеем. Означенные обстоятельства дают до некоторой степени и нам право оживить в представлении заинтересованных лиц, применявшимся в единичных случаях психоневропатологами и отмечаемое в своих наблюдениях врачами - гинекологами. Мы имеем в виду применение при *h. g.* психотерапии, т. е. лечение ее путем словесного на нее воздействия, *resp.* внушением. В теоретических воззрениях на сущность этого заболевания также можно встретить много теорий, гипотез, хотя большинство авторов склонны рассматривать *h. g.*, как результат интоксикации организма веществами, поступающими из плодного яйца или печени. В противовес этому выдвинутая Альфельдом теория о происхождении *h. g.* от психических или нервных влияний приобрела немного сторонников.

Естественно, что и мероприятия, имеющие свою целью влиять исключительно на психику, встречали со стороны врачей максимум недоверия, так как казались совершенно необоснованными.

Между тем почти все авторы, описывающие *h. g.*, не забывают упомянуть и о психотерапии.

Так, Бумм (XIV глава) подчеркивает, «что вся суть в психическом воздействии, и если такие меры, как выпрямление, расширение, прижигание слизистой оболочки шейки, промывание желудка, гальванизация, приносят пользу, то успех надо отнести к внушению». Галлауер (Hallauer) отмечает, «что одним сеансом гипноза в этих случаях можно достигнуть если не излечения, то значительного улучшения». Толочинов (Руководство, 1898 г.) пишет, что «известны случаи, когда перемена местожительства или внушение при посредстве гипноза прекращали рвоту». Льебо (Liebault), Бернгейм (Bernheim), Бехтерев, Платонов и др. также наблюдали успешное лечение путем словесного воздействия, *resp.* внушением.

Анализируя наблюдения акушеров - гинекологов, где последние говорят, очевидно, о случаях *h. g.* токсического, а не неврогенного, истерического характера, нужно предполагать, что применение психотерапии было бы весьма желательным, и если последняя не проводилась, то только потому, что психогенная теория являлась для них мало приемлемой. И действительно, такие явления, как обильное слюнотечение, тошнота и рвота независимо от приема пищи и ацетон в моче — с несомненностью

*) Предварительное сообщение было сделано в заседании Акушерско - гинекологической научной ассоциации харьк. врачей 2 - го декабря 1924 г.

указывают на нарушение обмена, раздражение вегетативной н. с. и, возможно, на нарушения в области эндокринных желез. Конечно, в связи с этим психогенная теория h. g. в глазах акушеров не может являться исключительной. Разумеется, не исключена возможность возникновения во время беременности психогенной рвоты, как, напр., защитного символического характера по Фрейду (Freud).

Но то обстоятельство, что многие авторы причисляют h. g. к токсикозу беременности и в то же время на основании своего опыта и наблюдений советуют придавать значение психотерапии, заставляет думать, что успешное применение последней, очевидно, не разрешает вопроса в пользу исключительно психогенного происхождения ее. С точки зрения проф. Платонова, высказанной на VIII Всесоюзном съезде акушеров в Киеве, на h. g. надо смотреть, как на реакцию со стороны вегетативной н. с. на ту или иную вредность, при чем эта реакция может быть ответом на токсикоз и, с другой стороны, может являться патологическим условным рефлексом — быть «психогенной».

Уже давно было отмечено многими авторами — Молль (Moll), Иендрассик (Jendrassik), Крафт-Эбинг (Kraft-Ebing), Форель (Förel), Подъяпольский и др. что внушение способно влиять не только на процессы высшей деятельности н. с., но и на соматическую сферу: деятельность сердца, дыхание, перистальтику кишок, выделение пота, молока, мочи, месячные, вызывание ожогов, пузырей и т. д. В последнее время Глазер (Glaser, K. W. № 33 1924 г.), на основании своих опытов, сообщает, что при помощи внушения в гипнозе он обнаружил повышение и понижение пенис Са в сыворотке крови. Гейер (Heyer D. M. W.) в зависимости от внушаемого рода пищи (мяса, жиров, воды) наблюдал изменения в содержимом желудочного сока. Последнее и нами проверяется, в какой мере оно подвержено влиянию внушения, в совместной работе с д-ром Бакалчуком (физиологическая лаборатория проф. Понировского, Психоневрологич. Ин-т).

В физиологической лаборатории клиники проф. Платонова также получены объективные изменения со стороны сосудодвигательных реакций, кровяного давления, дыхания, изменения крови при соответствующих внушениях. Последние исследования проф. Платонова показали возможность влияния словесного внушения на водообмен и на углеводный обмен.

Со своей стороны мы также имели возможность проследить влияние внушения на функции висцеральных органов: так, у б-ной III. (совместно с проф. Платоновым) были вызваны месячные в определенный срок, выделение мочи при задержке ее после операции (в присутствии проф. И. В. Кудинцева), устранение долголетних запоров (у б-ных д-ра мед. И. Г. Бурлакова) и при помощи внушенной аналгезии проведены были безболезненно несколько крупных операций.

Итак, представляется возможным влиять путем внушения на органы с висцеральной иннервацией. И мы можем это утверждать в особенности теперь, когда т. наз. внушение объясняется учением об условных рефлексах физиологически.

В какой степени удастся влиять с помощью словесного воздействия при h. g., было предложено мне проследить проф. К. И. Платоновым.

Не беря на себя всецело ответственности за постановку диагноза, мы просили местных акушеров-гинекологов направлять к нам соответствующих больных для гипносуггестивной терапии. Как и надо было ожидать, среди обратившихся к нам больных многие, для устранения рвоты в предыдущих беременностях, уже провели, но безрезультатно, курс медикаментозной терапии, прибегали к абортам и к предстоящему лечению внушением относились весьма недоверчиво. Последнее обстоятельство хотя и усложняло работу, но отнюдь не служило препятствием. Мы были заинтересованы в проведении нашего опыта на возможно большем количестве больных, но, к сожалению, все еще существующий скептицизм врачей в отношении психотерапии несколько препятствовал этому. Первоначально мы располагали единичными случаями; число их увеличивалось лишь постепенно.

Переходим к краткому описанию наших наблюдений.

1 случай. 1924 г. 25/IX. Курсистка III. 26 лет, повторная беременность; жалуются на тошноту и рвоту за последние две недели до 10 — 15 раз в сутки как днем, так и ночью (2 — 3 раза), особенно усиливающуюся по утрам. Вечерами больную лихорадит. Беременна около 2-х месяцев. В предыдущей беременности этого не испытывала. Со стороны status'a — повышение сухожильных и периостальных рефлексов

со вздрагиванием всего тела. Внушение проводилось в глубоком сне на протяжении 7-ми посещений. Резкое улучшение наступило после первого сеанса — количество рвот упало до 2 — 4 раз в сутки, после 3-го — рвота была один раз; полное исчезновение рвоты наступило после 4-го сеанса. Впоследствии беременность была прекращена из-за болезни легких. Первые 4 сеанса были проведены ежедневно, а остальные — с промежутками в 1 — 2 — 3 дня, для закрепления полученных результатов и наблюдения над самой больной.

2-й случай. 1924 г. 25/X. Г-ка К., 39 лет, повторно-беременная на 3-м месяце. Тошноты и рвоты длятся уже 3-ю неделю. Лечилась у врачей А. М. Мамутова, затем у И. А. Евнина. Состояние б-ной продолжало ухудшаться: истощена, слаба, лежит в постели без движений. Испытывает резкую болезненность в подложечной области и давление в горле. По вечерам температура субфебрильная, запоры, полное отвращение к какой бы то ни было пище. При наличии жажды чайная ложка воды вызывает рвоту. Рвоты часты (20 — 30 раз в сутки), язык обложен. Предыдущие две беременности также сопровождались рвотой и устранены были абортми. В успех лечения внушением б-ная не верит, так как убеждена, что не избежит аборта и на сей раз, несмотря на сильное желание иметь ребенка. Происходит из здоровой семьи. При исследовании — общая слабость, признаки истощения, пульс 108 в 1¹, незначительное повышение температуры. При лечении внушением заметное улучшение наступило у б-ной после 3-х сеансов в глубокой дремоте. Уже после 3-го сеанса больная почувствовала значительное облегчение в общем самочувствии. Рвоты в течение следующих суток резко уменьшились (до 8 — 10 раз в сутки). Впервые за все время спала всю ночь хорошо. Аппетита нет. После 5-го сеанса исчезло отвращение к пище, появился аппетит и после 6-го больная была в состоянии есть каши, бульон, кисель, какао; рвоты были лишь изредка (1 — 2 раза в сутки). После 8-ми сеансов рвоты окончательно прекратились, и больная могла уже сидеть при хорошем общем самочувствии. Лечение было прервано. Через 4 дня рвота появилась снова (3 — 4 раза в сутки). В дальнейшем лечение внушением было продолжено, и после 2-х сеансов б-ная совершенно оправилась и остальное время беременности находилась под наблюдением д-ра акушера И. А. Евнина. Всего проведено было 10 сеансов на протяжении 3-х недель с вышеуказанными промежутками. Родила в срок.

3-й случай. 1924 г. 10/XI. Работница конфектной фабрики Р., 24 лет, повторно-беременная, жалуется на тошноту и рвоту, за последние 10 дней до 10 — 15 раз в сутки, независимо от приема пищи, усиливающуюся по вечерам после возвращения с работы. Одновременно отмечает головные боли и светобоязнь. Происходит из здоровой семьи. Беременность 2-месячная; предыдущие рвотой не сопровождались. После 1-го внушения в глубоком сне рвота прекращается. Когда же было предложено явиться через три дня, а назначенный час был пропущен, тошнота и рвота вновь появились у б-ной. После последующих 2-х сеансов б-ная чувствовала себя совершенно здоровой. Всего было сделано 8 сеансов на протяжении трех недель: вначале ежедневно, а затем с промежутками в 1 — 2 — 3 дня. Б-ная была показана д-ру-мед. Д. Е. Шмундаку в 24-й сов. больнице. Родила в срок.

4-й случай. 1925 г. 1/III. Б-ная А., 20 лет. Начиная с 4-й беременности и до настоящей, 12-й, испытывает всякий раз с момента забеременения (4 — 6 недель) обильную саливацию. Обилие выделяемой слюны (1/2 стакана в течение 20 мин.) ночью увлажняет всю постель, а днем вынуждает больную носить с собой полотенце. Одновременно неприятное ощущение в подложечной области, бессонница (по словам б-ной, выделение слюны мешает спать), отсутствие аппетита, запоры. В прошлом из-за гиперсаливации 8 абортов. Хотела и на сей раз прибегнуть к нему, но недавний аборт со смертельным исходом у соседки так страшит и беспокоит больную, что она решила спустя месяц последовать предложению д-ра И. А. Евнина — прибегнуть к лечению внушением. Больная среднего роста, бледна, истощена, с появлением слюнотечения потеряла в весе 15 фунтов. Живость сухожильных и периостальных рефлексов, красный стойкий дермографизм, положительный феномен Aschner'a. Отмечено было, что *при легком давлении на глазные яблоки* б-ная глубоко засыпает. Исследование желудочного сока обнаружило повышенную кислотность. Моча и кровь нормальны. Лечение внушением было проведено в глубоком сне на протяжении 6-ти сеансов (первые три через день, а затем с промежутками в 2 — 3 дня). Количество выделяемой слюны с каждым сеансом резко понижалось вплоть до полного исчезновения после 4-го сеанса. Наряду с этим улучшилось общее самочувствие б-ной: аппетит, сон, деятельность кишечника. После проведенного лечения больная продолжала находиться под наблюдением д-ра И. А. Евнина. Родила в срок.

Остальные три случая, где при помощи гипносуггестии тошноты и рвоты прекращались у б-ных на протяжении 5 — 8 сеансов, в виду их шаблонности, нами не приводятся.

Переходим к случаям, где применение гипносуггестии дало у одних частичный успех, у других — успеха не дало.

8-й случай. 1926 г. 29/X. Б-ная Ю., 23-х лет, направлена была д-ром мед. Шмундаком по поводу усиленной саливации и присоединившейся тошноты и рвоты (3 — 4 раза в день). Беременность 6-недельная, предыдущая, из-за тошноты и рвоты прервана была абортми. Лечение внушением проведено было ежедневно (13 сеансов) при поверхностном засыпании (дремоте) на протяжении 2-х недель. После 5-ти сеансов рвота у б-ной прекратилась, слюнотечение же в уменьшенном размере оставалось у б-ной, что не помешало ей родить в срок. В данном случае если не удалось вовсе устранить патологическую реакцию, то у б-ной получен эффект со стороны рвот.

9-й случай. 1926 г. 7/I. Больная Б., 30 лет, повторно-беременная. Предыдущие 3 беременности из-за тошноты и рвоты прерывались абортми. Рвота 10 — 15 раз в сутки, независимо от приема пищи

на протяжении месяца. Беременность 3-месячная. Лечение проводилось при поверхностном засыпании б-ной (вначале ежедневно, а затем через день) свыше месяца. Устранить тошноту и рвоту не удалось. Было достигнуто лишь некоторое *облегчение общего самочувствия*, что давало возможность двигаться и выполнять домашнюю работу. Родила в срок в г. Баку.

10-й случай. 1928 г. 8/IV. Б-ная М., 36 лет, повторно-беременная. Первые две беременности протекали с незначительной рвотой, третья из-за рвоты была прервана абортom, а при настоящей, четвертой, беременности рвота на 7—8 неделе достигла 15—20 раз в сутки. Одновременно тошнит, обильные слюны, запоры и непроизвольное мочеиспускание во время рвоты. Мочи выделяется $1\frac{1}{2}$ —2 стак. в сутки, в ней обнаружено было (д-р Л. А. Адливанкина): следы белка, умеренное количество ацетона, ацетоуксусной к-ты, цилиндры (1—2 в препарате). Лечение внешним при не всегда развивавшейся, да и то весьма поверхностной дремоте, вернее, лишь небольшом двигательном оцепенении, в течение 18-ти сеансов сказывалось в количественном колебании рвоты от одного до 5—7 раз в сутки. И такие колебания повторялись несколько раз. Наряду с этим увеличилось суточное выделение мочи (3—4 стакана) и уменьшился в ней ацидоз (при повторном исследовании). Тошноты и рвоты все же имели место. Внушение оказывало положительное влияние лишь на общее самочувствие. Ввиду продолжавшихся рвот б-ная была направлена в 24-ую сов. б-цу, где при помощи голодной диеты и наркотических клизм удалось беременность сохранить.

11-й случай. 1928 г. 12/IV. Б-ная Я. 21 года, повторно-беременная, жалуется на рвоту желчью, слюной и пищевым содержимым. За последние три дня рвота была окрашена кровью. Беременность 8—9 недель. Две предыдущие беременности из-за тошноты и рвоты были прекращены абортom. Общая слабость. Количество выделяемой мочи незначительно, при высоком удельном весе ее; следы белка, ацетона и ацетоуксусной к-ты (д-р Л. А. Адливанкина). Рвоты очень часты (30—40 раз в сутки). Так как у б-ной не удалось вызвать даже легкой дремоты, то лечение производилось внушением наяву ежедневно на протяжении 5-ти дней. Эффекта не было получено. Отправлена в 21 сов. б-цу.

Итак, из 11-ти случаев рвоты беременных, обратившихся к нам, было всего лишь 2 безрезультатных, 1 с частичным успехом, 8 же остальных дали положительные результаты,—процент, конечно, большой. Случай 8-й можно считать положительным, так как удалось устранить более тяжелые симптомы и дать таким образом возможность родить.

Необходимо отметить, что в описанных нами случаях успешного применения словесного воздействия беременность заканчивалась родами, за исключением 1-го случая, где, по настоянию врачей, из-за болезни легких беременность была прервана абортom (д-р М. В. Шестопал). Следует отметить, что эффект обыкновенно наблюдался с первых же сеансов лечения (после одного—трех). Что касается внушения, то последнее видоизменялось сообразно с индивидуальностью и преподносилось б-ной в той форме, в какой могло быть легче воспринято. В основном оно сводилось к тому, что болезненные явления в представлении б-ной связывались с временной слабостью нервной системы и по мере того, как последняя будет крепнуть, ощущения тошноты и рвоты исчезают и что сама беременность способствует оздоровлению организма, а роды, вопреки распространенному мнению, должны протекать легко и безболезненно. Наряду с этим внушалось влечение к еде, хорошее самочувствие и крепкий ночной сон. У большинства бодрость и хорошее самочувствие возникали после первых же сеансов и при следующем посещении больная сама уже заявляла об исчезновении или ослаблении того или другого болезненного симптома. И если в этот период тошнота и рвота склонны исчезать, то нарастание аппетита наряду с улучшающимся общим самочувствием, конечно, облегчало введение обычной пищи, что способствовало повышению общего биотонуса беременной. Техники усыпления пользовались обычной: или при помощи одного словесного внушения или наряду с ним фиксацией молоточка, а в случае 4-м — легким давлением на глазные яблоки, после чего у б-ной наступал глубокий сон.

Выявить у б-ных какую-либо психогенную причину заболевания, на основании проведенных предварительных психоанамнестических бесед, нам не удалось. Терапия проводилась, следовательно, исключительно симптоматическая — путем тормозного воздействия на реакцию словесным раздражителем.

Анализируя вышеприведенные случаи, можно констатировать, что неблагоприятными в прогностическом отношении явились случаи с наличием кетонурии (ацетон, ацетоуксусная к-та). Но несмотря на это мы не можем высказаться, что неудача в этих случаях находится в связи с наличием последней, т. к. при терапии одного из них отмечались такие положительные результаты, как суточное увеличение вы-

деляемой мочи (с 1 — 2 стак. до 3 — 4 стак.) и понижение в ней ацидоза. Успешное же применение внушения в одном весьма тяжелом случае неукротимой рвоты при наличии ацетона в моче сообщено проф. К. И. Платоновым (Засед. Психотерапевт. секции ХМО, апрель 1928 г., и доклад на VIII акушерском всесоюзном съезде 26/V 1928 г.).

Такой признак, как количество рвот в течение суток, как показатель тяжести страдания, также не может препятствовать получению положительных результатов при применении психотерапии. В иных случаях (Платонов, Шлифер) количество рвот доходило до 30 — 40 раз в сутки в течение длительного периода времени, при безрезультатном применении фармакотерапии. Словесное же воздействие сразу же прекращало рвотную реакцию и позволяло довести беременность до конца после того, как в одном случае было решено вызвать преждевременные роды *).

На основании приведенных нами наблюдений можно было заметить, что количество рвот в успешных случаях после нескольких сеансов лечения внушением резко падает. Иногда рвота может возникнуть снова, лишь в случаях раннего прекращения лечения. Наряду с этим необходимо констатировать, что положительные результаты были в случаях, где имелось ясно выраженное сонное торможение, чего не наблюдалось в случаях с отрицательным эффектом. Это обстоятельство, повидимому, необходимо учитывать при оценке результатов лечения. Нужно сказать, что, по наблюдениям проф. Платонова, и слабое дремотное состояние также может обеспечить успех лечения, чего, повидимому, нельзя ожидать при полном отсутствии этого состояния. Разумеется, наши предположения, сделанные по наблюдениям на нашем материале, нуждаются в проверке путем применения психотерапии на большем количестве случаев, но все же и полученные нами результаты дают право сказать, что так наз. «малая» вспомогательная, симптоматическая психотерапия в борьбе с h. g. должна занять видное место, как это показывают наблюдения психотерапевтического отделения Укр. Психоневрологич. II - та.

*) К. И. Платонов. «Слово, как физиологический и лечебный фактор».

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR FRAGE NACH DER ANWENDUNG DER WORTTHERAPIE BEI HYPEREMESIS GRAVIDARUM

Von M. Paikin

Aus der Propädeutischen Nervenlinik und der Psychotherapeutischen Abteilung (Leiter Prof. K. I. Platonow)
des Ukrainischen Psychoneurologischen Institutes (Direktor Prof. A. J. Heymanowitsch)

Verfasser führt 11 Fälle von Hyperemesis gravidarum an; in 8 dieser Fälle wurde von ihm mittels Hypnotherapie ein positives Resultat erzielt. Die Wirkung trat meist nach den ersten Seancen auf (etwas nach 1—3), aber bei frühem Einstellen der Behandlung wurden Übelkeit und Erbrechen wieder beobachtet, da zu einer vollständigen Heilung ca. 10 Sitzungen notwendig sind.

Die Einschläferungstechnik war die meist übliche: mittels einer Verbalsuggestion oder combinirt mit Fixierung des Hammerchens. Der Charakter der Suggestion wurde je nach der Individualität der Kranken gewählt, trug aber im Wesentlichen das Gepräge einer die krankhafte Reaktion hemmenden Einwirkung durch Wortreiz.

К СЛОВЕСНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ РОДОВОГО АКТА *)

Д-р Р. Я. Шлиффер

(Психотерапевтические отделения пропедевт. нервн. клин. Х. М. И. (дир. проф. К. И. Платонов) и Укр. психоневрологич. Института НКЗ)

В прежнее время господствовал, да и теперь всеми разделяется, взгляд, что родовая боль — это неотвратимое и неизбежное в жизни женщины, и после открытия болеутоляющих средств считалось недопустимым облегчать родовые боли, так как на них смотрели как на физиологически нормальное явление и даже считали необходимым предвестником родов. Но так как боли вообще, а родовые в частности поглощают запасные силы организма и неблагоприятно действуют на нервно-психическую сферу, то научная мысль неуклонно изыскивала безвредные способы борьбы с родовыми болями, чтобы избавить женщину от излишних страданий. Принимая же во внимание и длительные у некоторых беременных волнения и страхи перед грядущими болями нужно признать, что вопрос об обезболивании родов есть вопрос нервнопсихической профилактики и гигиены как для матери, так и плода.

Первые попытки в направлении обезбоживания родового акта были сделаны проф. Симпсоном (Simpson). Примененный им эфирный наркоз уменьшал боли и не нарушал правильности родов. Но, в виду вредного влияния на организм матери и плода, он был заменен хлороформом. Применение хлороформенного наркоза также не нашло широкого распространения, так как глубокий наркоз если и прекращал родовые боли, то нарушал частоту родовых схваток; поверхностный же наркоз если не замедлял темп схваток, то и не облегчал родовых болей. Скоро пришлось совсем отказаться от этого приема, так как измерения токодинаметром показали вредное влияние его на родовой процесс (замедление схваток, слабость и атония). Наконец хлороформ, как показали исследования Цвейфеля (Zweifel) и др., может быть вредным как для матери, так и, в особенности, для ребенка. В связи с этим метод этот проводился в клиниках только в исключительных случаях, специально для облегчения прорезывания детской головки.

Некоторые авторы заменяли хлороформ хлоретилем, введенным в акушерство Krönig'ом. Этот наркоз применялся также, как и хлороформ, только во время прорезывания детской головки. Наряду с этим еще применялись хлоралгидрат, кокаин, морфий, скополамин. Но они не получили широкого распространения, и в настоящее время наиболее применяется скополамино-морфийный наркоз. Но, в виду вредного влияния на общее состояние роженицы и сложность применения этого вида наркоза, врачи принуждены были отказаться от частого его применения. Крониг (Krönig) старался упростить метод, чтобы сделать его доступным каждому родильному дому. В России применения проф. Брандта дали благоприятные результаты. Бум же (Bum) ¹⁾ внес предложение применять его в исключительных случаях, в виду его вредного влияния на мать и ребенка и задержки родового акта. Абражанов же на основании своих случаев отмечает у рожениц от применения вышеупомянутого наркоза расширение зрачков, учащение пульса, перебои, рвоты. Gauss ²⁾ на основании пятидесяти случаев отмечает, что значительно высший процент детей рождаются в тяжелой асфиксии, а иногда и мертвыми. Этот наркоз применялся упомянутыми авторами только в тех случаях, когда можно было видеть осложнение или патологические роды.

*) Дипломная работа Х. М. И.

Из вышеизложенного становится ясным вредность и небезопасность химического наркоза у постели роженицы. Поэтому вполне естественным является стремление акушеров к изысканию безвредного для матери и плода обезболивающего средства. Некоторые акушеры, преимущественно германские, а также и русские (Bumm, Siegel³), Толочинов, Снегирев, издавна придавали большое значение в этом отношении психическому влиянию, геср. внушению. А в Германии в последние послевоенные годы обратили серьезное внимание на значение гипноза и внушения при родовспоможении. Проф. Зигель (Siegel) учитывает влияние внушения и при применении химического наркоза. Он, широко применяя метод скополамин - морфийного наркоза, отмечает, что успешность последнего зависит от авторитетности врача и содержания произносимых им фраз: «Вы ничего не будете чувствовать. Вы можете быть уверены, что, как только Вам сделают впрыскивание, Вы уже после второго укола заснете, и проснетесь — когда родится ребенок». «Я полагаю», говорит он, «что причина успеха скополамин - морфийного наркоза объясняется, помимо мимолетного облегчения болей, еще и сильным суггестивным влиянием на роженицу».

И с этим нельзя не согласиться, так как мы теперь знаем, что одним словом можно воздействовать на физиологические процессы и освободить больного от болезненных симптомов, на что нам указывает гипнологическая литература и наблюдения последнего времени и что нам научно объясняет рефлексология (Бехтерев, Павлов), а также и исследования проф. Платонова.

Необходимо признать, что в развитии родовых болей может иметь место также и психогенный фактор. В связи с особенностями биологической конституции женщины, о которой говорит Липман в своей статье (*Die gynecologische Psychotherapie*, 1924 г.), находятся в особенности женской психологии: эмоциональность, концентрация на генитальной сфере и чувство малоценности, создающее почву для возникновения многих психоневротических состояний. Наши наблюдения подтверждают это. Известны случаи нормальных родов без всяких болей; женщины некультурных племен и крестьянки, относящиеся, повидимому, легче к этому акту, рожают легче, а иногда совершенно безболезненно. Чем выше культурный уровень женщины, тем как будто бы болезненнее проходят роды. Создается впечатление, что явления эти зависят от невропсихической конституции и отношения женщины к родам. Букомский описал случай безболезненных родов под влиянием опьянения от алкоголя. Мне известен случай полной безболезненности родов в тюрьме у перворожавшей 29-летней курстки с суженным тазом, наступивших в момент сообщения ей об угрожавшей ей смертной казни. Укрепившееся в сознании представление о неизбежности болей, боязнь их, страх за жизнь — все это, конечно, способствует отягощению нормального естественного процесса и не только поддерживает, но даже, в большей или меньшей степени, создает иллюзию боли, преимущественно у лиц легко внушаемых или самовнушаемых, у лиц с эмоциональной конституцией.

Для устранения всех этих наслоений, отличным фактором (как показывают наблюдения), улучшающим тяжелое положение женщины, является метод внушения. Спорадические случаи проведения родов в гипнотическом состоянии встречается современ Месмера. И лишь в последние годы нашей эпохи применение гипноза в этом направлении в значительной степени участились и в особенности в Германии (Öttingen, Zweifel, Heberer, Kirstein, Hallauer и другие). У нас в России — проф. Платонов, проф. Божевский, д-ра: Николаев, Туревский, Славиковский, Токарский, Сивенко. Но нужно сказать, что немецкие акушеры, за исключением одного, проводили весь родовой акт в гипнотическом состоянии роженицы. Так как не у всех женщин можно добиться глубокого гипноза, то один из германских акушеров, Hallauer, стал применять предложенный Friedländer'ом способ наркогипноза, т. е., вызывая вначале сонное состояние химическим путем, в дальнейшем его поддерживал и углублял словесным внушением. Выше было указано, что, судя по литературным данным, акушеры стремились во что бы то ни стало усыплять не только в период подготовки, но и во время самого родового акта. Роды проходили в глубоком сне, и важный момент жизни женщины проходил вне ее сознания. Это заставляло некоторых высказываться против применения гипноза. Против его же применения говорил и сравнительно небольшой процент женщин, впадавших в глубокий гипноз. Это, конечно, не могло способствовать широкому применению этого метода обезболивания, как не могла способствовать его быстрому распространению боязнь нанесения вреда гипнотическим состоянием,

природа которого оставалась еще не вполне выясненной. Но действительно ли необходимо гипнотическое состояние для словесного обезбоживания? Первый опыт проф. Платонова (8 случаев) в Харькове показал, что под влиянием внушения роженица может рожать безболезненно в бодрствующем состоянии. Но эти несколько случаев не дают права для обобщающих выводов. Для ответа на вопрос, а также для выяснения на практике вредности гипноза для матери и ребенка, мы и предприняли, по предложению проф. Платонова, исследование в этом направлении. Наша работа в этой области велась в двух направлениях. У одной группы рожениц — меньшей — мы, где возможно было, проводили родовой акт в состоянии гипноза, а у другой — большей — в состоянии бодрствования. Попутно с этим мы стремились выяснить как количество необходимых предварительных сеансов, так и возможность подготовки без глубокого усыпления. Касаясь вопроса о вредности этого метода для матери и ребенка, нужно сказать, что мы этим особенно интересовались, учитывая уже доказанный вред химических наркозов и принимая во внимание наличие разноречивых взглядов на этот счет не только у профанов, но и у врачей. Внушение и гипноз, в последние годы после европейской войны во всех странах, и в особенности в Германии, получили широкое распространение и применение. В связи же со стремлением применения его в акушерстве, никогда не возникало столько споров о вреде гипноза для организма человека.

Применение гипносуггестивного метода при родах в первое время встретило препятствия в связи со взглядами на гипноз с точки зрения Шарко, рассматривавшего последний как болезненное состояние. Но так ли это? Нансийская школа, Бернгейм, Бони, Форесть, Левенфельд и др. рассматривают состояние гипноза как состояние нормальное. «Гипноз есть внушенный сон» — говорит проф. Бернгейм. Дальнейшие экспериментальные физиологические исследования, вплоть до исследований в лаборатории акад. И. П. Павлова, указывают на правильность нансийской точки зрения. По учению школы Павлова, гипноз есть сонное торможение, экспериментальный частичный сон, развивающийся условно-рефлекторным путем. На основании своих экспериментальных исследований, д-р Бирман приходит к выводу, что «гипноз и сон представляют собой процесс однородный не только с физиологической, но и с биологической стороны. Гипноз и сон имеют однородный нервный механизм — процесс внутреннего торможения. В наступлении нормального сна главное значение имеют однородные раздражения, исходящие мозг, но в течение индивидуальной жизни с ними сочетаются, на них наслаиваются целый ряд раздражителей, которые приобретают свойства условных возбудителей сна. Таким образом, сон представляет собой функцию задерживающего характера. Эта функция имеет безусловных возбудителей, а также и условных. К первым относятся изолированно и продолжительно повторяемые раздражители, ко вторым — условные, гипнозогенные раздражители». Уже один этот вывод, как на эксперименте построенный, приближает к истине вопрос о природе гипноза.

Анализируя состояние гипноза, проф. Платонов также приходит к определенному выводу. «В этом состоянии «гипноза», в искусственно созданном торможении» — говорит он — «нервные клетки находятся в состоянии заторможенности, в недейтельном состоянии. Они восстанавливают утерянные вещества, они, следовательно, отдыхают. Искусственно вызывая сон, мы этим самым помогаем организму в его деятельности восстановления утерянных веществ. Неизбежен отсюда вывод, что состояние гипноза есть состояние отдыха нервной системы, состояние положительное, полезное для всего организма».

Исследование в гипнозе пульса, дыхания, кровяного давления, влияния адреналина на последнее в гипнозе — говорят за то, что состояние гипноза есть действительно состояние отдыха, а значит и безвредное для человека (проф. Бехтерев, проф. Платонов, д-р А. М. Цынкин). Не останавливаясь подробно на этих исследованиях, упомянем лишь, что помимо указанных авторов подтверждают это также и материалы, полученные как в Харьковской Пропедевтической Нервной Клинике проф. Платоновым, так и в психоневрологическом диспансере при Украинском Психоневрологическом институте. Упомянем тут же, что моя пока еще не опубликованная работа с исследованием рапорта в естественном сне и моя же работа о влиянии адреналина на кровяное давление в гипнозе подтверждают тождество двух этих состояний.

Все эти физиологические данные дали нам право без излишних опасений и с большой настойчивостью применять гипноз и внушение для обезбоживания родового акта. Опираясь с нашим материалом, как уже говорилось, я стремилась также выяснить пределы необходимого количества подготовительных сеансов, так как и в этом отношении у акушеров имеются противоречивые данные и мнения. Меня также интересовал вопрос — действительно ли необходим глубокий гипноз и во время подготовительных сеансов? Мой 3-хлетний опыт показывает, что действительно нет необходимости стремиться в подготовительном периоде непременно к глубокому усыплению на предварительных сеансах. Положительные результаты получались как

путем внушения в глубоком экспериментальном сне, как в легкой дремоте, так и в бодрствующем состоянии.

Из ряда 43-х наших случаев приведем для иллюстрации лишь несколько наиболее характерных и интересных в некоторых других отношениях.

Случай I. Первороженица Ушкова, швея, 22 лет, астеничка. Поступила 18/VIII 24 года в Окружную Зинovieвскую больницу по поводу начавшейся родовой деятельности. Со стороны наследственности никаких патологических данных не обнаружено. Болезней детства не помнит. Со стороны сердца, легких и нервной системы N, менструирует с 14 лет, тип менструаций восстановился сразу, тип их не изменился, половой жизнью живет 2 года. Размеры таза d sp 24, dcr 26, 29, 20. Раскрытие в 12 час. утра на 1½ палца. Схватки редки, но очень болезненны. После каждой схватки она становится бессильной, а чувство страха перед предстоящим усиливает еще больше ужас ее положения. Роженнице было предложено провести роды под внушением. «А что это значит?» спрашивала она. После моих объяснений стала упорно отказываться, так как не верила, что может быть избавлена от болей и боялась тяжелых последствий для ребенка. После целого ряда объяснений р-ца охотно пошла на этот шаг. «Пусть все, даже гипноз», говорила она, «но только избавьте меня от мучительных болей». В промежутках между схватками путем поглаживания по лбу удалось погрузить ее в глубокий сон в течение 8 минут. Спала спокойно, глубоко, на вопросы отвечала, что болей не ощущает и чувствует себя прекрасно. Пульс 76. Схватки стали реже, но проходили безболезненно. Сердцебиение плода 120. Дежурный врач-акушер заметил, что характер схваток изменился. Тогда ей внушалось, что схватки идут с такой интенсивностью, с какой они шли до гипноза. Но внушения результата не давали. До гипноза схватки были каждые 20 — 22 минуты по 50 — 55 сек. Во время сна — каждые 40 минут по 20 — 25 сек. Роженнице было внушено, что, когда она проснется, схватки будут протекать совершенно безболезненно и с нужной интенсивностью. Пробужденная роженница чувствовала себя хорошо, характер схваток по пробуждении восстановился, они были достаточны для раскрытия зева. Болевые ощущения отсутствовали, самочувствие спокойное. Факт ей казался странным и непонятным. Каждый раз она с восторгом восклицала: «Что же Вы сделали? Как можно рожать без болей? Ведь я долго не хотела беременеть, боясь родов. О, какое счастье так легко стать матерью! А ведь сколько мук стоили нашим матерям их роды!» От восторга показываются слезы, начинается схватка роженница прерывает речь и спокойно прислушивается к схватке. На вопрос, что ощущается ею, она отвечает, что двигается что-то тяжелое, но боли никакой нет. Таким образом прошел весь период раскрытия и незаметно перешел в период потуг. В промежутках она чувствовала некоторую слабость, сонливость и погружалась в блаженное молчание. «Почему Вы молчите? Как Вы себя чувствуете?» «Мне так хорошо», отвечала она, «что даже говорить не хочется». Пульс 86, в промежутках 76. Каждый раз подтверждалось внушение, но в сон я ее не погружала. Все время с нею был контакт — держала мои руки или халат. Были попытки передать рапорт, но рапорта передать не удавалось. Врезывание и прорезывание головки прошли даже незаметно, для р-цы — они были абсолютно безболезненны. Плод весом 10 фунтов. Родился в 5 час. утра 19/VIII. Через 30 минут вышел послед. Самочувствие хорошее, пульс 72. Послеродовой период прошел хорошо. Ребенок производил впечатление здорового. Черепные кости тверды и прилегают друг к другу. Большой родничок открыт. Длина тела 46 см., окружность головы 32 см., окружность груди 30. Наблюдение за матерью и ребенком говорили за полное благополучие.

Случай II. Г-ка Кол-на, 26 лет, счетовод, была направлена проф. Платоновым в Психотерапевтический кабинет при Нервной пропедевтической клинике для подготовки к родам. Беременная происходит из здоровой семьи. Родилась, когда матери было 23 года, вторая по счету в семье. Болезней детства не помнит. Menpes с 13-ти лет. Замужем с 19-ти лет. Тип менпес не изменился. Роды первые, а беременность 5-ая; были 4 искусственных аборта. 20-ти лет перенесла менингит. Частые головные боли, раздражительность, и с тех пор ей врачи-невропатологи не разрешали рожать и ей приходилось прерывать беременности. Но желание стать матерью было так велико, что при последней беременности она обращалась к тем же врачам, но *авторитетный профессор-невропатолог ей категорически запрещал рожать*, т. к. он считал, что болезненные роды могут дать тяжелые последствия. На третьем месяце беременности она обратилась к прив-доц. Р. А. Френкелю. Последний высказался против аборта. К нам она обратилась на седьмом месяце беременности, жаловалась на одышку, сердцебиение, тошноты, головные боли. Все эти явления усиливались при мысли о наступлении родов. Status. Вид усталый, слизистые бледно окрашены, мышечный тургор сохранен. Легкие и сердце в норме. Со стороны нервной системы отмечается тремор век и вытянутых пальцев. Дермографизм красный, сухожильные рефлексы повышены. Размеры таза: 24, 27, 30, 20. 2/III 27 г. после соответствующей беседы поглаживанием погружается в дремотное состояние. Ей внушается совершенно спокойное отношение к предстоящим родам и хорошее самочувствие. 5/III — Idem. 8/III — Самочувствие хорошее. На этот раз ей внушается прекращение одышки, сердцебиений и вообще хорошее самочувствие. 12/III — Idem. 20/III — Явилась на прием в хорошем самочувствии. Головных болей нет. К предстоящим родам относится спокойно. На этот раз ей императивно внушается, что рожать она будет совершенно безболезненно. Следующие сеансы — 25/III, 2/IV, 15/IV и 24/IV. В два часа 26/IV ночи она почувствовала какую-то боль в нижней части живота, продолжавшуюся несколько минут. После этого больная заснула и спала до утра. В 7 час. утра она почувствовала тяжесть внизу живота, а к 8-ми она уже прибыла в акушерскую факультетскую клинику проф. Хажинского. Группа студентов приступила к уриванию ее. Она вела себя спокойно, отвечала им на вопросы, и у всей группы было впечатление, что рожать она будет на следующий день. Были даже огорчены, что им придется долго еще оставаться в клинике. У дежурного врача было такое же впечатление. Поэтому ее не спешили исследовать. Все происходило в моем отсутствии. К 10 часам утра мое отсутствие стало волновать ее. Тогда она начала жаловаться на боль внизу живота. Пока я прибыла из соседней нервной клиники, боли

усилились. В 11 часов утра врачом и группой произведено было внутреннее исследование. Все были крайне поражены — раскрытие на 3 1/2 пальца. К этому времени я явилась в палату, и одно лишь появление успокоило боли. Кураторы следили за схватками, схватки были вполне интенсивны. По мнению д-ра Мальцева, вполне нормально происходило раскрытие зева. Сердцебиение плода и пульс роженицы были в пределах нормы. На вопросы студентов, не больно ли ей, она отвечала, что чувствует себя очень хорошо. За это говорило объективное исследование дыхания, пульса. В 11 час. 30 мин. начались потуги. В 12 час. 30 мин. родился плод. *Никаких болевых ощущений не было.* Роженица чувствовала себя прекрасно. Плод родился здоровым. Кроме того, следует добавить, что во время всего родового акта никаких *головных болей не было, чего боялись невропатологи, рекомендовавшие ей аборт.* Послеродовой период прошел хорошо, ребенок и мать были здоровы. Выписалась через неделю из клиники в очень хорошем состоянии. В течение полугода я наблюдала за этой женщиной и ее ребенком. Прежние головные боли совершенно исчезли и все шло совершенно нормально.

Случай III. Первороженица С-ва. 26-ти лет. Работница от станка. Поступила 21/IX 24 г. в Зиновьевскую рабочую больницу по поводу начавшейся родовой деятельности. Со стороны наследственности отмечается алкоголизм. В детстве перенесла корь и скарлатину. 16-ти лет болела сыпным тифом. 21-го года — возвратным: мenses начались с 12-ти лет. Тип их после замужества не изменился. Замужем с 22-х лет. Первые три года Coitus interruptus. Беременность первая протекала нормально, но беременная в связи со страхом перед родами часто при волнении испытывала боли в нижней части живота. При поступлении в больницу страх доводил беременную до того, что она все время кричала. При внутреннем исследовании раскрытие было на пол пальца. Схватки редкие, но очень болезненные. Размеры таза: 25, 27, 30 и 19. Рожать «под внушением» больная отказалась: она не верила в возможность облегчения своих болей. Когда я стала поглаживать ее по лбу, она кричала еще больше: «Уходите, я всех врачей ненавижу! Отпустите меня домой. Я хочу умереть в своем доме!» Я начала ее успокаивать, стараясь убедить ее, что можно устранить боли и рожать совсем легко. Она стала прислушиваться к моим словам и заметно успокаивалась. Тогда я, поглаживая по лбу, стала ее усыплять. Постепенно она впадала в сонливое состояние. В промежутках между схватками молчала, во время же схваток кричала от боли. Усыпление продолжалось час, и больная впадала в глубокий сон. Во время сна схватки прекратились. Тогда ей было внушено, что схватки идут с такой же интенсивностью, как и до сна, но боли она не чувствует. После таких внушений схватки наступали каждые 40 минут, длились по 18—20 секунд. Функция маточной мускулатуры была недостаточна для раскрытия зева. Тогда ей было внушено, что она проснется, схватки будут нужной интенсивности, но безболезненны. Пробужденная роженица чувствовала себя хорошо. Схватки наступали своевременно, и темп их был восстановлен. Весь период раскрытия и период изгнания прошли без всяких болей. Состояние пульса, дыхания оставалось в пределах нормы. Сердцебиение плода также было нормально. Во время врезывания и прорезывания головки у роженицы началась рвота, которая была устранена соответствующим внушением. Все время был контакт между мною и роженицей. *При моем уходе (для опыта) из палаты, роженицей овладевал страх, и снова появлялась болезненность.* Одно мое появление, даже без внушений, устраняло страх и боли. Плод родился своевременно. Самочувствие роженицы очень хорошее. Плацента вышла своевременно. Роженица чувствовала себя настолько бодрой, что, когда ее сиделки переносили в палату, она заявила, что «могла бы пойти и сама» и даже «хоть сейчас приступить к работе, как будто и не рожала». Размеры головки и туловища плода — в пределах нормы. Цвет кожи розовый и тургор хороший. Послеродовой период прошел хорошо. Дальнейшее наблюдение в течение двух лет за матерью и ребенком указывало на полное благополучие обеих.

Этот случай указывает на возможность словесного обезбоживания и усыпления во время родового акта без предварительной подготовки и при возбужденном состоянии роженицы. Тут же приходится убеждаться, что страх и волнение способствуют развитию болей.

Случай IV. Первороженица, крестьянка, 24 лет, Ут-на. Пикничка. Поступила в Зиновьевскую окружную больницу 6/VIII 24 года по поводу начавшейся родовой деятельности. Раскрытие в 8 час. утра на 1 1/2 пальца. Схватки редки и болезненны. Вид у р-цы усталый, питание плохое, подкожный жировой слой развит слабо, видимые слизистые бледны. Это резкое исхудание у нее произошло в последние 4 месяца, в течение которых она, по недостатку средств, почти голодала. Со стороны наследственности патологических данных не обнаружено. Об'ективно со стороны нервной системы — повышение сухожильных рефлексов, тремор вытянутых пальцев. Со стороны психической сферы уклонений не обнаружено. Размеры таза — 23, 25, 29, 19. Схватки болезненны. Больная просит взять ее «под внушение» и успокоить схватки, которые все усиливались. Путем поглаживания по лбу она погружалась в состояние полного покоя. «Спокойно. Вы отдыхаете. Вы все глубже и глубже погружаетесь в состояние покоя. По телу распространяется полный отдых и покой. Боли исчезли». Постепенно исчезали болевые ощущения, и она успокоилась. Во время сеанса схватки стали реже; ей внушалось, что схватки идут с прежней интенсивностью. Пульс 72, температура 36,4, дыхание 26. Сердцебиение плода 120. На схватки она не реагировала, и лицо ее выражало полное спокойствие. Во время схваток на вопрос, как она себя чувствует, она отвечала тихим голосом: «Очень хорошо. Что-то двигается в животе, идет что-то, но не болит». При этом она снова умоляет. Повторно ей внушается безболезненность схваток в дальнейшем. Императивно внушается бодрость духа, хорошее самочувствие. Родильница хочет задать вопрос, но прерывается схваткой, которая в состоянии бодрствования прошла безболезненно и была, по мнению дежурного врача, вполне достаточной по времени и интенсивности для раскрытия зева. Последующие схватки были аналогичны. В промежутках она спокойно разговаривала. Говорила о том, что хорошо себя чувствует и что эта безболезненность родов вознаграждает ее за тяжелые страдания во время беременности. Весь период раскрытия, длившийся 8 час., прошел без малейшей боли, при хорошем и бодром самочувствии. Пульс 74

дыхание 28, схватки 55 сек. через 3 — 5 минут. Контакт с ней был все время. Интересно отметить, что достаточно было на несколько минут оставить ее, как боли в моем отсутствии снова возвращались, вернее являлся страх, а затем уже следовали болевые ощущения. В промежутке между схватками ей внушался отдых. Период потуг был также безболезнен, но в дальнейшем замечалась некоторая слабость, усиливавшаяся с каждой новой потугой. Затем пульс начал падать до 55 в минуту, сердцебиение плода 110. Общая слабость была велика, потуги слабы и недостаточны для изгнания плода, брюшной пресс работал слабо. Было показано применение pituitrin'a, которого не было, и положение акушера оказывалось тяжелым. Внушается сила при потугах, но безрезультатно. Тогда мы прибегли к косвенному внушению: *ей дается вода и внушается, что она пьет вино и что после вина она почувствует бодрость, силу, потуги будут сильнее, усталость пройдет.* После первого глотка лицо краснеет, она слегка пьянеет, замечается прилив бодрости и силы. Пульс заметно улучшается, через несколько минут 75 в минуту. Сердцебиение плода 120 — 130. Потуги были достаточны для изгнания плода. «Как Вы себя чувствуете?» спрашивали присутствовавшие врачи. «Хорошо», отвечала она улыбаясь. Прорезывание и врезывание головки прошли без боли. Роды наступили своевременно. Скоро вышел послед. *Усталости р-ца не чувствовала.* После родов она выпила немного «внушенного вина» и заснула с блаженной улыбкой на устах. Рядом с ней спал ее сын, родившийся здоровым, весом 8 фунт., без признаков асфиксии. Впечатление производил хорошее. Цвет кожи розовый, размеры головки и туловища в пределах нормы. Послеродовой период прошел хорошо.

Остановимся на этих случаях, представляющих интерес во многих отношениях. Прежде всего необходимо отметить, что внушение было применено уже при начавшейся родовой деятельности и при наличии болей, устраненных внушением. Это обстоятельство исключает возможность совпадения самостоятельно безболезненно протекающего родового акта с искусственным словесным обезболиванием. Случаи эти являются интересными и тем, что эффект получился *без подготовительного периода и без предшествующих подготовительных сеансов.* Это необходимо учесть, как иллюстрацию возможности соответствующим словесным воздействием оказывать благотворное влияние на страдающего. Весьма интересными оказываются два явления: 1) *возобновление болей в моем отсутствии и прекращение их при моем появлении,* и 2) *влияние внушенного мнимого вина, вызвавшего соответствующую реакцию, как бы на действительное вино.* Как истолковать все эти явления? Они для нас становятся понятными с точки зрения учения об условных рефлексах. «Гипнотизера» необходимо рассматривать как определенный сочетательный условный раздражитель, на которого выработалась со стороны нервной системы, гср. коры головного мозга объекта, строго дифференцированная реакция. Роль специального условного раздражителя может играть также и все то, что связано с «гипнотизером», и в данном случае сама личность, гср. присутствие его, а также его слова при внушении вина. Эксперименты подтверждают это. Необходимо вспомнить собак лаборатории Павлова, когда у них затормозившиеся после наводнения прочно воспитанные условные рефлексы растормаживались не только в присутствии «хозяина», но и при виде частей одежды его. Для проверки и объективного доказательства этого проф. К. И. Платоновым был поставлен следующий эксперимент*). Одному из своих объектов он внушил, что он не будет ощущать электрического тока в присутствии д-ра Цынкина, в отсутствии же его ток ощущаться будет. Внушение реализовалось, что доказывалось реакциями дыхания, записывавшимися на кимографе. Что же касается до возможности физиологических изменений в организме под влиянием внушения, то иллюстрацией этого могут служить исследования, произведенные для проверки в лабораторных условиях у одного алкоголика с внушенным опьянением. Прилагаемая кривая**) указывает на изменения дыхания, ритм и глубина которого находились в зависимости от «выпитого» в гипнозе мнимого вина (см. стр. 315).

Если мы учтем вышеупомянутые реакции у перенесших наводнение собак и примем во внимание опыты в той же лаборатории д-ра Крылова, когда вид шприца, которым инъецировался собаке морфий, вызывал картину отравления последним, то мы можем с уверенностью сказать, что все внушаемые процессы у нашей роженицы протекают по типу условных рефлексов, а потому и научно объяснимы.

*) Проф. К. И. Платонов. «Слово, как физиол. и лечебный фактор». Госиздат Украины, 1930. См. ст. в этом сборнике.

**) Кривые были получены в физиологической лаборатории клиники проф. К. И. Платонова при непосредственном участии зав. лаб. д-ра Д. С. Губер-Грица, за что я приношу ему свою благодарность.

Случай V. Первороженица Ан - ва, 28 лет, машинистка. Испытывала страх перед родами до такой степени, что готова была прервать беременность на 7 - м месяце. Слух о возможности безболезненных родов привел ее на прием в Харьковский Психоневрологический Институт 8/III 1926 г. Беременная правильного сложения, атлетичка, хорошего питания, подкожный жировой слой развит хорошо; видимые слизистые окрашены нормально. Объективно со стороны нервной системы и псих. статуса Н. Эта беременность третья, две первые прерывались. После двух сеансов она впала в легкую дремоту. В первом сеансе ей внушается спокойствие, бодрость духа и хорошее самочувствие. Через день второй сеанс — в дремоте внушается снова спокойное отношение к родам. Больная ушла в спокойном состоянии. 5/III 26 родильница явилась с очень хорошим самочувствием. Теперь, после предыдущего сеанса, страх перед родами исчез. Ей внушается безболезненность всего родового акта. «Вы хорошо себя чувствуете, воспринимаете мои внушения. Рожать Вам будет легко, болей чувствовать не будете» и т. п. 8/III самочувствие хорошее, никаких особенных жалоб нет. Во время сеанса она в состоянии легкой дремоты. Сеанс длится 15 минут, делаются соответствующие внушения. 12/III. Самочувствие хорошее. Отмечает, что забыла о предстоящих родах и о них не говорит. «Как будто и не должна рожать», говорит она. С каждым сеансом она все лучше себя чувствует. Внушения все время делаются в категорической форме; в каждое слово вкладывается уверенность в успехе. В дремоте пульс 68, дых. 18, кров. дав. 110. После дремоты пульс 84, дых. 22, кров. давл. 118. 17/III. Самочувствие плохое, боится родов, плачет и просит произвести преждевременные роды под наркозом. Нас эта неожиданность озадачила. Из расспросов выяснилось, что все эти явления начались после беседы с врачом, который



Рис. 1. Мнимое, внушенное питье 3 - х стаканов вина. По мере увеличения стаканов вина, усиливается и реакция со стороны дыхания. Внушенное отрезвление вырагивает дыхание

высказался не в пользу гипноза и против возможности безболезненных родов. Создавшийся конфликт после нанесенной психотравмы потребовал много усилий, чтобы устранить его и путем внушения успокоить беременную.

19/III. Самочувствие лучше, но некоторый страх остался. Внушается безболезненность родов, хорошее самочувствие, спокойное отношение к родам. 25/III. Самочувствие хорошее. Успокоилась и ждет родов, которых уже не боится и верит в их полную безболезненность. 2/IV. Самочувствие хорошее. Во время сеанса дремотное состояние. «Родов Вы не боитесь, Вы знаете и уверены, что болей с начала и до конца родов не будете чувствовать». 4/IV. Самочувствие хорошее. Внушается безболезненность схваток и потуг. Она отмечает, что со дня внушения (19/III) никогда не говорит о родах, и прежние тревоги и волнения совершенно исчезли. 20/IV. Все время хорошо себя чувствовала, о предстоящих родах не думала. 25/IV. Сеанс в течение 10 минут. 12/V. Самочувствие хорошее, принимает ванны, готовится к родам, относится к ним спокойно. Беременной объясняется, что сделанное количество сеансов вполне достаточно для безболезненных родов. 15/V. В 1 ночи начались схватки, но проходили они совершенно безболезненно. «Каждый раз я просыпалась, чувствовала какие - то необычайные ощущения внизу живота, но не думала, что это начинаются схватки, так как от многих женщин слышала, что этот момент чрезвычайно болезнен. Я хотя и допускала, что внушение может облегчить боли, но что можно совершенно не чувствовать болей во время схваток — этого я даже не представляла», говорит беременная. В таком состоянии она провела ночь до 9 час. утра. Затем отправилась в Рабочую больницу при Харьковской 4 - й поликлинике. Болевые ощущения отсутствовали. Врачи предполагали, что родовая деятельность еще не начиналась. Дежурная акушерка даже возмущалась, почему так рано прибывают роженицы. В виду этого дежурный врач поспешил исследовать и выяснить положение. (Размеры таза 24, 26, 30, 20). К его удивлению оказалось раскрытие на 4 пальца. К этому времени я приехала в больницу, и роды проходили в моем присутствии. Схватки с 12 часов, каждые 4 — 5 минут по 50 — 55 сек. Период потуг продолжался до 3 - х часов дня, безболезненно. Потуги были вполне достаточны (принимала д - р Пайкина) прорезывание головки безболезненно, плод родился своевременно, весил 8 фунт. и производил впечатление здорового ребенка.

Останавливаясь на данном случае, необходимо отметить, что подготовка происходила без глубокого гипноза, а лишь в состояниях дремоты, когда полной потери связи с внешним миром у беременной не было. И этого оказалось вполне достаточно для положительного эффекта. Интересной является причина нарушения успешности внушения — влияние стороннего, нового раздражителя, временно оказавшегося более сильным, чем наше слово, и растормозившего еще не в полной мере нами созданные

тормозные состояния определенных отделов нервной системы. С этим обстоятельством нам приходилось встречаться не раз и его необходимо иметь ввиду при учете неудачных случаев.

Случай VI. Первороженица К - ко. 19 лет. Происходит из здоровой семьи. Выше среднего роста, правильного телосложения, питания удовлетворительного, подкожный жировой слой развит удовлетворительно, видимые слизистые окрашены бледновато. Мензесы начались в 13 лет. Тип их установился сразу. Половой жизнью живет год. Характер менструаций не изменился. Со стороны нервного и психического статуса Н. Всего было 10 сеансов. В начале — каждые 5 дней, а затем через день. В состоянии полного бодрствования наблюдалось совершенно спокойное отношение к предстоящим родам и их безболезненность. Сеансы длились 10 — 15 минут. Императивно внушалось, что рожать она будет без боли. Последний сеанс был 15/XII. 18/III она поступила в Харьковскую проп. акушерскую факульт. клинику по поводу начавшейся родовой деятельности. Раскрытие в 11 час. вечера на 1 палец. Размеры таза 23, 26, 28, 18. Схватки редки, безболезненны, самочувствие хорошее. В 6 час. утра 19/XII р-цу начинает волновать мое отсутствие, схватки становятся слегка болезненными. В 8 часов утра я приехала в клинику. Самочувствие К - ко прекрасное. Схватки каждые 15 — 20 минут по 50 сек. Болевых ощущений нет, период раскрытия длился до 2 час. ночи 20/XII, был абсолютно безболезнен. Схватки были нужной интенсивности и вполне достаточны, по мнению присутствовавшего при родах д - ра Ершова, для раскрытия зева. Раскрытие совершалось постепенно, вследствие узости таза, и притом безболезненно. Рядом с ней рожали другие женщины, сильно кричавшие, что на р-цу производило неприятное впечатление. Окружающие, особенно студенты - кураторы, поражались ее спокойствию. «Что, больно?» спрашивал ее проф. Хажинский во время схватки. «Нет, никакой боли не чувствую, только надоело ждать. Хочу скорей родить». «Все идет нормально. Родите благополучно». Слова профессора еще больше ободряли ее. В 3 часа утра 30/XI отошли роды и начались потуги. Брюшной пресс работал вяло, но после соответствующего внушения потуги усилились, и брюшной пресс стал работать так хорошо, что достаточно было, по мнению д - ра Ершова, для изгнания плода. Самочувствие все время было хорошее. В промежутках между потугами она погружалась в дремоту, но, как только начиналась потуга, открывала глаза и говорила: «Ну, идет? Что, нужно дуться?» И с покорной улыбкой выполняла свои обязанности. С ней приходилось оставаться все время, так как мое отсутствие вызывало болезненность схваток. В 6 час. утра вышел плод. Был разрыв третьей степени. Через 30 минут вышел послед. Родильница усталости не чувствовала.

Ребенок родился здоровым, весом 9 фунт. Признаков асфиксии не было. Цвет кожи розовый. Тургор хороший. Размеры туловища и головы — в пределах нормы. В 12 час. утра д - ром Ершовым были наложены швы без наркоза. Путем внушения наяву устранялась болезненность. Процесс наложения швов был слегка болезнен.

Послеродовой период прошел хорошо.

В этом случае необходимо отметить подготовку даже без дремотного состояния — путем внушения наяву.

Мы ограничимся лишь приведенными случаями.

За трехлетний период нами было проведено, как сказано, 43 случая, и о 36 из них было доложено на съезде акушеров и гинекологов в Ленинграде в мае 1926 г. Все работы проводились в больницах г. Зиновьевска, г. Харькова и в Харьковской акушерской Клинике Мединститута проф. П. Х. Хажинского.

Первородящих в возрасте 20 — 39 лет — 36,
повторнородящих — 7, из них одна 42 лет, остальные 6 в возрасте 26 — 29;
с анатомически нормальным тазом — 29 чел.,
с некоторым сужением таза — 8 чел.;
с узким тазом — 6 чел.

По состоянию нервной системы только 9 чел. проявляли истерические стигматы, остальные же с вполне нормальной нервной системой.

По подготовке все случаи могут быть разделены на 4 группы:

- | | |
|---|-----------|
| 1) подготовительные сеансы в глубоком гипнозе | 9 случаев |
| 2) » » в дремоте | 24 случая |
| 3) » » в состоянии бодрствования | 8 случаев |
| 4) без подготовительного сеанса в состоянии бодрствования | 2 случая |

Всего 43 случая.

Количество подготовительных сеансов было различно и колебалось от 8 до 14. Но в тех случаях, где беременные сразу впадали в глубокий гипноз, мы ограничивались 1 — 2 сеансами. Было достаточно при этих условиях соответствующего вну-

шения в этом сеансе, чтобы получался положительный результат. У таких беременных после первого же сеанса исчезал совершенно страх перед предстоящими родами. Во время же родового акта я пользовалась внушенным сном лишь в первые моменты родовой деятельности, в промежутках между схватками, когда и делали соответствующие внушения. Самый же родовой акт проходил в бодрствующем состоянии роженицы. Что касается до р-ц второй категории, с подготовкой в дремоте, то мы последней также пользовались в начальный период родовой деятельности, опять таки в промежутках между схватками, затем иногда и между потугами, погружая в дремотное состояние для отдыха и соответствующего внушения на несколько минут. Важные и существенные моменты протекали при полном сознании р-цы.

В начале мы упоминали, что главной целью нашего исследования было выявление максимальной возможности проведения родов в бодрствующем состоянии. Подводя итоги в этом отношении, мы должны указать, что из 43 случаев в бодрствующем состоянии нами было проведено 39 случаев, в гипнозе — 4 случая. По эффекту безболезненности наш материал подразделяется на три категории:

1. Безрезультатных . . . 6 случаев
2. Частичный успех . . . 5 »
3. Полный эффект . . . 32 случая.

Анализируя эти группы и касаясь случаев первой категории, нужно сказать, что причина отрицательных результатов, повидимому, лежала в краткости предродового периода. Все они не могли быть глубоко усыплены, и внушение проводилось в двух случаях в дремоте, при двух сеансах, а в 4-х случаях — наяву при трех-четырех сеансах. При этих условиях, очевидно, такое количество последних оказывается недостаточным. В одном случае примешался еще отрицательный фактор в виде дурного влияния посторонних. Беременная была напугана опасностями, будто бы связанными с гипнозом. Тут же скажем, что было у нас три случая, когда беременные со всеми данными на успех отказывались от продолжения подготовительных сеансов, прекращали посещения, будучи напуганы «вредом» гипноза.

Что касается до беременных второй категории, то частичный успех у двух из них выразился безболезненностью схваток и периода раскрытия и болезненностью прорезывания головки. У остальных трех — безболезненным прорезыванием головки, а болезненным был период раскрытия. Но во всех случаях после первых же подготовительных сеансов исчезал страх перед предстоящими родами и у беременных устанавливалось спокойное настроение, выравнивались сон и аппетит, нарушенные тревогой.

У рожениц последней категории положительный эффект обнаруживался с первых 2—3 подготовительных сеансов внушения и соответствующих бесед. Эффект обнаруживался устранением страха и волнений. Исчезало и все то, что связывалось с ними. Что касается родовой деятельности, то болевые ощущения совершенно отсутствовали с первого ее момента и вплоть до отделения плаценты. В случаях разрыва промежности применялось также словесное обезбоживание. Самочувствие рожениц было все время настолько хорошо, что в самые обычно болезненные моменты — во время схваток, врезывания и прорезывания головки — они были совершенно спокойны, и большинство из них вело в эти моменты отвлеченные разговоры. Во всех случаях темп схваток не задерживался. Они были всегда вполне достаточны для раскрытия зева. Не служили препятствием для сохранения внушенной аналгезии и неправильности в строении таза. И при последних условиях, когда роды были продолжительными — до 4 суток в одном клиническом случае, мы встречались с развивающейся общей слабостью и, в частности, со слабостью потуг. В такие моменты мы могли поднимать общее состояние и *усиливать работу брюшного пресса путем словесного внушения*, иногда путем погружения на несколько минут в дремотное или глубокое сонное состояние для отдыха между схватками и потугами. При этом делались соответствующие внушения.

На нашем материале мы не могли заметить какого-либо отрицательного влияния гипнотического состояния как на мать, так и на ребенка. Новорожденные являлись всегда здоровыми, и в дальнейшем никаких осложнений с ними не было. Что касается рожениц, то их хорошее самочувствие не покидало в течение всего послеродового периода.

И в дальнейшем, как видно из продолжающихся наших наблюдений, никаких изъяснений в их здоровье не обнаруживалось. *У всех рожениц было отсутствие обычных после окончания родов усталости и истощения.*

В наших исследованиях мы еще интересовались вопросом о передаче рапорта, влияния на роженицу, другому лицу. Этот вопрос является практически важным, и он был предметом обсуждения на германском съезде акушеров. На основании своих наблюдений проф. Siegel высказал мысль, что для полной успешности необходимо при родах не только присутствие, но и постоянный контакт между врачом и р-цей, так как при отвлечении врача страдает успешность гипноза и внушения. Нельзя принципиально не согласиться с этим мнением. Да, теоретически рассуждая, иначе и быть не может. Ибо в таких случаях имеется воспитавшаяся строго дифференцированная реакция со стороны нервной системы роженицы на строго определенный раздражитель. Другой раздражитель этой реакции вызывать не может. Правильность точки зрения подтверждалась нашими случаями. Мой уход из родильного зала обуславливал возвращение болей. Но некоторые авторы находят, что иногда рапорт может быть перенесен на другое лицо. Так, проф. К. И. Платонов приводит случай, когда после первого подготовительного, в глубоком сне, сеанса роженица поступила в харьковскую акушерскую клинику и уснула так же легко и глубоко под влиянием внушения другого врача (рапорт был передан ему). Эффект получился положительный. Эти явления обосновываются и теоретически, по законам воспитания условных рефлексов. Индивидуальность, повидимому, в таком случае играет существенную роль, и возможность передачи рапорта, установление новой временной связи в коре мозга роженицы с другим раздражителем — не исключается.

Нужно сказать, что теоретически возможно допустить реализацию внушения в отсутствии «гипнотизера» без передачи рапорта, установив связь со временем родового акта и вообще с окружающей обстановкой. Все в данном случае может зависеть как от содержания слов-раздражителей, содержания внушения, так и от индивидуальности роженицы. Мой личный опыт позволяет мне сказать, что успешность словесного обезболивания находится в тесной зависимости от индивидуальности объекта и взаимоотношений, устанавливающихся между врачом и роженицей. Последнему обстоятельству, повидимому, необходимо придавать большее значение. На этом и должна строиться методика оказания помощи. Если проф. Дежерин говорит, что успех психотерапии при лечении психоневрозов зависит от первой беседы с больным, то правильность этого положения особенно подчеркивается при родовспоможении.

Учитывая это, необходимо, чтобы врач с первой же встречи постарался вызвать доверие как к себе, так и к методу. Для этой цели *первый сеанс необходимо посвящать широкой беседе с беременной.* И после выяснения отношения последней к родовому акту и знакомства с ее индивидуальностью, мы приступаем к внушению в той или иной форме. Такая предварительная беседа, исключая малоценный шаблон, уже заранее начинает воспитывать известную готовность нервной системы беременной реагировать только в определенном направлении. Чем больше будет проведен принцип индивидуализации, тем больше шансов на больший процент успешных случаев. Учитывая это, мы считаем необходимым предварительное проведение этого принципа, также и при коллективной массовой подготовке рожениц. После первой беседы мы старались выяснить отношение роженицы к применяемому методу и в особенности к гипнотическому состоянию. Но если последнего не удавалось получить, то это для нас не служило показанием к отказу окончания суггестивной помощи. Уже несколько наших первых случаев показали возможность получения эффекта при различных степенях дремоты и даже в бодрствующем состоянии.

Я не буду подробно здесь останавливаться на методике усыпления. Скажу лишь, что, согласно нашим взглядам на гипнотическое состояние, я воздействовала как основным раздражителем — обычно поглаживание по лбу — так и условным — словесным внушением. От фиксации взора на блестящем предмете, приближенном к глазам, пришлось отказаться, так как у некоторых очень впечатлительных и эмоциональных женщин этот прием вызывал сердцебиение, учащенное дыхание, какое-то общее внутреннее возбуждение, а иногда и чувство страха. Я склонна объяснить это, как следствие акта сосредоточения внимания, с одной стороны, а с другой — необычностью самого приема, придававшего своеобразную таинственность сеансу.

Заканчивая изложение моего первого опыта в изыскании безвредного для роженицы и ребенка обезболивающего средства, мы должны сказать, что мы смотрим на эти исследования, как на материал, изучение которого должно побудить к дальнейшим исследованиям в том же направлении. Но все же наши случаи показывают, что гипнотическое состояние не принесло вреда ни матери, ни ребенку и что обезболивание может быть достигнуто в огромном большинстве случаев, быть может — даже в 100%. Успех обеспечивается индивидуальным подходом, а также соответствующим влиянием среды. Врач и роженица должны встречать поддержку со стороны всех соприкасающихся с последней. Окружающие должны подкреплять и поддерживать вновь созданные в коре мозга роженицы полезные для нее процессы. Принимая во внимание профилактику нервно-психического здоровья женщины, с нашей точки зрения является в известных случаях необходимым всемерное успокоение беременных и устранение страха перед предстоящими родами. Для этой цели внушение наяву или в дремоте, или, наконец, в «гипнозе» является наилучшим средством. Этот же метод должен быть принят во внимание и в борьбе с абортами, являющимися часто результатом боязни родовых мук. Для успешности реализации внушения необходимо, чтобы и весь окружающий больную медперсонал, а также и санитарки принимали участие в психотерапии рожениц, поддерживая влияние врача соответствующим отношением и к методу и к роженице.

ВЫВОДЫ

1. Словесное воздействие, построенное на принципе строгой индивидуализации, может дать полную безболезненность всего родового акта и является безвредным для матери и ребенка.
2. Словесно обезболенный родовый акт может проходить не во сне, а в состоянии бодрствования, при полном сознании роженицы.
3. Количество подготовительных сеансов зависит от внушаемости беременной; их может быть от 1 до 12; в иных случаях можно обойтись и без подготовки.
4. В предварительных сеансах нет необходимости стремиться к глубокому сну, так как внушения могут быть действительны и в гипнозе и наяву.
5. Врач-психотерапевт должен встречать коллективную поддержку со стороны всего персонала, окружающего роженицу.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR VERBALEN SCHMERZSTILLUNG DES GEBURTSAKTES

Von Dr. R. I. Schliffer

In seiner Untersuchung bemühte sich der Autor die Möglichkeit einer verbalen Schmerzstillung während des Geburtsaktes zu beweisen, sowohl als die Durchführbarkeit des letzteren bei wachem Zustande der Kreissenden. Die Zahl der preliminären Séancen betrug von 1 bis 14. In tiefem Schlafe wurde die Vorbereitung in 9 Fällen durchgeführt, in Dämmer Schlaf—in 24 Fällen und in Wachzustand—in 8 Fällen. Eine Vorbereitung zu tiefem Schlafe garantiert stets den Erfolg und dazu genügen 1—2 Sitzungen. Ein in allen Hinsichten positiver Effekt wurde bei 32 Frauen erzielt, ein teilweiser Effekt: Verschwinden der Angst, Aufregung, schmerzloser Wehentritt des Kopfschmerzlicher Durchtritt der Frucht wurde in 5 Fällen beobachtet. Misserfolg trat in 6 Fällen ein. Bei allen ausnahmslos schwand aber die Angst nach den ersten Séancen, ebenso wie auch jegliche Aufregung im Zusammenhang mit der bevorstehenden Geburt—die Stimmung, der Appetit und der Schlaf wurden gebessert. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu den folgenden Schlüssen: 1. Die verbale Suggestion in der Hypnose und im wachen Zustande kann, wenn sie auf den Prinzipien einer strengen Individualisation aufgebaut ist, den Geburtsakt ganz schmerzlos machen, wobei das Verfahren für Mutter und Kind völlig harmlos ist. 2. Der Geburtsakt kann bei verbaler Schmerzstillung nicht nur während des Schlafes, sondern auch im wachen Zustande der Kreissenden vor sich gehen, wobei letztere ihr Bewusstsein nicht verliert. 3. Die Zahl der preliminären Séancen hängt von der Suggestibilität der Schwangeren ab, schwankt von 1 bis 14 bisweilen kann auch ohne Vorbereitung ein Effekt erzielt werden. 4. Bei den Séancen der Vorbereitung muss man nicht tiefen Schlaf anstreben, die Suggestion kann auch in somnolentem Zustande wirksam sein, in einigen Fällen auch im wachen Zustande. 5. Sowohl die Kreissende bzw. die Schwangere, als auch der Arzt müssen durch alle Nahestehenden unterstützt werden. Die Umgebung muss den Effekt stärken, den die Kreissende durch den Arzt unterworfen wird.

К ПСИХОТЕРАПИИ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ЕЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ

П. П. Истомин

(Из психотерапевтического кабинета пропедевтической нервной клиники Харьк. мед. института (дир. проф. К. И. Платонов) и научно-исследовательской кафедры психоневрологии Укрнауки)

Вопрос о целесообразности применения психотерапии при родах, resp. словесного обезболивания родового акта, необходимо оценивать, как и всякий лечебный метод, исходя из двух основных положений, лежащих в основе современной терапии любого страдания. Первое — это знание патофизиологических проявлений, которые обуславливают данное страдание, и второе — знакомство с основами биолого-физиологического воздействия на организм метода лечения, применяемого для восстановления нормального состояния организма.

Что родовая боль, представляя собой единственно известную так наз. физиологическую боль, может производить глубокие и стойкие функциональные и морфологические изменения в важнейших тканях организма, известно уже давно.

Eskert еще в 1911 году соответствующими клиническими наблюдениями над 120 родильницами установил повреждение высших психических функций в результате родового акта. Повреждения эти отмечались большой стойкостью, и только постепенно наступало восстановление. В случаях безболезненных родов повреждение было минимальным. Строго научный базис под аналогичные клинические данные был впервые подведен Criegle'em, бесспорно установившим тот факт, что «страх и родовые боли неизбежно вызывают значительные изменения в организме женщины. Изменения эти не только серьезны, но зачастую ведут к тяжелым последствиям: ацидоз, отек, разрыв клеточной оболочки и распад ядра, образуют цепь изменений в клетках большинства важных для жизни органов. «И если нельзя считать, что все эти изменения, как правило, наблюдаются в каждом случае родов, то, с другой стороны, нельзя учесть, как часто самые разнообразные страдания у женщин обязаны своим возникновением разрушению ограниченного числа клеток коры мозга, печени, коркового слоя надпочечников и прочих органов и тканей в результате родов». Greenword считает, что эти явления в действительности наблюдаются гораздо чаще, чем констатировалось до сих пор. Krönig говорит, что если у крепких особ не всегда удавалось констатировать заметно вредного влияния так называемой физиологической родовой боли на нервную систему, то у чувствительных, невропатических женщин продолжительные болезненные роды весьма нередко обуславливают состояние нервного истощения, зачастую продолжающееся долгое время после родов. Патофизиологические процессы и боли могут быть особенно значительны при тех или иных патологических изменениях как плодородности, так и плода. Вместе с тем неизбежность родовых болей может быть связана с эмоциональными колебаниями, происходящими не только в связи с действующими в данный момент раздражителями, но и в значительной мере обуславливающимися эндоцеребральными и происходящими вместе с ними эндопсихическими процессами, иначе говоря — они могут обуславливаться эмоциями отрицательного характера. Известно, что эмоция рассматривается теперь как сложная физиологическая реакция со стороны организма. «Как теория Джемса и Ланге, затем Вундта об эмоциях, с одной стороны, так и американская физиологическая школа Саллоуэна, учение бихевиористов во главе с Уотсоном и идентичное с ними учение рефлексологической школы Павлова и Бехтерева — с другой, переносят учение об эмоциях из области психологической в чисто физиологическую» (Платонов). «Эмоция есть субъективное состояние, — говорит проф. Осипов, — однако она имеет свое объективное выражение, по которому часто бывает возможно определить совершенно точно качество и силу переживаемой эмоции. Физические последствия имеют не психический процесс, как таковой, а обуславливающий его физиологический. Уотсон чрезвычайно много сделал в смысле генетического изучения эмоций. Его исследования представляют огромный интерес и практическое значение. Определяя эмоцию, как наследственную «стереотипную» (безусловную) реакцию, влекущую за собой глубокие изменения во всем организме и, в особенности, в сосудистой и железистой системах, автор на основании ряда интереснейших опытов над животными и детьми, а также и взрослыми, приходит к заключению, что наряду со стереотипными

(безусловными) эмоциями, надо отличать и обусловленные, возникающие по механизму условных рефлексов. Также и проф. В. Т. Осинов высказывает мысль, что «эмоциональные и аффективные процессы развиваются по типу условных рефлексов» и продолжая далее развивать свои мысли в работе «О физиологическом протекании эмоций», он доказывает, что эмоции, возникая и развиваясь по типу процесса рефлекторного, являются процессом «физиологическим, строго материальным, связанным субъективными, последствиями». Таким образом, если учесть, что при родах сочетается действие совокупности причин: травма, волнение, страх, напряжение, бессонница и проч., из которых каждой по Крейле достаточно для вызывания истощения и шока, станет понятной целесообразность защиты весьма важных органов и тканей путем устранения наиболее вредных факторов. Надо подчеркнуть, что по данным Крейле такие эмоциональные состояния, как волнение и страх, вызывают более быстрое истощение организма, чем напряжение, травма и даже токсические агенты. Поше говорит, что «есть много и, можно сказать, с течением времени становится все больше таких чувствительных женщин, с таким ненормальным психическим восприятием, что родовая травма наносит им не только острый вред, выражающийся возбуждением, похожим на *delirium*, но и хронический, и далее: психическое же воздействие долго продолжающихся родовых болей мало оценивается».

Из всего сказанного вытекает оправдание постоянного стремления акушеров к уничтожению или, по крайней мере, уменьшению родовых болей, что особенно усилилось в последние годы, когда, под влиянием мировой войны и связанных с ней потрясений всего жизненного уклада, сопротивляемость нервно-психической организации женщин стала прогрессивно понижаться.

Применение словесного обезболивания родового акта известно с половины XIX века, когда было сделано более 60 благоприятных наблюдений^{*)}. Так, Auvard и Secheugon описали 13 родов, проведенных в гипнозе. Lichtenstein в 1898 году сделал 46 таких же наблюдений.

В начале нашего столетия появились сообщения о том же русских авторов: в 1902 г. о 28 случаях применения гипноза при родах сообщил на 7-м Пироговском съезде Матвеев, получивший в 82% благоприятные результаты. В 1909 г. было собрано 36 случаев родов под гипнозом Вяземским, который привел и свой один случай. Затем Семяников также с успехом применял этот метод в акушерской практике в 1907 году. Особенно широкое применение гипноза при родах нашло себе место в Германии в течение последних лет. В начале 1922 г. Oettingen, из Гейдельберга, сообщил о 16 случаях родов под гипнозом. Schulze из той же Гейдельбергской клиники, вместе с Roeflerом, провели 79 безболезненных родов под гипнозом с хорошим результатом. Simerling в Киле, Kürstein в Марбурге, Heberger в Дрездене провели несколько десятков случаев родов под гипнозом и считают результаты свои весьма удовлетворительными. Здесь нет возможности перечислить все работы в этом направлении; укажем лишь, что, помимо перечисленных авторов, наиболее горячими защитниками и распространителями этого метода обезболивания родового акта стали Hollauer, Kogerer, Friedländer и др.; при чем все они считают результаты своих наблюдений весьма удовлетворительными, а метод — заслуживающим самого широкого распространения. Роженицы находились под гипнозом в среднем 20 часов, а в отдельных случаях до 89 часов, при чем никаких вредных последствий как для матери, так и для плода не наблюдалось.

В русской литературе, независимо от западноевропейской, получены те же результаты от применения этого метода. Наиболее подробные и тщательные наблюдения в этом направлении еще в 1923 году мы находим у проф. К. И. Платонова и д-ра М. В. Шестопаля, затем у проф. Божовского и д-ра Туравского, применявших гипноз в 33 случаях беременности с положительным результатом. Такие же наблюдения произведены д-ром Кудашевым в клинике проф. Груздева, д-ром Геренштейном, Пырским в Клеве в клинике проф. Писемского, д-ром Николаевым и д-ром В. А. Токарским в Саратове. В Харькове — д-ром Р. Я. Шлифер, Славиковским, Цейкинской.

В течение последних лет на конгрессах акушеров и гинекологов на Западе и на наших союзных съездах вопросу о действии внутривенной анестезии с помощью экспериментального сна был посвящен целый ряд докладов. На конгрессе гинекологов в Нисбруке в 1922 г. в числе докладчиков по этому вопросу мы встречаем имена видных представителей: Rosenthal'a (Франкфурт), Frygista, Mansfeld'a (Буда-Пешт), Kogerer'a (Вена) и Hallaur'a (Берлин).

Из докладов с несомненностью выяснилось, что мы можем дать женщинам возможность безболезненности родов в состоянии гипнотического сна.

Отражением мнения наших съездов может служить речь проф. Курдиновского в Моск. гинекологическом о-ве в 1923 году, где он сказал, что «гинеколог должен быть, конечно, во всеоружии всех методов специального физиотерапевтического и хирургического лечения; но, чтобы иметь полное удовлетворение в своей работе, он должен быть и терапевтом, в широком смысле этого слова, и прежде всего — *психотерапевтом*».

Но несмотря на то, что метод применения психотерапевтического воздействия на роженицу с целью достижения безболезненных родов уже имеет свою историю,

^{*)} В мою задачу не входит говорить здесь подробно о тех средствах, каковые одновременно предлагались как таковые или в виде комбинированных для целей анестезии при родах.

его все же следует считать еще недостаточно разработанным до сего времени, и вмешательство психотерапевта у постели роженицы не вошло еще в обиход по ряду причин. Не выяснено, применять ли простое многократное убеждение наяву в отсутствии родовых болей, стремиться ли путем словесного внушения проводить роды в глубоком сне, или же в так называемом «постгипнотическом» состоянии? Нет единогласия также и в вопросе о продолжительности предварительной подготовки беременных и о количестве подготовительных сеансов и т. п. Наконец ставится многими вопрос — целесообразно ли устранение болей для самого родового акта?

Наши наблюдения в области применения словесно вызванной аналгезии при родах были произведены, по предложению проф. К. И. Платонова, в период с декабря 1923 г. по июнь 1927 г., частью в Акушерско-гинекологической клинике проф. Д. Х. Хажинского, частью в других лечебных учреждениях *). Наблюдения эти имели целью, с одной стороны, накопление фактического материала, а с другой — проследить влияние внушения как на общее состояние беременной, так и, в частности, влияние аналгезии на самый родовой процесс.

Всего у нас случаев было 35 **), которые по возрасту, профессии, социальному положению подразделяются так:

Таблица 1

Возраст	Перворожениц	Повторных рожениц	Служащих	Домашних хозяек	Студенток
20 — 25 л.	26	—	10	8	8
26 — 30 л.	4	—	2	2	—
31 — 35 л.	2	2	—	4	—
36 — 38 л.	—	1	—	1	—
Всего	32	3	12	15	8

В статусе наших больных (табл. 2-я), помимо имевшейся у всех беременных боязни болей, осложнений после родов и пр., у подавляющего большинства (92%) были ясно выражены объективные признаки функционального расстройства нервной системы, то в форме невротических симптомов, то в виде истерических реакций на беременность и предстоящие роды. Вызывание условно-рефлекторного сна нами производилось по методу фиксации взора, а иногда и без этого, с одновременным внушением дремоты или сна. В некоторых случаях применялся фракционированный метод Vogt'a. Для определения степени аналгезии обычно применялся укол складки кожи на радиальном краю кисти. Содержание внушений сводилось к систематической беседе о предстоящих родах: указывалось, что обычно наблюдающиеся родовые боли не являются обязательным спутником родового акта, что весь родовой акт от начала до конца пройдет без болей. Весь дальнейший период беременности и послеродовой период пройдут без всяких болей и осложнений для беременной. Эти основные мысли излагались подробно и соответствующим понятным языком на протяжении 15 — 20 минут. Затем давался отдых 10 — 15 минут, после чего беременные пробуждались обычным способом, как и при естественном сне. Такие сеансы проводились 2 — 4 раза в неделю.

Результат психотерапевтического вмешательства был всегда налицо: с первого же сеанса появлялось спокойное отношение к предстоящим родам, у лиц истощенных появлялся аппетит, улучшался сон. Заметно выравнивалось настроение. Особенно же

*) Пользуемся случаем выразить глубокую благодарность за предоставление материалов и содействие в работе проф. Д. Х. Хажинскому, В. Ю. Брандту, д-рам: В. М. Шестопалу, Попандопуло, Бородкину и их сотрудникам.

**) Родильное Отделение 4 Раб. Поликлиники, бывш. 12-й сов. бол., 23 чел., 16-й сов. бол., бывш. Женск. Помощ., и у больных на дому.

резко выявлялся результат психотерапии у лиц с истерическими реакциями. Мы буквально не видели случаев, где бы на общем состоянии наших беременных не сказалось положительное влияние психотерапии с первого же сеанса.

Таблица 2

№	В каком сост. проводились роды и предварит. подготовка.	Общее колич.	Полож. эффект	Отриц. эффект	Частичн. эффект
1	В глубоком эксперим. сне на предварит. сеансах и при родах.	8	3	1	4
2	В поверхн. эксперим. сне в процессе родов.	8	5	—	3
3	В так наз. «постгипнотич.» состоянии, т. е. только подготавлив. сеансы.	19	12	1	6
Всего		35	20	2	13

Методика проведения родов была у нас различная, а именно: 1) в глубоком сне с перерывами; 2) в поверхностном сне с явно выраженной внушенной аналгезией и 3) в так наз. «постгипнотическом состоянии». Что касается результатов, то, как видно из табл. 2-й, из 32 случаев*) мы получили положительный эффект у 20-ти, частичный — у 10-ти, и лишь в 2-х случаях заметного эффекта, в смысле устранения родовых болей, нам получить не удалось, при чем, как это видно из следующей таблицы, причина, повидимому, лежала в недостаточной подготовке и продолжительных родах. Наибольший процент удачных результатов дали роды, проводимые в бодрствующем состоянии, под влиянием внушений, данных на предварительных сеансах — «постгипнотическая реализация внушений». Эти данные по технике проведения и по результатам вполне совпадают с имеющимися в литературе, в частности с работами Cogeger'a, который подчеркивает выгоды этого последнего метода: роды ровно ничем не отличаются от обычных, оставляя матери все субъективные родовые переживания, за исключением болей. К подобным же выводам, независимо от западноевропейских авторов, пришли и русские (проф. Платонов, д-р Николаев и др.).

Влияние внушенных состояний нами было изучено и на продолжительности родов у 16-ти человек (в 8-ми случаях подробно отмечены периоды родов, в других 8-ми случаях установлено только общее количество продолжительности родов). (См. табл. 3).

В представленной таблице общая продолжительность родов, а также течение отдельных периодов было нормальным. Из приведенных в таблице 8-ми случаев родов в глубоком гипнотическом сне лишь в 3-х случаях роды были продолжительны (сл. 4, 6 и 8). Однако в связь с примененным методом обезболивания они не могут быть поставлены. Функция органов при лактации и период послеродовой инволюции не нарушались и протекали во всех случаях хорошо. Что касается плода, то во всех без исключения случаях наших наблюдений не отмечалось каких-либо вредных влияний на проявление новых жизненных функций ни в течение первых недель, ни в периоде дальнейшего развития.

Итак, данные этих наблюдений показывают, что применение гипноза, понимаемого физиологически, на основании учения академиков Павлова и Бехтерева, как

*) О трех случаях родов в постгипнотическом состоянии точных сведений мы не получили.

Таблица № 3

№ по порядку	В каком состоянии проходили роды	Продолжительность родов			Кол-во подготов. сеансов	Результат		Нахождение шницов и кесар. сеч.	Обстан. в психотерапевт. отношен.	ПРИМЕЧАНИЕ
		1 пер.	2 п.	3 п.		Полный или част. эффект	Отрицательный			
1	В глубоком эксперимент. сне . . .	13 ч.	4 ч. 15 м.	40 м.	2	Полный	—	—	Благоприятн.	Частичн. амнезия
2	тоже . . .	14 ч.	3 ч. —	35 м.	6	"	—	—	"	—
3	" . . .	12 ч.	2 ч. —	20 м.	8	"	—	—	"	Повторя. роды
4	" . . .	72 ч.	1 ч. —	1 ч. 30 м.	10	Частичн.	—	Под общ. нарк.	"	—
5	" . . .	16 ч.	1 ч. 55 м.	40 м.	6	"	—	—	"	—
6	" . . .	78 ч.	2 ч. 30 м.	35 м.	6	—	Отрицат.	Под общ. нарк.	"	За 2 н прерв. подг.
7	" . . .	20 ч.	1 ч. 30 м.	40 м.	8	Частичн.	—	—	"	—
8	" . . .	59 ч.	1 ч. 55 м.	30 м.	10	"	—	Кес. сеч.	"	Прерыв.
9	В поперх. эксперимент. сне с перерывами . .	Не	фикси	ровано	8	"	—	Под общ. нарк.	"	—
10	" . . .	—	—	—	8	Полный	—	—	"	Повторя. роды
11	" . . .	—	—	—	19	Частичн.	—	—	"	Конеч. род. болезнен
12	Поверхн. сон в промежутках . .	—	—	—	10	"	—	—	Не вполне благоп.	Много рожавш. н рожавш. зазе
13	" . . .	—	—	—	8	Полный	—	—	Тоже	Тоже
14	" . . .	—	—	—	8	"	—	—	"	"
15	" . . .	—	—	—	8	"	—	—	Благопр.	—
16	" . . .	—	—	—	9	"	—	—	"	—

процесса тождественного сну, как «частичное условно-рефлекторное торможение коры мозга», а внушенная в этом состоянии анестезия, как «распространение условного торможения» на кожный анализатор, — не только научно обосновано и целесообразно как средство обезболивающее, но необходимо — как успокаивающее и устраняющее страх и боязнь родов. И это обстоятельство должно являться чрезвычайно важным.

Эмоциональные состояния, овладевая женщиной иногда с первых дней беременности, не могут не отражаться и на плоде. В литературе имеется большая казуистика на этот счет. Выравнивая психофизиологическое состояние беременной с помощью соответствующим образом направленного слова, мы несомненно вносим профилактически ценный и биологически полезный фактор. Не вдаваясь в подробности о возможности благотворного влияния на плод, остановимся несколько на эмоциях.

Почти все вышеупомянутые авторы, останавливаясь на происхождении эмоций, рассматривают их как биологически полезные реакции, филогенетически вырабатывающиеся в процессе борьбы за существование.

Саллоп говорит: «так как изменения в организме, вызываемые болевым раздражением или сильным эмоциональным возбуждением, происходят рефлекторно, а рефлекс, как правило, представляет полезную реакцию, мы вправе предположить, что при эмоциях эти реакции полезны». Однако, не отрицая этого — безусловно верного — положения по существу, мы не можем целиком переносить полученные Саллоп'ом и др. экспериментаторами результаты, без соответствующей критики и анализа, на целесообразность эмоций и болей при родах в том виде, как они обычно переносятся женщинами. Целесообразность родовых болей может заключаться лишь в том, «что они являются предвестником, указывающим женщине на приближение важнейшего в ее жизни физиологического акта, на дальнейшее их нарастание, вплоть до весьма интенсивных и мучительных, совершенно излишних с точки зрения той же целесообразности». Не будем подробно останавливаться на отрицательном влиянии психических переживаний на физиологические процессы, отсылая интересующихся к достаточно полной по этому вопросу литературе (Féré, Mosso, Hak Tuke и др.) и не останавливаясь на примерах всем известного «пагубного влияния т. н. психических травм», на астенических и стенических отрицательных эмоциях, провоцирующих скрытые болезненные формы, — коснемся лишь анализа некоторых фактов полученных исследований, при эмоциях — с одной стороны, и беременности и родах — с другой. Как известно, наиболее значительным действием, вызываемым эмоциональными раздражителями, является выделение адреналина. Последний, в свою очередь, освобождает сахар из накопленных в печени запасов его, и часто в таком количестве, которого организм не в состоянии потребить. Это ведет к появлению сахара в крови — к гипергликемии, и в моче — к гликозурии. Тот факт, говорит Саллоп, что при сильной эмоции повышается секреция адреналина, а введение последнего в организм вызывает гликозурию, дает право предположить, что гликозурия может наступить в результате эмоционального возбуждения; Перитц указывает, что волнение и страх могут вызвать раздражение этих центров с последующей гипергликемией (цит. по Шалыту).

Что же говорят исследования, произведенные при беременности и родах? Не указывают ли они на пагубное влияние отрицательных эмоций роженицы, на излишнюю «нагрузку» организма женщины, на биологическую полезность устранения их? Мы думаем, что они являются совершенно излишними для правильного течения родов, и устранение их является биологически ценным. Это, повидимому, вытекает из следующего: Ни и Schneider установили, что содержание адреналина в крови беременных повышается при родах. Leuding, производивший в 1923 г. исследования сахара в крови беременных, всегда обнаруживал значительную гипергликемию в периоде изгнания. Далее Frey указывает, что такого рода гипергликемия обнаруживалась им в 70% всех случаев, при чем указанный автор говорит, что объяснить эту гипергликемию исключительно мускульной работой, которую выполняют матка и брюшной пресс женщины во время родов, нет оснований, так как по исследованию Strauba, при усиленной мускульной работе количество сахара в крови уменьшается, а эта гипер-

гликемия наступает вследствие раздражения вегетативной нервной системы, геср. путем эмоциональным.

Чрезвычайно ценные и интересные в этом отношении данные получены д-ром Л. Г. Шалыт, а именно: у *первородящих* отмечается послеродовая *гипергликемия* в 60%, у *повторнородящих* с малоразвитой подкожной клетчаткой, занимающихся физическим трудом и сравнительно *легко переносивших родовой акт*, количество сахара и крови или *совсем не подвергалось колебаниям*, или подвергалось весьма незначительным.

Принимая во внимание эти данные, приходится констатировать, что возрастание количества сахара во время родов находится в некоторой связи со степенью и силой родовой деятельности.

И прав д-р Шалыт, когда говорит, «что переживания, которые переносит женщина во время родов, особенно первородящая, могут вызвать раздражение соответствующего центра в головном мозгу с передачей этого раздражения надпочечнику и последующей гипергликемией». Но если это так, если при родах колебания сахара зависят от волнений и болей, то, естественно, напрашивается мысль, что, с устранением этих болей и страха соответствующим образом направленным на эмоциональное состояние словом, мы изменяем и биохимические процессы в полезном, биологически ценном направлении, ослабляя раздражение вегет. н. с. и уменьшая этим излишнюю трату веществ. Исследования д-ра Шалыта указывают на то, что отсутствие гипергликемии у повторнорождающих не является препятствием к развитию необходимой мускульной энергии, приток которой по Саттон'у тесно связан с присутствием сахара в крови. Сохраняя уравновешенное эмоциональное состояние беременной и роженицы, мы сохраняем запасы гликогена и в то же время не мешаем нормальному родоразрешению, предохраняя при этом нервную систему плода от вредностей, связанных с отрицательной эмоцией матери.

Суммируя данные наших наблюдений, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Метод словесного обезболивания родового акта является заслуживающим внимания.
2. Рассматривая состояние гипноза в современном физиологическом освещении, как состояние сонного торможения, мы считаем, что оно не является вредным ни для беременной, ни для плода. Пользуясь этим состоянием, выраженным в той или иной степени, мы легче вызываем условное торможение болевого анализатора словесным раздражителем.

3. Словесное условно-рефлекторное торможение болевого анализатора при родах является не только целесообразным, но и биологически ценным, как как «выравнивая психо-физическое равновесие роженицы и устраняя боли, страхи и др. отрицательные эмоции, мы избавляем организм женщины от соответствующих биофизических процессов, сопровождающих их».

4. Наилучшим методом проведения обезболивания родового акта мы считаем подготовку ее в гипнотических состояниях различных степеней и проведение самого родового акта в бодрствующем постгипнотическом состоянии, оставляя матери все субъективные переживания.

5. Необходимо считать полезным и биологически ценным для организма женщины, геср. плода, устранение психотерапевтическим путем отрицательных эмоций беременных, являющихся невротической реакцией на предстоящий родовой акт.

ЛИТЕРАТУРА

Бумм. Руководство по акушерству. Гринберг. Acta medica вып. 13 за 1927 г. Бакшт Г. Беременность и обмен веществ. 1928 г. Платонов К. Внушение и гипноз в практич. медицине, 1925 г. Доклады в психотерап. секции X. М. О. Перитп. Введение в клинику внутренней секреции. 1924 г. Cril. Berichte über die gesamte Psychologie etc. Bd. VII H. 133 Eckert. Zentralblatt f. Gyn. № 44. W. Cannon. Физиология эмоций. 1927 г. Бехтерев В. М. Общие основы рефлексологии человека. 1926. Сборник посвященный 75-му юбилею акад. Павлова. Уотсон. Психология как наука о поведении. Проф. Платонов и д-р Шестопал. Гипноз и внушение в акушерстве и гинекологии. 1952. Шалыт Д. Труды седьмого всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Ленинград. 1927 г. Николаев А. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. 1928.

ZUSAMMENFASSUNG

ZUR FRAGE ÜBER DIE ZWECKMÄSSIGKEIT UND DEN BIOLOGISCHEN WERT DER PSYCHOTHERAPIE BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

von Dr. P. P. Istomin, Assistent

(Aus dem Psychoneurologischen Dispensaire des Ukr. Psychoneurologischen Institutes, Direktor Prof. A. J. Heymanowitsch, und dem Kabinett für Psychotherapie der Fakultätsklinik für Nervenkrankheiten des Medizinischen Institutes, Direktor des Kabinetts Prof. K. I. Platonow)

Die Anwendung der Psychotherapie, speziell der Hypnose, bei Schwangerschaft und Geburt muss, gleich jeder anderen Heilmethode, nach den beiden wichtigsten Momenten bewertet werden, auf denen die moderne Therapie eines jeden Leidens begründet ist. Dies sind, erstens: die Kenntnis der pathophysiologischen Erscheinungen, welche die entsprechende Krankheit ausmachen und, zweitens, die Bekanntschaft mit den Grunezügen der bio-physiologischen Einwirkung desjenigen Heilverfahrens auf den Organismus, des zur Wiederherstellung der normalen Zustandes des gezunden Organismus notwendig anzuwenden ist. Die Schmerzempfindungen unter der Geburt bewirken nicht selten einen pathologischen Zustand, der nach Krönig, Eckert, Criell u. and. tiefgreifende und konstante Veränderungen in den vitalen Geweben des Organismus der Kreissenden bedingt. Besonders heftig können die Schmerzempfindungen während des Geburtsaktes sein, wenn pathologische Alterationen der Gebärmutter oder der Frucht vorhanden sind.

Die Unvermeidlichkeit der Schmerzen bei der Geburt und auch die Angst davor können nach dem Typus von bedingten Reflexen auftreten, gleich jeder anderen Emotion, nach der Lehre der reflektologischen Schule. So sagt Prof. W. P. Ossipow, dass emotionelle und affektive Prozesse sich nach dem Typus von bedingten Prozessen entwickeln, wobei es physiologische, streng materielle Prozesse sind, die mit subjektiven, resp. psychischen Folgen verbunden sind. Die biochemischen Untersuchungen der amerikanischen Physiologen Cannon u. and. haben festgestellt, dass bei starker Emotion die Sekretion von Adrenalin im Blut gesteigert wird, wonach Hyperglykaemie eintritt. Auch die Untersuchungen von Neu, Schneider, Leuding u. Dr. Schaliott (Leningrad) haben das Vorhandensein einer Hyperglykaemie während der Geburtsperiode bestätigt, wobei dies bei Erstgebärenden besonders stark ausgeprägt war (Dr. L. Schaliott). Die erwähnte Hyperglykaemie ist von einer Reizung der Zentren des vegetativen Nervensystems abhängig, die unter Einfluss von Angst und Schmerzen zustandekommt. Somit erscheint die Anwendung der Hypnose, die physiologisch und auf Grund der Lehre der Akademiker N. Pawlow und Bechterew aufgefasst wird, als ein dem Schlafe identischer Prozess (als «bedingt-reflektorische Hemmung der Hirnrinde, zwecks Herstellung des psycho-physiologischen Gleichgewichtes der Schwangeren»), der Beseitigung von Angst und Befürchtungen der Geburt dient, nicht allein zweckmässig, sondern biologisch höchst wertvoll ist. Der Autor hat Suggestion während des Geburtsaktes in tiefer Hypnose, in leichtem halb-somnolenten Zustand und im sog. posthypnotischen Zustande angewendet und zwar insgesamt in 32 Fällen, wobei in 30 Fällen positive Resultate verzeichnet werden konnten. Unangenehme Folgen waren weder bei Mutter, noch bei Kind zu beobachten. Die Geburt dauerte eine normale Zeitspanne, bei der Mutter blieben alle subjektiven Empfindungen erhalten, ausser der Angst und der Schmerzen. Die beste Methode für die Durchführung der Geburt ist der posthypnotische Wachzustand nach vorhergegangene Vorbereitung zu demselben.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стор.
Предисловие	5
К. И. Платонов.— В. М. Бехтерев, как гипнолог и психотерапевт	7
К. И. Платонов.— Слово, как физиологический и лечебный фактор	11
I. Слово, как сочетательный, условный раздражитель	13
II. Слово, как предмет специального лабораторного исследования	18
III. Влияние словесного раздражителя на состояние всей вегетативной нервной системы	23
IV. О влиянии словесного воздействия на степень сонного воздействия	39
V. Влияние словесного раздражителя на органы чувств	49
VI. Об извращенных реакциях и. с.	56
VII. Влияние словесного воздействия на водообмен	61
VIII. Влияние словесного раздражителя на углеводный обмен	66
IX. Влияние словесного раздражителя на состояние голода и сытости	68
X. Влияние словесного раздражителя на рвотный центр	70
XI. О влиянии словесного раздражителя на сосудодвигательную систему, трофическую и др. функции вег. н. с.	74
XII. Слово и эмоциональные реакции	77
XIII. О слове, как лечебном факторе	81
XIV. К психотерапии психо-неврозов	86
XV. Врач, больной и знахарь	102
Заключение	107
Литературный указатель	117
А. М. Цыкин.— Кровяное давление в гипнозе	123
А. М. Цыкин.— Пульс и дыхание в состоянии бодрствования и в гипнотическом состоянии	141
Р. Я. Шлифер.— О влиянии инъекций адреналина на кровяное давление во время экспериментального сна (гипноза)	167
А. Н. Мацкевич.— К вопросу о влиянии экспериментального сна (гипноидного состояния) на высшие нервные функции	173
К. И. Платонов и Е. А. Приходивный.— К объективному доказательству экспериментального изменения личности	191
И. М. Аптер.— Вопросы методики и практики психотерапии	205
П. П. Истомин.— К проблеме морфинизма	251
Ф. Б. Цейкинская и Н. Л. Утевский.— К амбулаторному лечению алкоголиков	267
Р. Я. Шлифер.— О значении психотерапевтического воздействия на туберкулезных больных	285
М. И. Пайкин.— К вопросу о применении словесной терапии при рвоте беременных	301
Р. Я. Шлифер.— К словесному обезболиванию родового акта	307
П. П. Истомин.— К психотерапии и биологической ценности ее при беременности и родах	319

INHALT

	Seite
K. Platonow. Das Wort als physiologischer - und Heilfaktor	120
A. M. Zynkin.-- Der Blutdruck in der Hypnose	140
A. M. Zynkin.-- Puls und Atmung im wachen Zustande und in der Hypnose	165
R. J. Schliffer.-- Zur Frage über den Einfluss der Adrenalininjektionen auf den Blutdruck in hypnotischem Zustande	172
A. Mazkewitsch.-- Zur Frage der Wirkung des experimentellen Schlafes (hypnotischen Zustandes) auf die psychischen Funktionen	189
K. Platonow und E. Prichodiwny.-- Zum objectiven Beweis der Veränderung der Persönlichkeit durch Suggestion	203
I. Apter.-- Probleme der Methodik und Praxis der Psychotherapie	248
P. Istomin.-- Zum Problem des Morphinismus	266
Zeikinskaja und N. Utewsky.-- Zur ambulanten Behandlung von Alkoholikern	284
R. J. Schliffer.-- Über die Rolle der Psychotherapie bei der Behandlung von Tuberkulosekranken	298
M. Paikin.-- Zur Frage nach der Anwendung der Worttherapie bei Hyperemesis Gravidarum	305
R. J. Schliffer.-- Zur verbalen Schmerzstillung des Geburtsaktes	318
P. P. Istomin, Assistent.-- Zur Frage über die Zweckmässigkeit und den biologischen Wert der Psychotherapie bei Schwangerschaft und Geburt	326



ОПЕЧАТКИ

Страница (сборника)	Строка	Напечатано	Нужно читать
40	3 под рис. 21	дыхательную	двигательную
47	25 снизу	торможения». Как	торможения. «Как
56	3 снизу	немало важное	немаловажное
73	3 сверху	рис. 60	рис. 61
•	28 снизу	рис. 61	рис. 60
74	8 снизу	все это акушерам в виду	все это необходимо иметь
		необходимо иметь	в виду акушерам
78	9 сверху	поясвой	ясвой
83	3 снизу	«сомнамбул».	«Сомнамбул»?
93	2 снизу	психоневрол.	психотерап.
97	14 снизу	бесных мыслей	больных, приведенных для
			подтверждения мыслей
112	16 сверху	так применение	так и применение
115	2 снизу	150)	151)
•	11 снизу	учения	учение