

КЛИМЕНТИЙ МАТУСОВИЧ ВАРШАВСКИЙ

Гипносуггестивная терапия

(лечение внушением в гипнозе)

Редактор С. С. Либих
 Художественный редактор А. И. Приймак
 Технический редактор Т. И. Вугорова
 Корректор Р. И. Гольдина

Сдано в набор 11/XI 1972 г. Подписано к печати 14/III 1973 г. Формат
 бумаги 84 × 108¹/₂. Печ. л. 6,0. Бум. л. 3,0. ЛВ-57. Тираж 10 000 экз. Учетно-
 над. л. 11,78. Условных л. 10,08. Заказ 393. Цена 59 коп. Бумага типограф. № 2.

Ленинград «Медицина». Ленинградское отделение. 192104. Ленинград, ул. Не-
 красова, д. 10.

Ордена Трудового Красного Знамени
 Ленинградская типография № 2
 имени Евгении Соколовой «Союзполиграфпром»
 при Государственном комитете Совета Министров
 СССР по делам издательства, полиграфии
 и книжной торговли
 г. Ленинград, Л-52, Измайловский проспект, 29

В $\frac{531-46}{039 (01)-73}$ 112-73

ВВЕДЕНИЕ

Гипносуггестивная терапия является одним из разделов психотерапии.

Что же такое психотерапия?

Психотерапия — это воздействие врача на психику больного в целях его лечения, для устранения более или менее временных патологических состояний, возникших в результате заболеваний. Она состоит из разъяснений, убеждения и ободрения в бодрствующем состоянии, внушения в гипнотическом сне и во внушенном отдыхе. Психотерапия имеет своей задачей выяснить причины возникновения заболеваний, связанных с нарушением высшей нервной деятельности, роль личности больного в патогенезе болезни, устранить имеющиеся функциональные нарушения, по возможности изменить отношения и установки личности больного для наилучшего приспособления его к окружающей среде.

М. С. Лебединский определяет психотерапию как «целенаправленное, планомерное, учитывающее не только особенности и состояние организма в целом, но и социальную природу, личность человека, врачебное воздействие на психику больного в целях лечения его психики, его нервной системы, в соответствующих случаях и всего организма в целом»¹. А. Г. Иванов-Смоленский и К. И. Платонов рассматривают психотерапию как речевую терапию.

К. И. Платонов ставит перед психотерапией следующие основные задачи:

1. Вскрытие конкретных причин, предрасполагающих и вызывающих развитие функционального нарушения высшей нервной деятельности.
2. Устранение действия факторов, функционально ослабивших кору мозга, что содействует повышению

¹ М. С. Лебединский. Очерки психотерапии. М. 1959, стр. 4.

положительного тонуса коры, снижению перенапряжения основных корковых процессов или их подвижности, устранение эмоций отрицательного характера.

3. Устранение имеющихся функциональных нарушений высшей нервной деятельности, в том числе нарушения нормального динамического стереотипа и патологических временных связей, создание адекватных корковых отношений, содействуя этим восстановлению работоспособности больного.

4. Содействие приспособлению больного к условиям внешней среды, путем коррекции его поведения соответственно этим условиям и предохранения от возникновения различных нарушений в будущем¹.

Пути для осуществления этих задач К. И. Платонов считает: а) успокоение, разъяснение и убеждение при активном участии самого больного; б) прямое или косвенное внушение в бодрствующем состоянии; в) мотивированное внушение во внушенной дремоте или сне (гипнозе).

В. Н. Мясищев не вполне удовлетворяет рассмотрение психотерапии как речевой терапии; содержательные, выразительные и действенные элементы психотерапии заключаются, по его мнению, не только в речи, но и в мимике, пантомимике, в воспроизведении и связи с речью врача огромного множества ассоциативных связей, насыщенных образами и пронизанных эмоциональными компонентами².

В число задач психотерапии следует поставить еще выработку у пациента положительного отношения к лечению, возбудить в нем надежду на выздоровление. Еще Вольтер указывал на то, что надежда на выздоровление — половина выздоровления.

Не следует смешивать убеждение с внушением. Убеждение — это воздействие одного человека на другого доводами разума; это сознательное восприятие слова. Внушение — это также словесное воздействие, но воспринимаемое без критики.

Задачей своей монографии «Слово как физиологический и лечебный фактор» К. И. Платонов поставил:

¹ К. И. Платонов. Психотерапия и воздействие врача на больного в процессе их общения. *Вопр. психотер. М.*, 1958, стр. 27.

² В. Н. Мясищев. Некоторые вопросы теории психотерапии. *Вопр. психотер. М.*, 1958, стр. 13.

«показать, что именно может дать и дает при определенных условиях психотерапия», и далее он указывает: «для широкого внедрения в медицинскую практику методов психотерапии нужны именно факты, прямым образом свидетельствующие об ее действенности»¹. Мы и считаем нашей задачей представить вниманию читателя такие факты, которые позволили бы в еще большей мере способствовать широкому внедрению в медицинскую практику одного из методов психотерапии, именно внушения в гипнотическом сне (гипнозе).

Внушение в гипнотическом сне не может быть отделено от других методов психотерапии и тесно увязывается с ними. Начало психотерапевтического воздействия должно быть положено лечащим врачом, продолжено в первой беседе гипнологом, затем им же — во время внушенного сна и при каждой последующей встрече с больным.

Наши наблюдения относятся главным образом к результатам лечения внушением в гипнозе, но это не исключает психотерапевтического воздействия в бодрствующем состоянии, которым мы дополняем лечение.

Из большого числа наблюдений, превышающих 3400 человек, мы выбрали наиболее демонстративные, которые и представляем вниманию читателя.

Лечение внушением в гипнотическом сне, который в дальнейшем мы для краткости будем именовать «гипнозом», гипносуггестивная терапия, как следует из самого названия, состоит из двух элементов: гипноза (внушенного сна) и внушения в гипнозе. Каждый из этих элементов по себе оказывает лечебное воздействие, но в их совокупности эффективность лечебного воздействия значительно возрастает. А. А. Токарский подчеркивает, что гипнотический сон является средством, успокаивающим и укрепляющим нервную систему в большей степени, чем сон обыкновенный.

Вопросы психотерапии, в том числе и внушения в гипнозе, разрабатывались многими авторами, и по ним имеется обширная литература. В книге А. П. Слободяника «Психотерапия, внушение, гипноз» приведено более 525 литературных источников отечественных и зарубежных

¹ К. И. Платонов. Слово как физиологический и лечебный фактор. М. (3-е изд.), 1962.

ных авторов, что составляет лишь часть имеющейся литературы по вопросам гипноза.

Гипноз на различных исторических этапах то привлекал к себе внимание медицинской общественности, то предавался забвению. И в настоящее время метод гипно-суггестивной терапии не занимает еще того места, которое он по праву должен был бы занимать. А между тем эффективность гипно-суггестивной терапии настолько очевидна, что врачи, которые по-настоящему знакомы с ее результатами, очень быстро становились ее приверженцами. К сожалению, в общей врачебной массе мы все еще встречаемся с явной недооценкой метода гипно-суггестивной терапии.

В 1950 г. на объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР был рассмотрен вопрос о более широком внедрении в практическую работу научного наследия И. П. Павлова. Казалось бы, что после сессии такие вопросы, как создание лечебно-охранительного режима, применение гипноза с лечебной целью и ряд других, должны были бы найти широкое применение в лечебных учреждениях. Однако эти вопросы до сих пор не нашли еще удовлетворительного разрешения. Трудно найти такое лечебное учреждение, в котором не имели бы места большие или меньшие погрешности в проведении лечебно-охранительного режима. Внушение же в гипнозе в качестве лечебного метода применяется только в считанных лечебных учреждениях. Исключение составляют только те клиники, в которых лечение внушением в гипнозе находит свое применение. Но таких клиник очень мало. Даже в специальных лечебных учреждениях для страдающих неврозами гипноз применяется реже имеющихся к нему показаний.

Чем же можно объяснить все это? Можно ли объяснить это тем, что гипно-суггестивная терапия как метод не оправдывает себя? А может быть, проведение гипно-суггестивной терапии является настолько сложным делом, что лечебные учреждения не могут ввести ее в повседневную практику? Упирается ли решение этого вопроса в сложность подготовки специальных кадров или в вопросы организационного характера?

Постараемся ответить на каждый из этих вопросов.

Как мы уже указывали ранее, о психотерапии и гипнозе имеется весьма обширная литература, как отече-

ственная, так и зарубежная, в которой с большой убедительностью говорится о месте и значении психотерапии и, в частности, внушения в гипнозе, в общем комплексе лечебных мероприятий. И наш скромный опыт, как это будет видно из последующего изложения, подтверждает, что внушение в гипнозе в общем комплексе лечебных мероприятий усиливает их эффективность, а в ряде случаев является единственно действенным методом лечения. Как часто у больных, у которых медикаментозное, физиотерапевтическое и другое лечение длительно не давало положительных результатов, лечение внушением в гипнозе в сравнительно короткие сроки оказывало благоприятное воздействие и приводило к выздоровлению.

К сожалению, вопросы психотерапии не находят должного отражения в преподавании в медицинских институтах. Лишь в последние годы в программы медицинских институтов включен небольшой курс медицинской психологии, а в двух институтах усовершенствования врачей (Москва, Харьков) проводится специализация врачей по психотерапии. Однако этого, конечно, абсолютно недостаточно, и многие молодые врачи, да и не только молодые, имеют весьма смутное представление об этом методе лечения. Все это приводит к тому, что значительная часть врачей прикрывает свое незнание гипно-суггестивной терапии скептическим отношением к ней. Вот почему гипноз даже среди значительной части врачей все еще овеян известной долей мистицизма, само проведение гипноза кажется им излишне сложным, а в гипнологе они видят человека, наделенного какими-то особыми качествами. Больше того, можно определенно указать на то, что среди большого количества врачей существует предубеждение в целесообразности применения гипноза в лечебных целях. Следует вспомнить слова одного из основоположников применения гипноза в лечебных целях А. А. Токарского, который, выступая на IV съезде русских врачей в Москве в 1891 г., сказал: «Смешно было бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку, за дверьми храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его достаточно понянчили и захватили своими руками. В зависимости от более правильной оценки явилось и более правильное практическое применение гипнотизма, достигшее в настоящее время терапевтического метода».

Как часто нам приходилось буквально «поражать» врачей, впервые присутствовавших при проведении сеанса гипносуггестивной терапии. Особенно их удивляли: отсутствие каких-либо сложных манипуляций, особой обстановки, быстрота вхождения больных в гипнотический сон и ближайшие положительные результаты внушения. Им все казалось, и об этом они потом говорили, что у гипнолога имеются какие-то свои секреты, которые он не хочет им раскрыть. Только после повторных посещений гипнокабинета и ознакомления с теоретическими основами метода, недоумение их рассеивалось, появлялось желание самому испробовать свои силы, и постепенно появлялась уверенность в возможности осуществления своего желания.

Мистицизм полностью развеян учением И. П. Павлова, который нашел точное физиологическое обоснование явлениям гипноза и внушения.

Что же касается вопросов подготовки специальных кадров и организации гипносуггестивной терапии, то и они не представляют большой сложности. Необходимо помещение под гипнотарий (гипнокабинет), оборудованное обычным больничным инвентарем, по возможности изолированное от внешних шумов.

Метод гипносуггестии требует, конечно, определенных навыков, но ими можно овладеть так же, как и навыками в любой медицинской специальности. Что же касается «особых качеств» врача-гипнолога или, как многие предполагают, «особой силы воли», черных глаз и т. д., то это не имеет существенного значения. Речь может идти только о способностях того или иного врача лучше и быстрее освоить основы теории и овладеть необходимыми практическими навыками.

Знакомство современных врачей с учением И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, знание методики усыпления и применения гипноза, представление о необходимых предосторожностях обеспечивают возможность врачу любой специальности пользоваться методом гипносуггестивной терапии. Метод этот может быть изучен в сравнительно короткое время. Главное, что требуется от врача, желающего работать в области гипносуггестивной терапии, — это уверовать в действенность метода, в свою способность ввести пациента в гипнотический сон и, конечно, хорошее знание психотерапии. Личные качества

врача могут иметь значение в отношении мягкого, внимательного и чуткого подхода к больному, который буквально с первого момента общения с врачом должен почувствовать в нем друга и полностью раскрыться перед ним.

Больной должен чувствовать также, что врач проявляет к нему не формальный, а истинный интерес и стремится всеми силами помочь ему в устранении заболевания. Только такие врачи могут рассчитывать на успех.

Метод гипносуггестивной терапии имеет определенные границы применения и требует от применяющего его надлежащей подготовки. Обычно начинающим кажется наиболее трудным введение в гипноз. Однако это не так. Гипнотизированию можно научиться сравнительно быстро. Вопрос подготовки специальных кадров обеспечивается организацией двух кафедр психотерапии в Москве и Харькове, где врачи могут пройти усовершенствование в этой области. Такое усовершенствование может быть проведено и в тех клиниках, в которых широко используются психотерапия и гипносуггестивная терапия, например в клинике неврозов им. акад. И. П. Павлова и в Институте им. В. М. Бехтерева в Ленинграде, и др.

Наиболее сложной частью метода является внушение, т. е. то его содержание, которое должно оказать лечебное воздействие. Именно с помощью внушения в гипнозе можно воздействовать на самые разнообразные функции человеческого организма. Поэтому основной задачей гипнолога является подбор такого содержания внушения, которое строилось бы на четком знании особенностей личности больного, патогенеза и клиники заболевания, всех обстоятельств психологической ситуации, в которой находится больной.

Следует напомнить, что в повседневной работе врач любой специальности является в какой-то мере психотерапевтом. Еще Платон писал: «Это величайшая ошибка при лечении, что имеются врачи для тела и для души, когда ведь и то и другое не может быть разъединено. Но именно на это врачи не обращают внимания, и только поэтому от их наблюдения ускользает так много болезней. Они именно не видят целого. Именно целому они должны были бы посвящать свою работу, потому что там, где целое себя плохо чувствует, часть никоим образом не может быть здорова»

И в наше время еще встречаются врачи, забывающие об этой стародавней истине.

И. П. Павлов указывал на то, что необходимо, чтобы пациент активно помогал врачу и шел полностью навстречу его усилиям. Для этого больному следует указать на причину происхождения его болезни, дать оптимистическую оценку его заболевания, познакомить с планом лечения. Активность больных имеет особенно большое значение при проведении психотерапии. Результатом психотерапевтических бесед может быть перестройка неправильных представлений, отношений и чувств. Все это создаст необходимый контакт между пациентом и врачом и будет способствовать психотерапевтическому воздействию.

В отношении безнадежных больных врачу необходимо соблюдать известный такт в беседе с больным. Даже в таких случаях врач-психотерапевт может принести больному большую пользу.

В. Н. Мясищев указывает, что наиболее важным является то, что самые тяжелые состояния, внешние и внутренние конфликтные отношения, тягостные переживания устраняются психотерапией. Не случайно В. М. Бехтерев указывал на то, что «если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач».

Врач любой специальности обязан одновременно быть и психотерапевтом. Ему необходимо повседневно воспитывать в себе качества психотерапевта. Психотерапевт, воздействуя на психику больного через кору головного мозга, одновременно воздействует на весь организм.

Внушение в гипнозе, как правило, позволяет в еще большей мере усилить психотерапевтическое воздействие. Вот почему метод гипносуггестивной терапии может и должен найти широкое применение при лечении больных самых разных категорий как в стационарах, так и в поликлиниках.

Часто задают вопрос, могут ли женщины-врачи овладеть этим методом? По мнению К. И. Платонова, женщины, часто обладающие большими душевными качествами и более мягким подходом к больным, могут добиться большего успеха при применении внушения в гипнотическом сне. Среди наших учеников было много женщин-врачей, успешно освоивших гипносуггестивную терапию и работающих в настоящее время в этой обла-

сти. Интересно отметить, что больше половины из них начинали свое знакомство с гипносуггестивной терапией в качестве пациенток. Убедившись на себе в эффективности этого метода лечения, они становились его приверженцами и приступали к изучению гипносуггестивной терапии.

Является ли этот метод трудоемким? Первичное знакомство с больным отнимает достаточно большое время — от одного до полутора и более часов. Повторные сеансы требуют сравнительно небольшого времени. Опрос больного о результатах предшествующего сеанса требует известного времени. Повторное введение в гипноз достигается быстро и врач затем проводит лечебное внушение. Выведение из гипноза требует всего 1—2 минуты. Повторные сеансы мы проводим одновременно для 3—4 больных, а иногда и для большего их числа, в зависимости от количества коек в гипнокабинете.

Все это дает возможность на протяжении 30—40 минут провести лечение трем-четырем больным, включая в это время и 20—25 минут внушенного сна для каждого. Время, свободное от проводимых внушений, может быть использовано для соответствующих записей в историях болезней.

В более сложных случаях бывают необходимы повторные, более длительные беседы с некоторыми больными. Введение в гипноз, внушение и выведение из гипноза мы проводим каждому больному индивидуально.

В штате лечебных учреждений, за крайне редкими исключениями, не предусмотрены должности гипнологов. Ординаторы, загруженные в достаточной мере текущей работой, не имеют возможности выделить какую-то часть своего рабочего времени для проведения гипносуггестивной терапии. Хроническая перегрузка лечебных учреждений часто не дает возможности выделить специальное помещение для организации гипнокабинета. Вот те главные организационные трудности, которые следует преодолеть.

Из всего вышесказанного следует, что введение метода гипносуггестивной терапии в комплексе лечебных мероприятий в любом из лечебных учреждений будет полезным. Оно поможет получить более быстрые положительные результаты лечения, а также будет еще способствовать уменьшению продолжительности койко-дня. Многие больные после небольшого количества сеансов

гипносуггестивной терапии могут быть переведены на амбулаторное лечение. Обстоятельство, которое в условиях еще имеющегося недостатка коек в больничной сети имеет немаловажное значение.

Как уже ранее указывалось, мы все еще встречаемся с большим скептицизмом у довольно значительной части врачей, когда ставится вопрос о применении гипноза в лечебных целях. Наряду с этим отмечается стремление многих врачей овладеть методом психотерапии и, в частности гипносуггестивной терапии, для внедрения в свою повседневную практику.

Несмотря на то, что по этим вопросам имеется достаточно обширная литература, врачи, желающие пополнить свои знания в этой области, встречаются с большими затруднениями при попытках приобрести что-либо из специальной литературы. Тиражи новых книг по вопросам психотерапии расходятся буквально в несколько дней и их в дальнейшем достать невозможно.

Наша монография, преследующая цель ознакомить врачей с более чем 20-летним опытом работы по лечению внушением в гипнозе, проводимой на базе филиала госпитальной терапевтической клиники 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова, содержит в сжатом виде те разделы, которые должны помочь врачам, желающим овладеть методом гипносуггестивной терапии, получить полезные сведения. Мы располагаем большим количеством личных наблюдений по применению гипносуггестивной терапии не только при лечении терапевтических больных, но и больных других категорий.

Мы считаем целесообразным привести довольно большое количество наших наблюдений. Что же касается цитируемой литературы, то в библиографический указатель мы включили только тех авторов, данные которых приводятся в нашем изложении. Весьма обширная библиография имеется в монографии П. И. Буля и А. П. Слободяника.

Глава I

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ГИПНОЗА

Лечебные свойства гипноза были известны еще в глубокой древности. В папирусе Эберса (XVI в. до нашей эры) указывается, что возложение рук на голову больного — один из методов лечения, применявшихся в Египте.

В истории гипноза различают три периода:

- 1-й — религиозно-мистический, охватывающий древние и средние века;
- 2-й — метафизический, начавшийся в XVII в. и заканчивающийся в начале XIX в.;
- 3-й период, начало которого связано с именами английского хирурга Брэда и португальского аббата Фарна.

Первый и второй периоды характеризуются тем, что учение о гипнозе было обусловлено верой в существование особых людей, наделенных необыкновенными качествами, способных творить чудеса.

Третий период знаменуется научным подходом к обособлению гипноза.

Ренье описывает гипноз в древнем Египте и в Индии. Китайские колдуны пользовались методом самогипнозирования.

В Асклепиях указано, что йоги использовали гипноз в религиозно-мистических и лечебных целях.

Исходным пунктом для применения пассов следует считать возложение рук священнослужителями при благословении.

В XI столетии на горе Афон проживали монахи-омфалопсихики. Они обнажали свой пупок, скрещивали руки, складывали ноги калачиком и пристально смотрели на него, после чего впадали в религиозный экстаз с галлюцинаторными переживаниями.

В XVI в. знаменитый врач Парацельс впервые применил термин «магнетизм». Он утверждал, что вселенная наполнена магнитной силой, переходящей от звезд к человеку и могущей переходить от человека к человеку. Он считал, что в магните заключается сила, могущая вытянуть из человека болезнь. Поэтому он прикладывал магниты к больным частям тела, что приводило иногда к успешному исцелению.

Большое значение Парацельс придавал вере. Он писал: «Пусть предмет Вашей веры будет действительный или ложный, последствия для вас будут одни и те же. Таким образом, если вера моя в статую святого Петра будет такая же, как в самого святого Петра, я достигну тех же эффектов, каких достиг бы верою в самого святого Петра. Здесь дело идет о суеверии. Со всем тем чудеса творящая вера, все равно истинная эта вера или ложная, она чудеса будет творить всегда»¹.

Пьер Помпонаци (цит. по Бернгейму) еще в XVI в. также указывал, какое большое значение может иметь вера. Он писал: «Легко понять чудесное действие, которое могут оказать вера и воображение, в особенности, когда эти последние бывают как у больных, так и у того, который на них действует. Исцеления, приписываемые некоторым лицам, представляют собой не что иное, как следствие этого воображения, этой веры.

Шарлатанам и философам известно то обстоятельство, что, если вместо останков святого поставить останки всякого другого скелета, больные тем не менее будут выздоравливать, если думают, что приближаются к действительным мощам»².

Говоря об этом, можно отметить, что и в наше время есть люди, которые обращаются к знахарям, и некоторые из них, благодаря вере в силу трав или воды, даваемой знахарями, получают исцеление. Такое же действие оказывает и поклонение святым мощам, купание в священных источниках и т. д.

Все эти «чудесные исцеления» относились главным образом к больным, страдавшим истерическими моносимптомами.

¹ И. Бернгейм. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Пер. с франц., 1887—1888, стр. 1—2.

² Там же.

Трудно учесть в этих случаях, какой огромный вред причиняет такая вера многим тысячам людей, не получающим из-за этого своевременной медицинской помощи.

Венский астролог Гелл применял магниты определенных форм для лечения разных заболеваний и добивался значительных успехов.

Более подробно следует остановиться на двух особенно ярких фигурах в истории гипноза.

Одной из них является Франц-Антон Месмер (1734—1815 гг.), один из образованнейших людей своего времени, имевший законченное медицинское, теологическое и философское образование.

Свою докторскую диссертацию он написал на весьма своеобразную тему «О влиянии планет на человеческий организм». В этой диссертации он указывал на влияние, которое оказывает взаимное притяжение звезд на живые тела при помощи проникающего в них невесомого флюида, распространенного по всей вселенной.

В начале своей врачебной деятельности Месмер, подобно венскому астрологу Геллу, устранял болезненные явления у своих пациентов прикладыванием к больным органам магнитов соответствующей формы.

Историки рассказывают, что однажды его помощники, желая устроить каверзу Месмеру, подсунули ему вместо магнита такой же формы обыкновенное железо. Каково же было их удивление, когда результаты лечения оказались такими же благоприятными, как и при прикладывании магнита. Они рассказали о своей проделке Месмеру и попросили объяснить причину такого явления.

Месмер указал им на то, что в человеческом организме имеется вполне достаточно магнетизма, поэтому нет никакой необходимости прибегать обязательно к магнитам.

В дальнейшем он отказался от применения магнитов и выдвинул свою новую теорию — теорию животного магнетизма.

Животный магнетизм, по убеждению Месмера, присущ всем живым телам. Он представляет собой измененный универсальный флюид.

Последний, проникая в человеческое тело, перерабатывается его органами, пропитывает все его ткани и нервы и придает им те свойства, при помощи которых магнетизер, по своему желанию, влияет на организм.

Некоторые люди, по Месмеру, обладают особенно большим количеством животного магнетизма и могут передавать его другим лицам не только непосредственно, но даже через неодушевленные предметы — воду, дерево и др. К таким лицам Месмер в первую очередь причислял себя.

В нашу задачу не входит описание весьма интересной истории жизни этого замечательного человека, учение которого вошло в историю медицины под названием месмеризма и которое имело в свое время немало приверженцев.

Месмера с одинаковым успехом можно назвать и благодетелем человечества, и величайшим шарлатаном.

Историки указывают на то, что он творил изумительные чудеса, излечивая подчас некоторые заболевания, признанные тогдашними медицинскими светилами неизлечимыми.

Наряду с этим Месмер не останавливался ни перед какими средствами для своего обогащения. Из-за этого, и отчасти из-за боязни конкуренции, он изгонялся из столиц многих европейских государств и вынужден был переезжать в другие страны.

Парижская Академия наук в 1784 г. выделила специальную весьма авторитетную комиссию под председательством знаменитого химика Лавуазье для изучения теорий, выдвигаемых Месмером. Эта комиссия дала уничтожающий отзыв о теории флюидов и животного магнетизма.

Месмер умер на 81-м году в Швейцарии, забытый своими современниками.

Другой яркой фигурой в истории гипноза был английский хирург из Манчестера Брэд (1795—1860). Еще в 1840 г. он высказал предположение о существовании внушения.

С гипнозом Брэд познакомился на сеансах известного в то время гипнотизера Лафонтена, который не был врачом.

Брэд решил использовать то, что увидел на этих сеансах в лечебных целях.

Сам термин «гипноз», принадлежащий Брэду, он произвел от греческого слова «гипнос», что в переводе обозначает сон. В своей книге «Нейрогипнология», написанной в 1843 г., Брэд опроверг теорию флюидов Месмера.

Брэд считал, что гипнотическое состояние сходно с естественным сном, что оно может быть вызвано различными манипуляциями, в том числе словесным внушением.

Сам он вызывал гипнотический сон фиксацией глаз больного на блестящем предмете, а терапевтическое воздействие осуществлял различными манипуляциями.

Успех лечения он приписывал влиянию, оказываемому изменением в кровообращении, в зависимости от искусственно вызываемого состояния покоя или деятельности отдельных членов или всего организма.

Брэд проводил многие операции, в том числе и полостные, под гипнотическим обезболиванием и успешно лечил многие заболевания. Однако он не нашел последователей в своей стране, там было немало злостных критиков, обвинявших хорошего, опытного хирурга в несерьезных занятиях.

Аббат Фариа приехал в Париж из Индии, где он обучился гипнозу. Он также доказал, что для вызывания магнетических явлений не требуется никакой потусторонней силы, что причина сна кроется в самом человеке, который подвергается воздействию магнетизера.

Для вызывания гипноза он применял словесное внушение. Он придавал большое значение вере субъекта, подвергавшегося гипнотизированию, и ожиданию им гипнотических явлений.

Во Франции применение словесного внушения для лечебных целей было введено Льебо в 1860 г.

Льебо считал, что больной усыпляется внушением, т. е. врач проводит в его мозг идею о сне; больной лечится внушением, т. е. в его мозг проводят идею об излечении.

Все результаты исцелений, отмеченные в истории гипноза, по мнению Льебо, зависели от действия внушения.

Восьмидесятые и девяностые годы XIX столетия знаменуются усилением внимания к вопросам гипноза и появлением двух принципиально противоположных школ: Нансийской (психологической) Льебо и Бернгейма и Парижской (неврологической) Шарко.

Бернгейм считал, что гипноз — это внушенный сон, который может быть вызван словесным внушением. В процессе гипноза может быть проведено терапевтическое воздействие (внушение). Роль гипнотической психотерапии, по его мнению, заключается в том, чтобы

вызвать специальное психическое состояние гипноза, а затем использовать с целью лечения искусственно повышенную в состоянии гипноза способность к внушению.

Шарко считал гипноз явлением патологическим и называл гипнотизм искусственно вызываемым истерическим неврозом.

Все свои наблюдения Шарко проводил в парижской больнице Сальпетриер исключительно над больными истерией и считал, что гипнотическое состояние является разновидностью истерического расстройства, вредно действующего на нервную систему.

Такое воззрение столь крупного авторитета, каковым был Шарко, сыграло отрицательную роль в деле дальнейшего изучения и практического применения гипноза в лечебных целях.

Вопросами гипноза занимались многие крупнейшие ученые: Форель, Крепелин, Молль, Бони, Левенфельд и мн. др.

В России первые работы по гипнозу появились в семидесятых годах прошлого столетия.

Профессор Харьковского университета, физиолог В. Я. Данилевский (1852—1939) изучал явления гипноза у животных. Он считал гипноз проявлением эмоционального гипношока, основанного на эмоциях страха.

Он высказал идею о родстве гипноза у животных и человека как по вызывающим гипноз причинам, так и по форме проявления этого состояния. Но в сущность гипноза Данилевскому проникнуть не удалось. Причиной гипноза он считал психическое принуждение, а природой гипноза у человека, как и у животных, он считал паралич воли и самостоятельного мышления.

Московский психиатр А. А. Токарский (1859—1901) в 1887 г. один из первых применил гипноз в лечебных целях. Он разработал основные положения применения лечения в гипнотическом состоянии и пропагандировал этот метод. В своих выступлениях А. А. Токарский доказывал, что гипноз и внушение могут быть широко использованы в лечебных целях. Им были разработаны показания и противопоказания для применения гипноза. Он был инициатором ряда законоположений, ограничивающих круг лиц, коим разрешалось применение гипноза в лечебных целях. Сам он организовал и начал чтение курса гипнотерапии и физиологической психологии в

московском университете. В своей книге «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования» он подверг резкой критике ошибочность суждения Шарко о вреде гипноза.

Отцом русской гипнологии по праву считается выдающийся русский психоневролог В. М. Бехтерев (1857—1927), который посвятил изучению гипноза многие годы своей жизни. Он широко применял гипноз в своей практической деятельности.

Так же, как А. А. Токарский, В. М. Бехтерев широко пропагандировал значение гипноза как лечебного метода.

В. М. Бехтерев придавал большое значение словесному внушению, но указывал также и на влияние физических факторов для погружения человека в гипнотическое состояние. Внушение он считал не чем иным, как вторжением в сознание или прививанием к нему посторонней идеи, прививанием, происходящим без участия воли и внимания воспринимающего лица и нередко без ясного даже с его стороны сознания.

Перу В. М. Бехтерева принадлежит ряд монументальных трудов по гипнозу. Однако В. М. Бехтереву не удалось вскрыть физиологическую сущность самого гипнотического состояния и физиологических механизмов гипноза и внушения.

Эту задачу выполнил И. П. Павлов.

В задачу настоящей книги не входит изложение всех теоретических положений, касающихся гипноза, выдвинутых И. П. Павловым. Однако следует хотя бы кратко напомнить о тех из них, которые помогут в какой-то степени усвоить теоретические основы гипноза.

Глава II

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ГИПНОЗА

Как хорошо известно из трудов И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, работа центральной нервной системы складывается из взаимодействия двух нервных процессов: раздражительного и тормозного.

Тормозные процессы постоянно уравнивают раздражительные процессы, протекающие в центральной

нервной системе. Они дают возможность ориентироваться во внешней среде путем уравнивания и приспособления к ней.

При изучении условных рефлексов И. П. Павлов пришел к необходимости изучения фактов, связанных с изменением силы раздражителя. Для этого им был поставлен ряд экспериментов.

Это изучение показало, что, чем сильнее раздражитель, тем интенсивнее осуществляется вызываемый этим раздражителем эффект, т. е. имеется прямая зависимость величины рефлекса от силы вызывающего его раздражителя.

Наряду с этим И. П. Павловым были установлены и другие факты, а именно: получение слабых реакций на сильные раздражители и наоборот.

Анализ причин обнаруженных факторов привел И. П. Павлова к открытию еще одной формы торможения, которое он назвал запредельным или охранительным.

До этого И. П. Павловым были описаны следующие формы торможения: дифференцировочное, условное, следовое и угасательное.

Как же объясняет И. П. Павлов появление охранительного торможения?

Раздражительность корковых нервных клеток имеет свои пределы, за которыми в них развивается охранительное торможение, предупреждающее разрушение клеток от сверхсильного воздействия.

Именно в предупреждении разрушения клеток и заключается биологическое значение охранительного торможения. Биологическое значение охранительного торможения заключается также и в том, что оно способствует скорейшему восстановлению работоспособности корковых клеток.

Уровень работоспособности корковых нервных клеток может колебаться в зависимости от силы нервной организации животного или человека, от болезненных состояний, ослабляющих нервную систему, и ряда других обстоятельств.

В дальнейшем И. П. Павлов установил, что сон и охранительное торможение являются идентичными процессами.

До И. П. Павлова существовал ряд теорий сна: токсическая, гуморальная, утомления, недеятельности и др.

В 20-х годах нынешнего столетия была выдвинута теория, указывающая на существование в мозгу центра сна и бодрствования и, еще несколько позже, — на существование двух, раздельно существующих центров сна и бодрствования.

И. П. Павлов, обосновывая свою точку зрения на природу сна, писал: «Если в высшем мозгу, в больших полушариях, функционально изолирован тот или иной элемент и в него долбит известное раздражение, исходящее от известного агента, то он непременно, рано или поздно, приходит в недейтельное состояние сна или в гипнотическое состояние», и далее: «всякий раз как выступает на сцену торможение, которое все распределяет по своим местам, одному дает ход, другое задерживает, так непременно рядом появляется сонливость, а в пущем своем развитии и сон»¹.

В другом месте И. П. Павлов пишет: «Торможение есть парциальное, как бы раздробленное узлокалокализованное, заключенное в определенные границы под влиянием противодействующего процесса — раздражения, сон, а сон есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже — на средний мозг». «Никакой противоположности между бодрствованием и сном, — указывает И. П. Павлов, — которую мы обыкновенно привыкли себе представлять, не существует. Все дело сводится только к преобладанию, при известных условиях, то бодрых, то сонных пунктов в массе больших полушарий.

Очевидно, что все чаще поражающие явления человеческого гипноза есть понятный результат того или иного расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы.

Если на пути развивающегося по коре больших полушарий торможения никаких препятствий в виде очагов сильного возбуждения нет, вы получаете общий обыкновенный сон. В случае охвата тормозным процессом только части коры больших полушарий вы будете иметь частичный сон — состояние, обычно называемое гипнозом»².

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч. Изд. АН СССР, 1951, т. III, кн. 2, стр. 412.

² И. П. Павлов. Там же, стр. 393.

Сон наступает под воздействием на центральную нервную систему раздражителей, вызывающих процесс торможения, т. е. отрицательных раздражителей.

Сон легко наступает под действием однообразных, монотонных раздражителей, вызывающих истощение энергетических запасов соответствующих корковых пунктов и возникновение охранительного торможения.

Сон может возникать также по принципу условного рефлекса. Это наш обычный сон, возникающий в определенных условиях, в одни и те же часы и т. д.

Иррадиация торможения, при слабом его напряжении, вызывает особое состояние больших полушарий, называемое гипнозом.

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

При переходе от бодрствования ко сну И. П. Павлов установил ряд гипноидных фаз, в основе которых лежит снижение предела работоспособности корковых клеток. «Эти фазы, — писал он, — представлялись нам, с одной стороны, как разные степени экстенсивности торможения, т. е. большего или меньшего распространения торможения как по различным областям самих полушарий, так и по различным отделам головного мозга, а с другой — как разные степени интенсивности торможения в виде различной глубины торможения на одних и тех же местах»².

Вначале, при некотором снижении работоспособности корковых клеток, они теряют способность равно реагировать на раздражители разной силы и начинают одинаково реагировать на сильные и слабые раздражители.

Эту фазу И. П. Павлов назвал уравнивающей.

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч. Изд. АН СССР, 1951, т. III, кн. 2, стр. 413—414.

² И. П. Павлов. Там же, стр. 127.

При большей степени торможения предел работоспособности корковых клеток еще больше снижается и за предельное торможение снижает величины рефлексов на сильные раздражители больше, чем на слабые. Получается, что слабые раздражители начинают больше действовать, чем сильные.

Эту фазу И. П. Павлов назвал парадоксальной.

В дальнейшем получается еще более сложное физиологическое явление, когда положительный раздражитель не вызывает эффекта, а отрицательный его вызывает, т. е. получается извращение эффекта.

Эту фазу И. П. Павлов назвал ультрапарадоксальной.

Объясняется она тем, что при снизившейся работоспособности корковых клеток в положительном пункте больших полушарий за предельное торможение подавляет раздражительные процессы, в результате чего условный рефлекс на положительный раздражитель не осуществляется, а тормозной раздражитель вызывает положительный эффект.

Наркотическая фаза характеризуется постепенным, равномерным падением величины всех условных рефлексов и, наконец, состояние коры больших полушарий, при котором отсутствует реакция как на положительный, так и на отрицательный условные раздражители, обозначено И. П. Павловым как фаза полного торможения.

И. П. Павлов в дальнейшем стремился применить полученные им данные к решению практических задач, важных для укрепления здоровья человека, для его благополучия. Ряд своих наблюдений он перенес в клинику и пришел ко многим, весьма интересным выводам, в результате которых изменились взгляды на патогенез ряда заболеваний, происхождение отдельных симптомов, а также на некоторые принципы терапии.

Так, например, по рекомендации И. П. Павлова была введена терапия сном при неврозах и некоторых внутренних заболеваниях, давшая положительные результаты. Однако отрицательной стороной этого метода является необходимость назначения больным больших доз снотворных, безразличных для организма.

Это обстоятельство заставило сторонников терапии сном изыскивать различные комбинации и варианты дозировок снотворных. В дальнейшем изыскания пошли

по пути выработки динамического стереотипа, условно-рефлекторного сна и др., но и при всем этом приходилось пользоваться хотя и меньшими, но все еще достаточно высокими дозами снотворных.

Наконец, некоторые клиники для получения продленного сна стали прибегать к гипнозу, который, по мнению И. П. Павлова, «является нормальным приемом физиологической борьбы против болезнетворного агента, исключая работу заболевшего мозга и предупреждая опасность более серьезных последствий»¹.

Сон и гипноз при сходстве своей физиологической природы имеют и ряд отличий.

Они отличаются друг от друга тем, например, что во время гипнотического сна сохраняется связь между гипнологом и гипнотизируемым через так называемый сторожевой пункт.

Во время гипнотического сна повышается также внушаемость, в основе которой лежит сужение корковой деятельности.

Это последнее обстоятельство используется с лечебной целью.

В гипнотическом состоянии в отличие от обычного сна торможение охватывает клетки коры больших полушарий не на всем их протяжении. Однако какова бы ни была распространенность торможения, всегда остается бодрствующим один или несколько так называемых сторожевых пунктов.

Через эти сторожевые пункты осуществляется терапевтическое воздействие путем внушения, действие которого может быть сохранено не только во время сеанса, но и на более или менее длительное время после него.

И. П. Павлов дал внушению развернутое физиологическое объяснение. Он писал: «Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека. Слово того, кто начинает гипнотизировать данного субъекта, при известной степени развивающегося в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает, вместе с тем, естественно, глубокое внешнее торможение во всей остальной массе полушарий и тем

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч., 1951, т. III, кн. 2, стр. 340.

самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражения.

Отсюда большая, почти неодолимая сила внушения как раздражителя во время гипноза и даже после него. Слово и потом, после гипноза, удерживает свое действие, оставаясь независимым от других раздражителей, неприкосновенное для них как в момент его первоначального приложения к коре, не бывшее с ним в связи.

Многообъемленность слова делает понятным то, что внушением можно вызывать в гипнотизируемом человеке так много разнообразных действий, направленных как на внешний, так и на внутренний мир человека»¹.

В другом месте И. П. Павлов дает следующее определение внушению и самовнушению: «Внушение и самовнушение — это есть концентрированное раздражение определенного пункта или района больших полушарий в форме определенного раздражения, ощущения или следа его — представления, то вызванное эмоцией, т. е. раздражением из подкорки, то произведенное экстренно извне, то произведенное посредством внутренних связей, ассоциаций, раздражение, получившее преобладающее незаконное и неодолимое значение.

Оно существует и действует, т. е. переходит в движение, в тот или другой двигательный акт, не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражениями, ощущениями и представлениями, — тогда это твердый и разумный акт, как полагается в нормальной и сильной коре, — а потому, что при слабой коре, при слабом и низком тонусе, оно как концентрированное, сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от посторонних необходимых влияний. Это и есть механизм гипнотического и постгипнотического внушения.

Мы имеем в гипнозе и на здоровой и сильной коре пониженный положительный тонус вследствие иррадиированного торможения. Когда на такую кору в определенном пункте как раздражитель направляются слова, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответствующем пункте и сейчас же сопровождается отрицательной индук-

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч., том IV, М., 1951, стр. 429.

цией, которая благодаря малому сопротивлению распространяется на всю кору, почему слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютно неодолимым роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состояние»¹.

Из изложенных кратко физиологических основ гипноза надо подчеркнуть следующее: искусственно вызываемое гипнотическое состояние является охранительным торможением, при котором сохраняется связь гипнолога с гипнотизируемым через сторожевой пункт и резко повышается внушаемость, что может быть использовано в лечебных целях.

В наше время вопросами клинической психотерапии, внушения в гипнозе занимались К. И. Платонов, В. Н. Ясищев, М. С. Лебединский, Н. В. Иванов, В. Е. Рожнов, А. П. Слободяник, С. С. Либих, П. И. Буль, Я. Л. Шрайбер и мн. др.

Следует отметить, что, помимо данных физиологии, для понимания природы и механизмов внушения, имеют большое значение данные экспериментально-психологического изучения личности больного и врача, а также социально-психологические исследования таких проблем, как проблема общения, внушения, подражания и т. д.

В заключение этой главы нам хотелось бы указать на то, что некоторые старые положения, подвергшиеся в свое время критике, теперь вновь обсуждаются рядом исследователей. В частности, это относится к вопросу о применении магнитов в деле лечения некоторых категорий больных. Так, например, японские ученые ввели в употребление магнитные браслеты и утверждают, что эти браслеты оказывают благоприятное воздействие на течение гипертонической болезни и некоторых других заболеваний. Хорошо поставленная реклама привела к тому, что стремление приобрести эти браслеты стало широко распространенным.

Многие из приобретших эти браслеты утверждают, что они почувствовали определенное улучшение в состоянии своего здоровья. На других применение браслетов не оказывало никакого действия.

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч. Изд. АН СССР, 1951, т. III, кн. 2, стр. 207.

Что же приводило к улучшению? Была ли это какая-то, пока еще не установленная, сила магнитного воздействия или сила самовнушения — вера в целебное свойство магнита?

Имеются указания на то, что под воздействием магнитных полей меняется структура воды, меняется скорость осаждения в воде тончайших коллоидных частиц.

Сотрудники Харьковского инженерно-экономического института установили, что при воздействии даже слабого магнитного поля на воду изменяется величина поверхностного натяжения, вязкость, электропроводность и даже плотность, причем эти измененные свойства могут быть выражены в течение нескольких дней.

Пропускание воды через магнитное поле предупреждает образование накипи в паровых котлах при нагреве воды, и это свойство сейчас уже широко используется.

Для магнитной обработки воды достаточно в трубу, по которой течет вода, вставить кольцо с находящимися в нем небольшими магнитами или установить магнит вокруг сосуда, в котором вращается вода. Эти данные приведены в статье «Вода и магнит» проф. В. Классена и канд. хим. наук В. Миличика.

Приведенные данные могут быть, по нашему мнению, в какой-то степени привлечены для объяснения воздействия магнитных браслетов на протекающую в сосудах кровь, для предупреждения отложения холестериноподобных веществ в стенках сосудов при атеросклерозе. Но это, конечно, еще требует специального научного подтверждения.

Глава III

МЕТОДИКА ГИПНОТИЗИРОВАНИЯ И СЛОВЕСНОГО ВНУШЕНИЯ В ГИПНОЗЕ

ВСЕ ЛИ ПОДАЮТСЯ ГИПНОЗУ?

Процент гипнабельности у разных авторов колеблется от 30 до 100% и ставится в зависимость от пола, возраста, типа нервной системы, особенностей личности и др.: у Фореля он — 83, Бернгейма — 90, Веттерстранда — 95, Фогта — 100. Большинство авторов указывают на 80.

По нашим данным, процент лиц, не поддававшихся гипнотизированию в различные годы, колеблется от 2 до 10%.

Женщины поддаются гипнотизированию лучше, чем мужчины, дети — лучше, чем женщины. У детей сравнительно чаще наблюдается сомнамбулическая фаза гипноза.

Однако это не является обязательным. Иногда женщины и дети входят в гипноз с большим трудом, чем мужчины.

Бони приводит следующие данные о гипнабельности по степеням гипноза: I степень — 19,6%, II — 41%, III — 32,2%, остальные больные были негипнабельны.

Лучше всего поддаются гипнотизированию лица, отнесенные к так называемому художественному типу нервной деятельности, т. е. с преобладанием у них первой сигнальной системы по И. П. Павлову. Примерно так же часто поддаются гипнотизированию лица, отнесенные к среднему типу. Большинство неудач относится к лицам мыслительного типа, т. е. с преобладанием у них второй сигнальной системы. Однако все это лишь относительно и зависит от многих иных условий (особенности личности больного, особенности врачебной тактики, методики гипнотизирования, состояния больного во время сеанса и т. д.).

В нашей практике встречались лица явно художественного типа, не поддававшиеся гипнотизированию, и лица мыслительного типа, которые при гипнотизировании достигали степени сомнамбулизма.

Наблюдение 1. Народная артистка К., 50 лет, обратившаяся к нам по поводу ситуационного невроза, подвергалась гипнотизированию 10 раз, но ни разу ее не удалось ввести даже в поверхностное гипнотическое состояние. Всякий раз с больной проводились соответствующие беседы в положении лежа с закрытыми глазами. Психотерапия, проводимая фактически в бодрствующем состоянии, дала отличные результаты.

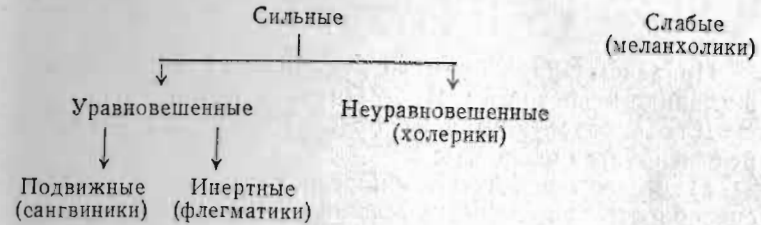
При прощании больная указала на то, что в прошлом и проф. К. И. Платонову в течение 6 сеансов также не удавалось ввести ее в гипнотическое состояние и что она сознательно не сказала нам об этом, боясь, что мы откажемся от ее лечения.

Отнесение того или иного субъекта к одному из типов нервной деятельности и тем более к одному из типов нервной системы по схеме, предложенной И. П. Павловым, представляет определенные трудности.

В свое время еще Гиппократ различал людей в зависимости от преобладания у них одной из четырех жидкостей и делил их на сангвиников, холериков, флегматиков и меланхоликов.

И. П. Павлов различал нервную систему у животных в зависимости от силы, уравновешенности и подвижности их нервной организации.

По силе все животные делились им на сильных и слабых. В свою очередь сильные делились на уравновешенных и неуравновешенных и, наконец, уравновешенные — на подвижных и инертных. На схеме это выглядит следующим образом:



В скобках приведено сопоставление характеристик Гиппократа с классификацией И. П. Павлова.

Характеристики Гиппократа И. П. Павлов относил к темпераменту человека. По И. П. Павлову, «темперамент есть самая общая характеристика каждого отдельного человека, самая основная характеристика его нервной системы, а эта последняя кладет ту или иную печать на всю деятельность каждого индивидуума.

Флегматик — спокойный, всегда ровный, настойчивый и упорный труженик жизни; сангвиник — горячий, очень продуктивный деятель, но лишь тогда, когда у него много интересного дела, т. е. постоянное возбуждение; меланхолик — явно тормозной тип нервной системы. Каждое явление жизни становится тормозящим его агентом, раз он ни во что не верит, ни на что не надеется, во всем видит и ожидает только плохое, опасное; холерический тип — это тип задорный, легко и скоро раздражающийся»¹.

¹ И. П. Павлов. Полн. собр. соч. Изд. АН СССР, т. III, кн. 2, 1951, стр. 86.

Для клинико-физиологического анализа нервных процессов предложен ряд схем и рекомендаций, но ни одна из них не является полноценной, так как все они базируются в основном на поведении больного и его рассказах о себе.

Надо подчеркнуть, что под влиянием внешней среды и жизненного опыта характеры отдельных лиц и, следовательно, тип их нервной системы могут меняться. Люди могут научиться вырабатывать черты характера, силу воли, выносливость и др.

Вместе с тем, такое предварительное определение типа нервной системы может иметь значение для определения характера психотерапевтического воздействия.

Приведем для примера рекомендации, принятые в клинике неврозов им. И. П. Павлова (Ленинград).

Для определения силы раздражительного процесса рекомендуется выявлять:

- а) степень работоспособности; в частности, работоспособность при сложных условиях на фоне эмоционального, умственного напряжения;
- б) поведение при воздействии чрезвычайных эмотивных раздражителей (катастроф, несчастий);
- в) настойчивость и упорство в преодолении препятствий;
- г) сохранение работоспособности при условии сокращенного сна, голода (физиологический тест, выявляющий предел работоспособности клеток);
- д) гипнабельность, тормозимость, быстрота засыпания при монотонных раздражениях (в трамваях, на лекциях), указывающих на истощаемость клеток;
- е) концентрация активного внимания, указывающая на степень бодрствования.

Для определения силы тормозного процесса:

- а) самообладание, способность подавлять (сдерживать) эмоции;
- б) терпение, умение ждать;
- в) непоседливость, суетливость — признаки ослабления тормозного процесса;
- г) способность подавлять свои привычки;
- д) функциональную характеристику сна, длительность.

Поверхностный сон говорит о слабости торможения.

Для определения подвижности или инертности нервных процессов:

- а) быстроту переключения на новую обстановку, изменение стереотипа (необходимо учитывать интеллект и установку личности);
- б) быстроту перехода от деятельности к покою;
- в) быстроту засыпания и пробуждения;
- г) течение ассоциаций (их быстроту, подвижность репродукций).

Для определения уравновешенности сигнальных систем характерны:

для художественного типа (преобладание первой сигнальной системы и подкорки, эмотивность):

- а) повышенная впечатлительность;
- б) повышенная эмотивность и аффективность;
- в) повышенная эмотивная внушаемость;
- г) преобладание образного, конкретного мышления;
- д) склонность к фантазиям;
- е) художественные наклонности.

Для мыслительного типа (преобладание второй сигнальной системы):

- а) наклонность к абстрактному, отвлеченному мышлению, к умственной работе;
- б) руководство в жизни не эмоциями, а рассудком;
- в) пониженная эмотивность, впечатлительность.

Как мы уже ранее указывали, такое определение типа нервной системы может иметь только относительное значение. Но все же оно может способствовать более правильному выбору содержания внушения и формы его подачи (соотношение вербальных и невербальных приемов гипнотизирования, интонации врача, особенности его подхода и т. д.).

ОРГАНИЗАЦИЯ ГИПНОКАБИНЕТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ

Для более успешного проведения гипнотизирования необходимо создать соответствующую внешнюю обстановку и провести предварительную психологическую подготовку больного.

Если первое весьма желательно, то второе, т. е. психологическая подготовка больного, является абсолютно необходимой.

Уже предварительно следует внушить больному веру в действенность гипносуггестивной терапии, создать заинтересованность и стремление к ней, а иногда даже создать искусственные препятствия для того, чтобы больной добивался лечения гипнозом.

Очень важно выработать у больного эмоцию ожидания, что, как указывал В. М. Бехтерев, будет служить фактором, повышающим эффективность внушения.

В условиях нашей клиники, где больные имеют возможность наблюдать за результатом лечения внушением в гипнозе других больных, почти нет необходимости в такой предварительной подготовке. В данном случае мы используем механизмы косвенной суггестии в коллективе больных.

Нет необходимости также в создании искусственных препятствий, так как число больных, назначаемых лечащими врачами на лечение внушением в гипнозе, больше имеющихся возможностей, и больные вынуждены ждать иногда длительное время, прежде чем они попадут к гипнологу.

Но принципиально, в других условиях, такая психологическая подготовка необходима. Вера в метод, стремление к нему являются залогом успеха.

Что касается внешней обстановки, то главное — это изоляция от внешних шумов. Сам гипнокабинет должен представлять собой помещение с возможностью полузатемнения, с хорошими удобными койками или мягкими кушетками, по возможности отделенными одна от другой перегородками. Помещение должно быть хорошо отапливаемым.

Самое главное — мы это подчеркиваем — полная изоляция от внешних шумов, которые могут помешать проведению гипнотизирования.

Гипнокабинет может быть оборудован в обычной палате, стены которой окрашены в спокойные тона. Кроме обычных драпри на окнах, никаких других приспособлений для затемнения не нужно. Только дверь для звукоизоляции следует обить войлоком и клеенкой.

Помимо письменного стола и стульев, в кабинете должны быть установлены мягкие медицинские кушетки

и одно кресло вольтеровского типа (с высокой спинкой). Это дает возможность приема одновременно до четырех повторных больных.

Больных, нуждающихся в продолжении лечения после выписки из стационара, можно принимать в более обширном помещении в поликлинике, где следует оборудовать 12—15 кушеток, отделенных друг от друга мягкими перегородками. Такое число кушеток дает возможность большого маневрирования и приема в течение двух часов до 25 повторных больных.

Психологическая подготовка больного должна проводиться лечащим врачом и заключается в ознакомлении больного с тем, что ему назначено лечение внушением в гипнозе, что это лечение должно хорошо ему помочь, так же, как оно помогло другим больным.

При этом лечащий врач должен привести пример успешного лечения соседа по палате или из какой-либо другой палаты, предпочтительно с аналогичным диагнозом.

Лечащий врач должен также объяснить больному, в чем заключается сущность гипнотерапии, указать на абсолютную ее безвредность.

Больные нередко имеют совершенно превратное понятие о гипнозе, уже заблаговременно начинают излишне волноваться. Так как больные после направления лечащим врачом на гипноз не могут сразу попасть на прием и вынуждены ждать некоторое время, то целесообразно гипнологу заранее познакомиться с каждым больным. Такое знакомство, которое мы, как правило, практикуем, оказывает положительное воздействие на больных и снимает их тревожность.

Некоторые авторы рекомендуют перед гипнотизированием устанавливать способность больного к нему.

Для этой цели предложен ряд специальных проб. Интересующихся этими пробами и порядком их проведения мы адресуем к книге П. И. Буля «Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней» (Медгиз, 2-е изд., 1968). Описание этих проб имеется также в ранее упомянутой книге А. П. Слободяника¹.

¹ А. П. Слободяник. Психотерапия, внушение, гипноз, 2-е изд. Киев, 1966.

Как мы уже указывали ранее, процент гипнабельности наших больных весьма высок. Кроме того, мы не отказываемся от психотерапевтического воздействия и в тех случаях, когда больные оказываются негипнабельными. В этих случаях мы проводим внушение больному в лежачем положении с закрытыми глазами (по В. М. Бехтереву). В. М. Бехтерев считал, что внушение не только в гипнозе, но и в бодрствующем состоянии является весьма действенным лечебным средством, которое врач никогда не должен упускать из виду в своей практике. Нередко и такое воздействие оказывается весьма эффективным.

Вспомним пример, приведенный нами на стр. 28, под номером 1.

Мы уже упоминали ранее, что первичный осмотр больного и беседа с ним занимает от 30 минут до полутора часов и более. Это необходимо для того, чтобы подробно расспросить больного, ознакомиться с историей его болезни, с проведенными специальными исследованиями, применяемым лечением, самому обследовать больного, уточнить диагноз и, что очень важно, установить причины и обстоятельства возникновения заболевания.

Следует подчеркнуть, что в гипнокабинете больные полнее раскрывают интимные стороны своей жизни, что очень важно для полноты сбора анамнеза и выяснения причин заболевания.

Не всегда больные рассказывают о себе все на первом приеме гипнолога. Не следует особенно настаивать на этом.

Обычно уже на втором, третьем сеансе больные, по своей инициативе, дополняют данные о себе.

Обязательно надо провести объективное обследование, даже если в нем нет большой нужды. Это, с одной стороны, дает собственное впечатление об объективном состоянии больного и, с другой стороны, поднимает авторитет гипнолога в его глазах.

После окончания обследования и ознакомления с имеющейся документацией больной укладывается на кушетку, и мы приступаем к гипнотизированию.

Больных, страдающих бронхиальной астмой или явлениями сердечной недостаточности с затрудненным дыханием, мы усаживаем в кресло вольтеровского типа (с высокой прямой спинкой).

Следует проверить, чтобы поза была удобной, растегнуть воротник и пояс и, если в комнате прохладно, тепло укрыть больного. Больному указывается на то, что он должен отдаться чувству покоя, не оказывать ни малейшего сопротивления, не испытывать страха. Необходимо указать больному на то, что, как бы крепко он ни спал, он все будет слышать, все понимать и что ему может казаться даже, что он не спит. Следует также предупредить больного о том, что если даже он действительно не уснет, то все равно на него будет оказано психотерапевтическое воздействие, которое будет для него полезным.

В гипнозе больному внушается чувство покоя, надежда на исцеление, но только в пределах возможного эффекта. Лучше вначале пообещать даже немного меньше возможного эффекта. Если при первичном опросе больной сильно взволновался и его не удается успокоить, лучше перенести проведение сеанса на другой день.

ПРИЕМЫ ГИПНОТИЗИРОВАНИЯ

Для гипнотизирования предложено много самых разнообразных приемов. В руках их авторов они являются наиболее эффективными. Назовем кратко некоторые из них.

Прием Льебо: внушение без пассов при закрытых глазах. Словесно внушается сонливость, а затем сон. Усыпленному громко заявляется об исчезновении испытываемых им болезненных симптомов.

Прием Бернгейма — Бехтерева: воздействие на слуховой и зрительный анализаторы. Словесное внушение и фиксация зрения.

Прием Рише: воздействие на кожный анализатор путем поглаживания и пассов.

Прием Шарко: воздействие внезапными короткими и сильными или длительными слабыми раздражителями.

Дробный гипноз по Фогту: повторное введение и выведение из гипнотического сна в течение короткого промежутка времени с расспросом больного после каждого пробуждения. Ощущения, испытываемые больным, используются гипнологом для дальнейшего усыпления.

Мы обычно пользуемся для введения в гипноз приемом Бернгейма — Бехтерева, т. е. воздействием на

слуховой и зрительный анализаторы. В отдельных случаях мы прибегаем к дополнительному воздействию и на кожный анализатор.

ФОРМУЛЫ ВВЕДЕНИЯ В ГИПНОЗ И ДЕГИПНОТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ

Формулу внушения мы построили таким образом, чтобы она одновременно разъясняла больному сущность его ощущений, возможные результаты лечения и действенность метода.

Примерное содержание внушения таково: «Вам уже говорил Ваш лечащий врач о том, что я буду лечить Вас внушением в гипнозе. Вы видели на примере Ваших соседей, насколько благоприятным и быстрым было действие этого метода лечения. И Ваше заболевание должно хорошо поддаться действию внушения в гипнозе. Я убежден, что уже после первых сеансов Вы освободитесь от ряда неприятных ощущений, которые в настоящее время мешают Вам жить и работать. Устройтесь поудобнее, будьте совершенно пассивны, расслабьте мышцы, дышите спокойнее, ровно. Гипноз — это очень приятная процедура. Пристально смотрите мне в глаза (на блестящий шарик), не отводите глаз в сторону. Уже через короткое время у Вас в глазах появится легкий туман. Вас начинает клонить ко сну. Вам все сильнее и сильнее хочется спать. Не боритесь с этой сонливостью, которая усиливается все больше и больше. Засыпайте, засыпайте глубже...»

«Обычно, когда человеку хочется спать, у него тяжелеют веки, они опускаются, глаза закрываются. Так и у Вас... Веки все больше и больше тяжелеют..., тяжелеют..., они опускаются, глаза закрываются. Веки плотно, плотно сомкнулись. Спите, спите спокойно, крепко. Дышите ровно. Руки и ноги цепенеют, усиливается чувство скованности в них. Они стали тяжелыми, тяжелыми. Меня Вы продолжаете слышать хорошо и, как бы крепко Вы ни спали, все равно Вы будете слышать каждое сказанное мною слово и хорошо понимать его.

Эта особенность гипнотического сна необходима для успешного лечения. Ведь я лечу словами. А слово — это могучая сила. Словом можно причинить много неприятностей. Но оно может также и исцелить человека,

поднять его силы, настроение, устранить болевые ощущения.

Мои слова и направлены к этой цели. Мы хорошо изучили Ваше заболевание, знаем, как Вам помочь. Уже сам гипнотический сон благотворно действует на Вашу нервную систему, а внушение, которое я буду проводить, вызовет соответствующую перестройку в коре головного мозга и устранил симптомы Вашего заболевания (называются болезнью и отдельные симптомы).

После моих объяснений Вам ясен смысл проводимого лечения. Спите спокойно, дышите ровно. Вам сейчас очень приятно, Вы чудесно отдыхаете, Ваша нервная система, каждая клеточка Вашей нервной системы сейчас хорошо отдыхает. А нервные клетки обладают замечательным свойством во время отдыха хорошо восстанавливать свою работоспособность, после чего они начинают правильно функционировать, благодаря чему устраняется ряд симптомов, обусловленных неправильными их реакциями».

Обычно к этому времени больной уже спит, и лишь в отдельных случаях бывает необходимо продолжить еще на некоторое время воздействие на слуховой анализатор.

Содержание внушения должно быть приурочено к интеллектуальному уровню больных и не должно содержать непонятных слов и фраз.

Для первичной фиксации глаз многие гипнологи пользуются блестящим предметом — металлическим шариком, перкуссионным молоточком и др. Мы пользуемся фиксацией глаз больного, пристально глядя на его переносицу. После того как больной уснул, мы не всегда стараемся довести его до той степени гипноза, которая может быть достигнута у него, так как считаем, что внушение в любой из степеней одинаково действенно.

По нашему впечатлению, внушение в гипнозе нам удавалось даже лучше в первых двух степенях. Только при проведении гипноанестезии следует добиваться максимальной глубины гипноза.

Целенаправленное внушение мы начинаем еще до введения пациента в гипноз, затем проводим его в самом начале сеанса, как правило, повторяем перед выведением из гипноза и, в меру необходимости, в середине сеанса. Продолжительность каждого сеанса — от 20 до 30 минут, реже — больше.

Введение в гипнотический сон и само внушение проводится спокойным, тихим голосом, монотонно. Только тогда, когда отдаются те или иные приказания или желательны что-либо особо подчеркнуть, речь должна быть более громкой и приобрести императивный характер. Содержание внушения должно быть предельно ясным, кратким.

Больные, которые приходят на повторные сеансы, знают, что они хотят получить от этих сеансов, и не нуждаются в многословном внушении.

Интересно привести в этом отношении высказывание крупного гипнолога Молля: «Больной, который соглашается на гипнотерапию в надежде, что гипнозом он будет излечен от своей болезни, сам внушает себе излечение и не нуждается для этого во внушении врача (предгипнотическое внушение). Предгипнотическое внушение переходит в самовнушение, которому принадлежит большая роль»¹.

Самовнушение может играть отрицательную роль и затруднить проведение лечения внушением, но оно может иметь и положительное значение, дополняя психотерапевтическое воздействие врача.

Самовнушение может иметь и самостоятельное положительное значение и, как следует из самого названия, должно осуществляться самим больным, выполняющим указания врача.

В. М. Бехтерев рекомендует проделывать самовнушение перед засыпанием и непосредственно после пробуждения.

Для каждого больного, в зависимости от характера заболевания, врачом разрабатывается соответствующая формула самовнушения.

Так, например, для алкоголиков можно применить формулу, которую они должны многократно — до 20 раз — повторять про себя: «Алкоголь мне противен. С каждым днем он становится все более и более мне неприятен. Вид алкогольных напитков вызывает во мне сильнейшее отвращение. С каждым днем отвращение к алкоголю во мне увеличивается. Я не переношу запаха алкоголя. Алкоголь мне противен, противен, противен. Я буду совершенно свободен от алкоголя. Я мо-

¹ Молль. Гипнотизм. СПб., 1909, стр. 296.

гу смотреть на него без всякого желания пить. Я буду совершенно спокоен. Я буду совершенно здоров».

Для лиц, страдающих бессонницей, можно предложить следующую формулу самовнушения:

«Сон мне необходим. Сейчас я начну засыпать. Я засыпаю, засыпаю. Сон укрепит мою нервную систему и поможет лучше справиться с работой. О делах и событиях дня я не думаю. Я совершенно спокоен. Я засыпаю все крепче и крепче. Считаю до 20. Один.., два, на счете двадцать я усну, веки начинают тяжелеть, три.., четыре.., мне все сильнее и сильнее хочется спать. Пять.., шесть, я сейчас засну, семь.., восемь — веки плотно сомкнулись, дремота овладевает мною все сильнее и сильнее, девять.., десять.., сон все больше и больше охватывает меня, одиннадцать.., двенадцать.. Я проснувшись только в ... часов (называется время необходимого подъема), тринадцать.., четырнадцать.., после такого хорошего сна я буду чувствовать себя бодрым, работоспособным, пятнадцать.., шестнадцать.., мысли мои начинают путаться, семнадцать.., восемнадцать.., мне уже становится трудно считать, я уже сплю, девятнадцать.., двадцать — сплю».

Следует указать больному, что такие самовнушения следует повторять ежедневно и, что если оно в первый раз не будет эффективным, то в последующем, после ежедневных повторений, оно будет реализовано и в дальнейшем не понадобится доводить счет до двадцати.

Больному следует настойчиво думать о содержании формулы самовнушения и буквально впитывать ее в себя.

Выведение из гипноза следует проводить с предварительным постепенным растормаживанием. При внезапном пробуждении нередко больные ощущают сонливость, раздражительность, головную боль. Поэтому, перед тем как разбудить загипнотизированного, необходимо внушить ему хорошее самочувствие, бодрость.

Дегипнотизацию мы проводим по обычно принятой формуле, но со счетом до 5. Многие гипнологи ограничиваются счетом до 3. Содержание формулы следующее: «Итак, мы подошли к концу сеанса. Сейчас я Вас разбужу. Для этого я громко и медленно буду считать до пяти. Пока я считаю, Вы будете постепенно выходить из гипнотического сна и на счете пять окончательно

проснетесь и откроете глаза. Вы не будете чувствовать сонливости, скованности в руках и ногах. Вы проснетесь в хорошем настроении, с чувством бодрости, с ясной головой. Боли, беспокоившие вас до сеанса, прошли, и впредь, если они возобновятся, то будут наступать реже и будут меньшими, а в дальнейшем совсем пройдут. Вы стали более спокойным (спокойной), перестанете болезненно реагировать на всякие мелочи, не будете плакать без серьезных причин, начнете хорошо спать. Ваша нервная система хорошо отдохнула, и это скажется на вашем самочувствии и настроении. После того как я Вас разбужу, Вы встанете и свободно пойдете в палату (домой, на работу), спать Вам больше не захочется, и Вы будете совершенно свободны в своих действиях. Напоминаю, что на счете «пять» вы проснетесь и откроете глаза. Начинаю считать. Раз., два., три., четыре., пять».

Перед каждым последующим числом паузу следует делать несколько большей и особенно перед счетом «пять». Считать надо медленно, отчетливо, громко.

Одни больные на счет «пять» сразу же открывают глаза, другие медленнее, с явным усилием. Реже они открывают глаза ранее счета «пять».

Не следует тревожиться, если время открывания глаз несколько затягивается. Такая тревожность, в особенности если она чем-нибудь внешне проявится, может вызвать у некоторых больных своеобразный негативизм, и они длительно не открывают глаз.

Если больной после окончания сеанса не просыпается, надо спокойно посидеть около него и через 2—3 минуты громко постучать по полу ногой пять раз и сказать: «Больной сейчас самостоятельно проснется, можно уйти». В это время больной, как правило, открывает глаза.

Вообще не следует опасаться того, что загипнотизированный не проснется. Гипнотический сон через некоторый промежуток времени переходит в обычный, и больные через 2—8 часов самостоятельно просыпаются.

В нашей практике не было случая, когда больные не подчинились бы приказу о пробуждении. Можно внушить больному, чтобы он проснулся самостоятельно в назначенное время. В этих случаях внушение производится следующим образом: «Вы проснетесь самостоя-

тельно через 30 минут (или указывается какое-либо другое число минут), т. е. ровно в таком-то часу (называется соответствующее время). В указанное время Вы самостоятельно откроете глаза, не будете чувствовать сонливости, скованности в руках и ногах» и т. д., т. е. повторяется обычная формула выведения из гипнотического сна.

Всегда поражает точность выполнения больным указания времени пробуждения. Следует следить за тем, чтобы больной полностью освободился от сонного торможения.

Некоторые больные после пробуждения жалуются на вялость, сонливость, тяжесть в голове и др. Это случается довольно редко. В этих случаях следует повторно ввести пациента в легкое дремотное состояние и вывести его из него, внушив ему полное освобождение от тех ощущений, на которые он жаловался.

Наблюдение 2. На лекции по применению гипносуггестивной терапии в условиях санаторного лечения в Кисловодске, которая нами читалась врачам курорта и на которой проводилась демонстрация больных, прошедших курс лечения внушением в гипнозе с показом приемов лечебного гипноза, одна из присутствующих на лекции врачей пожаловалась на то, что, когда мы вводили демонстрируемых больных в гипноз, у нее возникли сонливость и тяжесть в голове, от которой она после окончания лекции не могла освободиться.

Мы пригласили этого врача на эстраду, ввели в гипноз и соответствующим внушением освободили от беспокоивших ее ощущений.

Выведение из гипноза может быть поручено другому врачу. В этом случае больному внушается дополнительно, что он будет разбужен таким-то врачом, голос которого он сейчас услышит.

Таким образом, «раппорт», т. е. связь, контакт с пациентом, может быть передан от одного врача к другому.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, ВОШЕЛ ЛИ БОЛЬНОЙ В ГИПНОТИЧЕСКИЙ СОН?

Для определения степени глубины гипноза следует неустанно и внимательно следить за мимикой больного. Застывание лица, его бледность — важные моменты для определения гипнотического состояния. Вначале отмечается дрожание век, небольшое учащение дыхания и

пульса. Затем дыхание замедляется, и пульс становится реже.

Больные сравнительно скоро доходят до свойственной им степени гипноза.

И. П. Павлов указывал на то, что наблюдения открывают все большее разнообразие симптомов гипнотического состояния, часто едва отличающегося от бодрствующего состояния, все большую подвижность гипнотического состояния в зависимости от мельчайших изменений обстановки.

Такие наблюдения позволили проводить разделение глубины гипноза на ряд степеней. По Льебо, их шесть, по Бернгейму, — девять.

Первая — способность к внушению только для некоторых актов;

вторая — невозможность открыть глаза;

третья — внушенная катаlepsия и возможность прервать ее;

четвертая — непреодолимая катаlepsия;

пятая — внушенная контрактура;

шестая — автоматическое повиновение.

Остальные три степени с отсутствием воспоминаний при пробуждении (амнезия).

Седьмая — без способности к галлюцинациям;

восьмая — со способностью к галлюцинациям во время сна и

девятая — со способностью к гипнотическим и постгипнотическим галлюцинациям.

Шарко различал катаlepsические, сомнамбулические и летаргические гипнотические состояния.

А. Форель различал три степени:

первая — сонливость, при которой гипнотизированный лишь с большим трудом противостоит внушению;

вторая — гипотаксия (Chagme), при которой глаза плотно сомкнуты и не могут быть открыты, а гипнотизируемый вынужден повиноваться различным внушениям;

третья — сомнамбулизм, характеризующийся амнезией после пробуждения и постгипнотическими явлениями.

В. М. Бехтерев различал малый, средний и глубокий гипноз.

В книге К. И. Платонова «Слово как физиологический и лечебный фактор» приведена рабочая схема гипноза в 1941 г. Последний подразделяет гипнотические состояния на три стадии и каждую стадию в свою очередь на три степени.

Мы придерживаемся деления на три степени.

При первой степени больные обычно помнят все, что с ними происходило. Многие после пробуждения не сознают того, что они спали, и указывают только на чувство небольшой скованности в конечностях. Они слышат все, что происходит вокруг них, воспринимают все разговоры и шумы и часто утверждают, что не спали.

Обычно и присутствующим, особенно впервые, на сеансах в этих случаях также кажется, что больные только притворяются спящими.

Приводим для иллюстрации следующий пример.

Наблюдение 3. Больная Л., 43 лет, домохозяйка, поступила в клинику 11 августа 1952 г. с жалобами на приступы болей в сердце, возникающие по несколько раз в день, сопровождающиеся чувством страха смерти.

Считает себя больной около 4 лет. Последнее ухудшение, связанное с переживаниями личного порядка, наступило за две недели до поступления в клинику. Больная была очень тревожной, по несколько раз в сутки вызывала дежурного врача, а медицинских сестер буквально не отпускала от себя. В таком состоянии больная пробыла в клинике более 2½ недель. Проводимое медикаментозное лечение не давало улучшения. Врачи и медицинские сестры обратились к нам с просьбой применить для лечения больной внушение в гипнозе. Лечащий врач считал жалобы больной проявлением ангионевроза.

Объективные данные и электрокардиограмма не указывали на более серьезное поражение сердца. На ЭКГ отмечались лишь небольшие мышечные изменения.

Уже после первого сеанса гипносуггестивной терапии больная ни разу за сутки не вызвала дежурный персонал, проспала спокойно всю ночь. Болевые приступы почти полностью исчезли. Так же было и в последующие дни. Все были довольны результатами лечения и в особенности соседи по палате. После четвертого сеанса (сеансы проводились через день), лечащий врач сообщил нам, что больная после каждого сеанса рассказывает своим соседям по палате, что на сеансах она не спит, а только делает вид, что спит.

На очередном сеансе между гипнологом и больной произошел следующий диалог:

Гипнолог: «Зачем вы приходите к нам?»

Больная: «Как зачем, чтобы лечиться».

Гипнолог: «Позвольте, но вы же на сеансах не спите, а затем хвастаетесь в палате, что только прикидываетесь спящей?»

Больная: «Но мне стало много лучше после того, как я стала приходить на сеансы гипноза. Это заметно не только мне, но и всем окружающим».

При этом больная покраснела и смутилась.

Гипнолог: «Значит, лечение вам все-таки помогает?»

Больная: «Безусловно, но, честно говоря, доктор, я действительно не сплю, я все слышу, все понимаю».

Тогда мы предложили больной попытаться открыть глаза после того, как ей будет внушено в гипнозе, что она этого без разрешения гипнолога сделать не сможет.

В сеансе, проведенном как обычно, больной было дополнительно внушено, что веки ее плотно сомкнулись и она самостоятельно не сможет их открыть. Попытка больной открыть глаза не увенчалась успехом, и она смогла это сделать только после разрешения гипнолога. Больная была вынуждена признать, что она находилась в гипнозе, и признаться соседям по палате в своем заблуждении.

Через некоторое время больная была выписана. Она полностью освободилась от болевых ощущений в сердце. Всего было проведено 7 сеансов гипносуггестивной терапии.

Мы располагаем подробными катамнестическими данными об этой больной.

Через 3 года Л. была подвергнута серьезному оперативному вмешательству, которое перенесла хорошо.

Нам пришлось встретиться с этой больной в 1966 г. У нее возобновились боли в сердце, и по поступлении в клинику она сразу же попросила лечащего врача направить ее к гипнологу.

И на этот раз гипносуггестивная терапия оказалась весьма эффективной и освободила больную от болевых приступов в сердце и от упорной бессонницы.

Вторая степень характеризуется появлением катаlepsии, ротаторного автоматизма.

И в этой степени больные могут помнить и сознавать все, что происходило с ними. Но частично воспоминания могут приобрести стертый характер. При соответствующем внушении они могут слышать только гипнолога и не слышать того, что говорят другие лица.

Третья степень гипноза характеризуется истинным сомнамбулизмом с полной амнезией того, что происходило с больным во время сеанса. Постгипнотические внушения реализуются у этих больных полностью.

Наблюдение 4. На одной из лекций по гипнозу, которая читалась врачам Выборгского района Ленинграда, нами было вну-

шено одному из больных, что он катается на лодке. Больной усердно проделывал движения гребца. Затем ему дополнительно было внушено, что весло сорвалось с уключины и сильно ушибло ему руку. Мимика и движения больного соответствовали содержанию внушения.

Больной был выведен из гипноза без того, чтобы с него были сняты болевые ощущения в руке.

После пробуждения больной стал жаловаться на боль в правой руке, но ничего не мог сказать о причинах ее возникновения. Не помнил он и того, что катался на лодке.

Повторным введением в гипноз и соответствующим внушением боль в руке была снята, и после пробуждения больной более на нее не жаловался.

Больным, находящимся длительное время на лечении в клинике, мы иногда внушаем прогулку на свежем воздухе, пребывание в парке, прогулки вдоль набережных и т. п.

По пробуждении они часто рассказывают об испытанном ими удовольствии.

Наблюдение 5. Больной Л., длительное время находящийся на лечении в клинике и сильно тосковавший по своим детям, мы внушили прогулку с детьми и посещение зоологического сада. После пробуждения больная рассказывала о том, сколько удовольствия получили дети, особенно около клетки с обезьянами.

Больная радовалась этой встрече с детьми, убедилась, что дети веселы и здоровы, и заявила, что тоска ее прошла.

Степень глубины гипноза зависит от особенностей гипнотизируемого, от диапазона его внушаемости, определяющего собой тот предел, до которого больной может дойти.

Гипнолог соответствующим внушением может остановить гипнотизируемого на менее глубокой степени.

Следует помнить, как писал Бернгейм, «что загипнотизированный в любой из степеней гипноза, даже когда он кажется инертным и безучастным, все слышит и обо всем отдает себе отчет».

Вместе с тем, в гипнозе загипнотизированный находится в состоянии умственного покоя, ни о чем не думает.

Вот как пишет об этом Бони: «Каково состояние ума загипнотизированного во время его сна? Основываясь на своих наблюдениях, я склонен предполагать, что тут мы встречаем случай полного покоя мышления, пока субъекту не сделано внушения. Если спросить субъекта, погруженного в гипнотический сон (а я часто задавал

этот вопрос): «О чем вы думаете?» Он всегда отвечал: «Ни о чем».

Следовательно, загипнотизированный находится в состоянии умственного покоя, что, в сущности, вполне согласуется с его внешним видом.

Тело его неподвижно, лицо бесстрастно, вся фигура его принимает такое выражение спокойствия и безмятежности, какого она редко достигает при обыкновенном сне.

Часто лечебное действие, произведенное внушением в гипнозе, должно быть приписано этому благодетельному свойству искусственного сна, более восстанавливающего силы, чем обыкновенный сон».

Загипнотизированные очень чувствительны к внешним факторам. Даже небольшой шум может их растормозить и помешать проведению гипноза.

Посторонние шумы мешают не только больным, но в неменьшей степени и гипнологу, так как отвлекают его от непосредственной задачи.

Вот почему при проведении гипноза, и в особенности на первом сеансе, необходима максимальная изоляция от внешних шумов и абсолютная дисциплина присутствующих. Не следует допускать разговоров, не имеющих отношения к проводимому лечению. Тем более не следует допускать каких-либо шуток или смеха, могущих задеть больного.

К числу внутренних факторов, мешающих проведению гипноза, можно отнести болевые ощущения, если лечение не направлено специально против них, кашель, неудобную позу, холод, внутреннюю тревогу и др.

Для иллюстрации случая, когда тревожное состояние больного помешало проведению гипноза, можно привести следующее наблюдение.

Наблюдение 6. Нам пришлось проводить гипнотизирование больной К., медицинской сестры, 38 лет, непосредственно в палате. Первые пять сеансов прошли успешно.

На шестом сеансе, как обычно, после введения больной в гипноз врач ушел в гипнокабинет.

Вскоре прибежала медицинская сестра и сообщила, что больная ведет себя необычно, мечется в кровати, стонет, пытается встать. Больная досрочно была выведена из гипнотического состояния и на вопрос о причине такого странного поведения ответила, что забыла предупредить пришедших навестить ее мать и сына о том, что будет занята, и боялась, что они уйдут, не повидавшись с ней.

Вот такая внутренняя тревога и помешала проведению сеанса.

Надо никогда не забывать предупреждать больных о том, что они после введения в гипноз будут все слышать, все понимать и что вследствие этого им может казаться, что они не спят.

Несколько слов о косвенном внушении. Мы часто пользуемся следующим приемом.

После того, как больной введен в гипнотический сон, мы рассказываем присутствующим на сеансе врачам и студентам историю болезни больного, говорим о том, чего мы можем достигнуть проводимым лечением.

Рассказ этот должен содержать те элементы психотерапии, которые должны укрепиться в сознании больного.

Больные часто забывают о том, что гипнологу известно о том, что они его слышат и верят в слова врача, обращенные к присутствующим, больше, чем в те слова, которые врач говорит непосредственно им.

Нередко такое косвенное внушение оказывает большее воздействие, чем прямое.

Назначение каких-либо индифферентных медикаментозных средств при соответствующем внушении также является одним из моментов косвенного внушения.

Следует вспомнить слова одного из крупнейших клиницистов своего времени М. Я. Мудрова, который писал: «Назначают ли больному бром, глициерофосфат или пропишут, украсив греческим или латинским названием, громким, пышным и обязательно длинным, пилюли из хлебного мякиша или растение «львиный зев», влияние их будет одинаковым, если убедить больного, что от них у него наступит облегчение. Тогда лекарство будет принято с восхищением, и сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства».

Есть душевные лекарства, кои врачуют тело, они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии.

Сим искусством печального утетишь, сердитого — умягчишь, нетерпеливого — успокоишь, бешеного — остановишь, дерзкого — испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытного — откровенным, отчаянного — благонадежным.

Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску,

метание и которая самые болезни покоряет тогда воле больного. Восхищение, радость, уверенность больного тогда полезнее самого лекарства».

К числу таких душевных лекарств, несомненно, относится внушение в гипнозе.

Из повседневного опыта мы знаем, как хорошо помогают новые лекарства, в особенности, если их трудно достать, и как быстро снижается их эффективность, когда они становятся широко доступными.

Насколько лучше помогает аспирин, прописанный профессором, чем тот же аспирин, прописанный рядовым врачом.

Интересно в этом отношении вспомнить высказывание И. П. Павлова о С. П. Боткине. «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер. Лечило часто одно его слово, одни посещения больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, по-видимому, при подобных же случаях оказывались недейственными у них, делая чудеса в руках учителя».

Как часто врачи клиник и больниц, назначая лекарство, не считают нужным сообщить об этом больному и тем более рассказать о пользе назначаемого. Медицинская сестра, выполняя назначения врача, на вопрос больного, что ему прописано, нередко отвечает: «Я даю Вам те лекарства, что назначены Вам доктором, примите их. Вам не к чему знать, что это за лекарства».

Конечно, такое лекарство будет менее действенным. Иногда приходится назначать больным, особенно привыкшим к приему большого количества разных лекарств, какое-либо индифферентное средство с указанием на большую эффективность этого средства, чем те лекарства, которыми больной до сего времени пользовался. Конечно, это делается в тех случаях, когда никаких лекарств больному не требуется. Это так называемый плацебо-эффект. Через некоторое время после получения нужного результата назначение следует отменить.

И здесь основной эффект получается в результате соответствующего внушения, которое может быть проведено как в бодрствующем состоянии, так и в гипнозе.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУШЕНИЕМ В ГИПНОЗЕ

Диапазон применения гипносуггестивной терапии достаточно широк.

Она может быть успешно применена при лечении неврозов.

Особенно хорошо и быстро устраняются отдельные истерические моносимптомы: парезы, афония, амавроз, астазия — абазия и др. Внушение часто эффективно при таких симптомах, как головная боль, расстройство сна, навязчивые действия, рвота, зуд, легкие состояния угнетения, дурные привычки, если в их основе лежат психогенные механизмы.

Гипнозом можно оказать весьма благоприятное воздействие и устранить ряд висцеральных симптомов, чисто психогенного происхождения — кардиалгии, дискинезии, кишечные расстройства и др.

Внушением в гипнозе можно благоприятно воздействовать и на последствия некоторых органических заболеваний, связанных с нарушениями двигательных функций конечностей и с болевыми ощущениями. Конечно, в этом случае улучшение наступает вследствие воздействия на невротический компонент заболеваний, например на реакцию личности больного на болезнь и пр.

Внушением в гипнозе успешно лечатся начальные стадии гипертонической болезни, коронарные ангиоспазмы, язвенная болезнь, аллергические заболевания — бронхиальная астма, крапивница, отек Квинке, экзема, псориаз, нейродермиты, чесотка и др.

Болезнь Меньера, ночное недержание мочи, сахарный диабет, неукротимая рвота беременных, функциональные маточные кровотечения, нарушения менструального цикла — все эти заболевания также в ряде случаев успешно лечатся гипносуггестивной терапией.

Этот, далеко не полный, перечень достаточно убедительно говорит о том, что гипносуггестивная терапия в умелых руках может в значительной мере облегчить сложную задачу успешного лечения многих больных.

В ряде случаев она может оказаться единственно действенной.

Если к этому добавить возможность использования гипноза для целей анестезии, то станет понятным, что гипносуггестивная терапия как лечебный метод может и должна быть использована в любой медицинской специальности, хотя, конечно, не следует рассматривать ее как панацею при всех заболеваниях. Она может оказаться весьма полезной при лечении многих заболеваний в комплексе с другими методами лечения.

ЕСТЬ ЛИ КАКАЯ-ЛИБО ОПАСНОСТЬ ОТ ГИПНОЗА?

Многие, направляясь на гипноз, испытывают страх и часто задают вопрос, не может ли гипноз повредить им, ослабить волю, могут ли они не проснуться после сеанса и т. д.

Надо совершенно определенно сказать, что гипноз в умелых руках не таит в себе никаких опасностей.

Все же следует помнить, что:

1. Больные, особенно во время первого сеанса, могут обнаружить некоторые нервные явления (дрожание, слезы, немотивированные движения и др.). Все это легко снимается соответствующим успокаивающим внушением. Если же успокоить больного не удается, а это бывает крайне редко, и у него на повторном сеансе снова возникают такие явления, следует отказаться от дальнейшего лечения гипнозом.

2. Некоторые лица, гипнотизировавшиеся повторно, приобретают склонность легко впадать в сонное состояние под влиянием даже случайно сказанных слов успокаивающего характера. У других больных наблюдается некоторое общее повышение внушаемости, и это снимается соответствующим внушением, указанием на то, что никто, кроме врача-гипнолога, не сможет загипнотизировать больного.

Вообще же на последнем сеансе, перед расставанием с больным, следует провести, кроме обычного внушения, еще специальное внушение по следующей формуле, которую мы называем противовнушением.

«Никто не сможет гипнотизировать Вас против Вашей воли и без Вашего согласия. Никогда Вы не впадете

в гипноз против Вашего желания. Никто не способен воздействовать на Вас и в бодрствующем состоянии».

3. Гипноз не наносит никакого вреда мыслительным способностям, не ослабляет волю, чего особенно опасаются многие больные. Наоборот, он создает предпосылки для улучшения некоторых психических функций, так как снимает ряд функциональных расстройств, отрицательно влияющих на психическую деятельность.

Опасным может быть неправильное содержание внушения, которое может обусловить возникновение патогенного заболевания.

Существуют разногласия по вопросу о том, можно ли заставить человека в гипнозе совершить аморальный поступок и вообще можно ли загипнотизировать человека вопреки его воле.

Большинство авторов высказываются против такой возможности. Некоторые указывают на то, что можно заставить совершить аморальный поступок лишь тех людей, кто и без гипноза способен на него.

Другие указывают на то, что в отдельных случаях в гипнозе могут быть совершены соответствующие аморальные действия под повторным, активным воздействием гипнолога, что является в корне неверным.

Мы считаем, что против воли никто не может быть загипнотизирован.

Интересно привести в качестве примера следующее наблюдение.

Наблюдение 7. Больной К., 38 лет, инженер, успешно лечился у нас по поводу неврастения и бессонницы. После 4 сеансов он стал хорошо спать, стал спокойнее. Было достигнуто гипнотическое состояние II степени.

На 5-м сеансе нам никак не удавалось ввести пациента в гипноз.

На мой вопрос, не задался ли К. целью доказать нам, что если он не захочет, то не войдет в гипноз, больной смутился и сказал, что так оно и есть. После нашего разъяснения, что никто не может быть введен в гипноз против его воли и что он мог бы спросить нас об этом, вместо того чтобы противодействовать, больной быстро вошел в гипноз и сеанс прошел как обычно.

Наше законодательство ограничивает круг лиц, которым разрешается проводить гипнотизирование.

Это разрешается только врачам, прошедшим соответствующую подготовку. Врачи, желающие заняться гипносуггестивной терапией, должны:

1. Овладеть методикой гипнотерапии.
2. Овладеть искусством психотерапии.
3. Проводить гипнотизирование только с согласия больного или его близких родственников (у детей).
4. Если гипнолог и больной разного пола, желательно проводить сеанс в присутствии третьих лиц.

Это предусмотрено соответствующей инструкцией Министерства здравоохранения СССР. Особенно это касается лиц, у которых возникают сомнамбулические сновидения. Сомнамбулические сновидения могут возникать самопроизвольно. К ним нужно присматриваться внимательно и, как правило, прекращать пользование гипнозом. Галлюцинаторные явления также служат противопоказанием для дальнейшего применения гипноза, в особенности у лиц с признаками полового возбуждения. Все это может привести к вымыслам, истерическим интерпретациям, к повышенной сексуальности, к обвинению врача в попытке использовать гипноз в неблагоприятных целях.

5. Не следует делать гипнотизируемому других внушений, кроме тех, которые необходимы для лечебных целей.

Всякие опыты с научной или педагогической целью должны проводиться только с согласия больного.

КАК ЧАСТО СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СЕАНСЫ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ?

Сеансы не следует проводить слишком часто. Частые ежедневные сеансы нередко ведут к ослаблению гипнотического эффекта. Это объясняется тем, что условный раздражитель при небольших промежутках времени между сеансами теряет свою эффективность, которая может быть сведена к нулю.

Вначале сеансы гипносуггестивной терапии мы проводим через 1—2 дня, затем промежутки между сеансами удлиняем до 2—3 дней. Позже мы удлиняем их еще больше.

Если есть необходимость иметь больного под своим наблюдением в течение длительного времени, эти промежутки могут быть увеличены до 1—2 недель и больше. Некоторым больным мы рекомендуем проведение

кратковременных повторных курсов гипносуггестивной терапии через различные сроки.

Ряд больных находится под нашим наблюдением в течение многих лет. Почти ежегодно они приходят к нам для прохождения кратковременных повторных курсов гипносуггестивной терапии и утверждают, что эти курсы обеспечивают им удовлетворительное самочувствие в течение длительного периода.

Глава V

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Гипносуггестивной терапией в больнице им. Карла Маркса мы начали заниматься в 1950 г.

В первые годы число больных, лечившихся внушением в гипнозе, было небольшим — от 20 до 100 в год.

В последние годы этот метод лечения прочно вошел в обиход. Число первичных больных только в стационаре составляет ежемесячно от 30 до 40. Число повторных сеансов для них превышает 300—350 в месяц.

Как мы уже указывали, наша работа проводится на базе филиала госпитальной терапевтической клиники 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова, расположенного в терапевтических отделениях больницы, но к нам нередко обращаются за содействием и из других отделений больницы — хирургических и гинекологических.

Кроме того, в течение двух месяцев 1966 г. и двух месяцев 1967 г. мы проводили лечение 144 больных в санатории им. С. М. Кирова в Кисловодске. Результаты наших наблюдений приведены в отдельной главе.

Всего больных, пользовавшихся у нас гипносуггестивной терапией, было 3426, из них мужчин — 755, женщин — 2671.

По возрастному составу больные распределялись следующим образом (табл. 1).

Как видно из этой таблицы, большинство больных было в возрасте от 30 до 59 лет, что соответствует возрасту больных, попадающих на лечение в больницу.

ТАБЛИЦА 1

Распределение больных по возрасту

Возраст	До 20 лет	От 21 до 29	От 30 до 39	От 40 до 49	От 50 до 59	60 и более	Всего
Число	103	362	638	1093	905	325	3426

По социальному положению и профессиям эти больные распределялись следующим образом (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2

Распределение больных по социальному положению и профессиям

Наименование занятий	Всего	%	Наименование занятий	Всего	%
Рабочие	684	20,0	Врачи	207	6,0
Служащие	887	26,0	Инженеры	259	7,5
Пенсионеры и инвалиды	536	15,5	Педагоги	134	4,2
Учащиеся	42	1,2	Прочие с высшим образованием	120	3,5
Медицинский персонал	138	4,0	Студенты	127	3,6
Члены семей	292	8,5			

Интересно отметить, что среди больных было 847 лиц с высшим образованием, что составляет около 25,3% к общему числу.

Эти цифры показывают, что существовавшее ранее мнение о том, что гипнотизированию подвержены главным образом лица с более низким интеллектом, является совершенно необоснованным, тем более если учесть, что значительная часть остальных больных также имела 7—10-классное образование.

В числе наших больных было несколько профессоров, доцентов, народных артистов, т. е. лиц с особенно высоким интеллектом, и они поддавались гипнотизированию не меньше, чем остальные.

В табл. 3 представлено распределение больных по диагнозам, а также результатам их лечения.

Составление этой таблицы представляло определенные трудности, так как больные, имевшие в качестве

ТАБЛИЦА 3

Распределение больных по диагнозам и результатам* их лечения

Наименование заболевания или ведущего синдрома	Всего	0	+	++	+++
Неврастения	771	42	91	393	245
Истерия	189	17	26	84	62
Психастения	28	8	4	11	5
Невроз навязчивых состояний	98	1	4	37	56
Профессиональные неврозы	6	—	—	—	6
Синдром амбулаторного автоматизма	15	—	1	3	11
Эпилепсия	3	3	—	—	—
Сексуальный невроз**	32	3	2	12	13
Ситуационный невроз	21	—	4	8	9
Патологический климакс	106	2	11	61	32
Тики	3	1	—	2	—
Логоневроз	56	3	13	33	7
Органическое поражение нервной системы	10	1	3	6	—
Синдром Меньера	29	3	4	10	12
Бронхиальная астма	486	28	68	207	183
Вазомоторный ринит	13	—	—	3	10
Крапивница	10	—	—	4	6
Гипертоническая болезнь	207	13	20	128	46
Стенокардия	448	21	81	214	132
Пароксизмальная тахикардия	16	—	1	3	12
Язвенная болезнь	38	7	7	18	6
Гастрит	12	—	2	5	5
Привычные запоры	10	—	2	3	5
Заболевания печени и желчных путей	12	1	2	4	5
Заболевания периферической нервной системы (радикулиты, невралгии)	68	9	8	38	13
Несахарный диабет	7	—	—	2	5
Ночное недержание мочи	12	1	1	2	8
Задержка мочеиспускания	4	1	—	1	2
Почечная колика	4	—	1	1	2
Экзема	39	5	5	10	19
Прочие кожные заболевания	46	—	5	19	22
Спазм пищевода	6	—	2	2	2
Токсикоз беременности	17	3	—	6	8
Функциональные маточные кровотечения	7	1	1	1	4

Продолжение

Наименование заболевания или ведущего синдрома	Всего	0	+	++	+++
Дисфункция яичников	4	2	—	—	2
Болезненные менструации	18	—	—	5	13
Курение	58	10	9	12	27
Прочие заболевания	30	5	5	12	8
Итого	2939	191	383	1360	1003

* 0 — без результата; (+) — небольшое улучшение; (++) — улучшение; (+++) — значительное улучшение и выздоровление.
 ** В двух случаях результат неизвестен (то же в табл. 5).

основного заболевания тот или иной диагноз, направлялись в гипнокабинет на предмет устранения сопутствующего невроза или отдельных симптомов, и поэтому они попадали в графу, соответствующую ведущему синдрому, по поводу которого они были направлены к гипнологу.

Основным контингентом наших больных были больные стационара. Но уже через короткое время после лечения внушением в гипнозе они выписывались из стационара и заканчивали свое лечение амбулаторно. Для перегруженных стационаров это было большим облегчением.

К. И. Платонов объясняет столь быстрый результат от лечения внушением в гипнозе динамичностью и обратимостью нервных патофизиологических процессов, лежащих в основе многих заболеваний.

Следует подчеркнуть, что большая часть больных направлялась к нам на лечение только после того, как обычные методы лечения — медикаментозные, физиотерапевтические и др. — не давали положительных результатов. Лечение, как правило, было комплексным. Оно сочеталось с другими обычными назначениями, число которых значительно уменьшалось с началом лечения внушением в гипнозе.

Следует помнить, что при помощи внушения в гипнозе смягчаются личностные реакции и невротические состояния, устраняются или облегчаются физические страдания, улучшается настроение, налаживается сон, улучшается аппетит. Этим объясняется положительный эффект от применения гипноза в качестве вспомогательного метода при соматических заболеваниях.

Помимо больных стационара, к нам за гипносу-гестивной терапией обращались многие сотрудники, в том числе врачи, часть из которых, как мы указывали, впоследствии стала гипнологами.

В поликлинике при больнице нашими учениками проводилась гипнотерапия амбулаторным больным. Эти больные в нашу статистику не вошли.

В дальнейшем изложении приведены наши наиболее демонстративные наблюдения в том же порядке, как и в табл. 3.

ТАБЛИЦА 4

Результаты лечения внушением в гипнозе при отдельных симптомах и манипуляциях

Наименование симптомов и манипуляций	Всего	0	+	++	+++
Головная боль	105	5	10	47	43
Бессонница	251	13	26	81	131
Боли	12	1	2	4	5
Рвота	27	1	3	7	16
Кожный зуд	23	1	2	5	15
Дуоденальное зондирование	16	2	—	—	14
Гипноанестезия	51	1	—	4	46
Итого	485	24	43	148	270

Как видно из табл. 3 и 4, наибольшая обращаемость за лечением внушением в гипнозе относится к больным, страдающим неврозами, проявляющимися как самостоятельное заболевание, так и в качестве сопутствующего соматическим болезням.

Вслед за неврозами наибольшее число было больных бронхиальной астмой, стенокардией, гипертонической болезнью и обратившихся по поводу отдельных симптомов — бессонницы, головной боли и др.

Что же касается результатов лечения, следует отметить, что они были достаточно хорошими и давали лишь небольшие колебания в разные годы.

Результаты лечения мы регистрировали по четырехбалльной системе.

К нулевым результатам мы относили всех тех больных, у которых не наступало улучшения, которые по

неизвестным причинам прекращали лечение, которым мы отказывали в дальнейшем лечении из-за несерьезного отношения к гипнозу, и больных, выписавшихся досрочно по разным причинам.

К результатам, отмечаемым одним крестом, мы отнесли всех тех больных, у которых улучшение было небольшим и кратковременным. В графу «два креста» вошли все те больные, результаты лечения которых были вполне положительными, но полностью не освобождали больных хотя бы от небольшой части симптомов, и, наконец, в графу «три креста» вошли все больные, у которых мы смогли отметить стойкое улучшение, полное освобождение от мучивших их симптомов или полное выздоровление.

ТАБЛИЦА 5

Итоги лечения внушением в гипнозе

	Всего	0	+	++	+++
Число больных	3426	215	427	1509	1273
%	100	6,27	12,73	43,74	37,26

Результаты проводимой гипносуггестивной терапии, как мы уже указывали, были весьма положительными.

Если исключить больных, у которых мы не смогли добиться улучшения или получили небольшое улучшение, то на долю хороших и отличных результатов лечения остается 81%.

Наши итоги (табл. 5) сходятся с данными результатов лечения, указанных К. И. Платоновым за ряд лет применения психотерапии в амбулаторных условиях, а именно: выздоровление — 58%, значительное улучшение — 20%, улучшение — 16%, без эффекта — 6%¹.

Следует подчеркнуть, что эти данные относятся исключительно к больным неврозами.

¹ К. И. Платонов. Слово как физиологический и лечебный фактор. 3-е изд. М., 1962.

ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЗАХ

Многочисленными работами отечественных ученых было разработано материалистически обоснованное учение о неврозах (В. М. Бехтерев, В. А. Гиляровский, В. Н. Мяснищев, К. И. Платонов, Е. К. Краснушкин, Е. А. Попов, С. И. Консторум, С. Н. Давиденков и др.).

И. П. Павлов и его сотр. в результате работы над изучением экспериментальных неврозов у животных пришли к выводу о том, что их можно вызывать при помощи одного из трех приемов: перенапряжения раздражительного процесса, перенапряжения тормозного процесса и перенапряжения подвижности нервных процессов.

Эти же факторы лежат в основе возникновения неврозов у человека. С. Н. Давиденков определяет невроз как состояние патологически измененной высшей нервной деятельности, которое произошло вследствие перенапряжения или самих нервных процессов или их подвижности.

В. Н. Мяснищев считает правильным относить неврозы к психогенным заболеваниям. Эта точка зрения в настоящее время является наиболее распространенной.

А. Г. Иванов-Смоленский указывает на то, что неврозы человека по своей этиологии являются то результатом соматических заболеваний, то функционально-нервной травматизации, но чаще всего они представляют собой совокупность действия того и другого, т. е. вредностей как психогенного, так и соматогенного происхождения.

Эти слова А. Г. Иванова-Смоленского в отношении больных внутренними заболеваниями можно было бы перефразировать следующим образом: ряд соматических заболеваний по своей этиологии являются результатом функционально-нервной травматизации.

Неврозы являются функциональным, а не органическим состоянием, так как они определяются не повреждением или поражением ткани центральной нервной системы, а функционально-динамическими сдвигами в ней,

вызванными теми или другими психотравмирующими факторами.

Однако существуют взгляды на то, что понятие функционального заболевания должно быть пересмотрено. Д. О. Крылов указывает на то, что при всех так называемых функциональных заболеваниях могут быть и мельчайшие изменения нервных структур, которые пока не могут быть обнаружены доступными нам методами.

Неврозы возникают в результате одномоментной или длительной психотравмы. К травмирующим факторам могут быть отнесены неблагоприятные жизненные условия, служебные конфликты, неудавшаяся семейная жизнь, обманутая любовь, жизненные удары — смерть близких, пожар, железнодорожная катастрофа, землетрясение, участие в войне, блокада Ленинграда, нахождение на оккупированной территории и др. Неврозы могут развиваться не сразу после события, а значительно позже.

Развитие неврозов связано с понижением тонуса коры головного мозга, с повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, с появлением тревожности, боязливости и неуверенности в себе.

У человека болезненное нарушение высшей нервной деятельности является болезнью личности, развитие неврозов может быть связано с характером человека. Характер человека может явиться одной из причин возникновения невроза.

Это, по мнению В. Н. Мясищева, вызывает необходимость выяснения типа характера невротиков, условий и процесса их формирования, их роли в развитии заболеваний и изменений под влиянием неврозов. Несмотря на то, что наши наблюдения проводились преимущественно в терапевтической клинике, число больных неврозами было достаточно высоким.

По существу, среди всех больных не было ни одного, у которого не были бы, в той или иной степени, выражены невротические симптомы. Однако мы отнесли к числу больных неврозами только тех, у которых невроз был ведущим заболеванием или же сопутствующим, но с ярко выраженной симптоматикой.

В графу неврозов можно было бы отнести и больных, вошедших в графы отдельных симптомов, но мы этого не сделали из соображений, о которых будет сказано в последующем изложении.

Из 3426 больных, лечившихся внушением в гипнозе, лиц, страдающих неврозами, было 1272, что составляет 37,1%, причем больных, у которых диагноз невроза был ведущим, было 569 человек, что составляет 16,6%. У остальных невроз сопутствовал заболеваниям сердца, печени и желчных путей, гипертонической болезни и ряду других заболеваний.

Устранение невроза у этих больных способствовало улучшению исхода основного заболевания и укорочению сроков лечения.

Основным контингентом были больные преимущественно с соматическими заболеваниями. У значительной части этих больных был и сопутствующий этим заболеваниям невроз различной степени выраженности. Иногда ряд жалоб, казалось, чисто соматического характера, в действительности являлся проявлением невроза.

В. М. Мясищев указывает на то, что психотерапия является одним из существенных средств в системе лечения внутренних болезней, применяясь в различных формах и сочетаниях внушения, гипноза, убеждения, отвлечения, ободрения, разъяснения. Особенно эффективной она бывает в случаях, когда соматическим заболеваниям сопутствует невроз.

Действительно, невроз, сопутствующий соматическим заболеваниям, отягощает их течение, задерживает на длительное время симптомы этого заболевания, даже после того, как соматическое заболевание было устранено.

Больные неврозами, как правило, предъявляют большее количество жалоб самого разнообразного характера, настолько симулирующих симптомы соматических заболеваний, что они нередко уводят лечащих врачей от постановки правильного диагноза и приводят к задержкам таких больных в терапевтических отделениях.

Неврозы по симптоматике часто напоминают такие заболевания, как стенокардия, холециститы, язвенная болезнь, колиты и др.

Основными жалобами страдающих неврозами являются повышенная раздражительность и утомляемость, плохое настроение, плаксивость, тяжесть в голове и головные боли, головокружения, плохой тревожный сон, часто с кошмарами, снижение работоспособности, сердцебиение, боли и чувство сжатия в сердце, боли в брюшной

полости, дрожание рук, потливость, половая слабость и еще много других.

Эти симптомы больше всего относятся к неврастении, которой чаще всего болеют лица, отнесенные И. П. Павловым к слабому общему и среднему человеческому типу.

Следует заметить, что тип нервной системы не означает исключительной предрасположенности к одной, единственной форме невроза.

Человек художественного типа может заболеть неврастенией или психастенией, а человек мыслительного типа может заболеть неврастенией или истерией.

Можно выделить 3 стадии неврастении.

В 1-й стадии отмечается слабость тормозных процессов — несдержанность, раздражительность, гнев, ухудшение самоконтроля, дисциплины, самообладания — слабость нервной системы благодаря ее перенапряжению и истощению.

При 2-й стадии отмечается ослабление процессов возбуждения — быстрое их возникновение и быстрое истощение — отсюда общая усталость, утомление, вялость, апатия.

В 3-й стадии перенапряжение и истощение вызывают иррадиацию запредельного торможения — повышенную истощаемость и сильно сниженную реактивность.

На всех стадиях может быть резкое расстройство вегетативных функций.

Страдающие истерическим неврозом обычно жалуются на легкую возбудимость, быструю и резкую смену настроения с плачем или смехом; характерны судороги, потеря чувствительности. Характерен для истерии и ряд моносимптомов, таких, как глухота, слепота, афония, астазия — абазия, потеря обоняния и др. Как правило, у истериков отмечается отсутствие или снижение глоточного рефлекса.

Для лиц, страдающих истерией, характерно эмоциональное и образное мышление, замещение фантазиями рассудочного подхода к действительности, преобладание первой сигнальной системы действительности над второй.

Для больных истерией характерно также бегство в болезнь. Всякое легкое болезненное ощущение или ненормальное затруднение в какой-либо органической функции сопровождается у истериков эмоцией страха серьезной болезни. Этого достаточно, чтобы ощущения и

нарушения не только поддерживались, но и усиливались. Они разрастаются порой до чрезвычайных размеров, делая субъекта инвалидом.

Истерией болеют лица, отнесенные к слабому общему типу в соединении с художественным человеческим типом. Возникает она в результате эмоциональных шоков или конфликтов.

Для психастении характерен тревожно-мнительный характер, плохая ориентация в конкретном, реальном жизненном окружении, излишняя рассудочность, беспомощность в практической жизни, часто навязчивые состояния.

И. П. Павлов указывает, что для психастении характерно чрезмерное и преувеличенное рационализирование при крайней слабости эмоций и влечений, мучительные сомнения, бесконечная рассудочность, уменьшение роли чувственного компонента восприятия, стремление уйти от действительности, замыкание в мире своих идей, развитие навязчивых состояний. Психастенией болеют чаще всего лица, отнесенные к слабому общему типу в соединении с мыслительным человеческим типом.

Длительное лечение больных неврозами, трактуемых нередко как больных соматическими заболеваниями, часто бывает безрезультатным.

Гипносуггестивная терапия, примененная к этим больным, не только помогает устранению важнейших симптомов заболевания, но помогает также уточнению истинного характера заболевания и постановке правильного диагноза.

Наблюдение 8. Больная К., 55 лет, дрессировщица хищных зверей, в 1954 г. успешно лечилась у нас по поводу бронхиальной астмы. Через 8 месяцев после окончания лечения она, по совету гинеколога, вновь обратилась к нам по поводу функционального маточного кровотечения. Гинеколог не находил никаких органических отклонений со стороны половых органов.

После трех сеансов гипносуггестивной терапии, не давших никакого улучшения в отношении маточного кровотечения, мы порекомендовали больной вновь обратиться к гинекологу для установления истинной причины кровотечения.

Мы считали, что на больную, достаточно гипнабельную, мы должны были бы воздействовать положительно — устранить или хотя бы уменьшить кровотечение, и если этого не случилось, то заболевание, по-видимому, имело другую природу.

И при повторном осмотре гинеколог не смог обнаружить каких-либо органических отклонений и настаивал на функциональной природе кровотечений.

Гипносуггестивная терапия была продолжена, было проведено еще 10 сеансов, опять-таки без малейшего улучшения. Стало ясно, что надо продолжать поиски. Больной было рекомендовано обратиться к известному гинекологу — проф. К. М. Фигурнову, который определил у больной рак матки. Она была прооперирована в достаточно раннем периоде и благополучно здравствует и поныне. Последняя наша встреча была в 1963 г.

Наши предположения оказались правильными, помогли ранней постановке диагноза и, возможно, спасли жизнь больной.

В данном случае отсутствие положительного результата от применения гипносуггестивной терапии у больной, у которой предполагалось маточное кровотечение функционального характера, помогло постановке правильного диагноза.

Как мы уже ранее указывали, страдающие неврозами предъявляют большое количество жалоб. Мы стараемся выделить из них главные и на них направляем содержание нашего внушения.

Иногда все же приходится принимать во внимание и жалобы второстепенные, дополнительные.

Эту группу больных мы стараемся не задерживать в стационаре, если домашние условия благоприятны.

Длительная задержка таких больных в стационаре нередко приводит к отрицательным результатам. Они плохо переносят обстановку палаты, своих соседей и нередко заимствуют и фиксируют симптомы их заболеваний.

Таких больных мы стараемся возможно раньше перевести на амбулаторное лечение. Только в тех случаях, когда домашняя обстановка способствует дальнейшему развитию невроза, больные вынужденно задерживаются в клинике на более длительные сроки.

Часто бывает и так, что сравнительно небольшие изменения со стороны внутренних органов наводят больных на мысль о наличии у них серьезного заболевания.

Путем самовнушения эти лица закрепляют и усиливают свои ощущения и становятся по-настоящему боль-

ными людьми. Неосторожное слово врача, медицинской сестры, соседей по палате или родственников еще больше углубляет опасения такого больного и обостряет его ощущения.

Часто приходится иметь дело с так называемыми натрогенными заболеваниями, причиной которых были неосторожные слова медицинского персонала. К сожалению, неосторожными разговорами в присутствии больных грешат не только молодые врачи.

К натрогенным заболеваниям приводят нередко и гипердиагностика, и неправильная постановка диагноза.

Справки, выдаваемые на руки больным, пестрят таким количеством диагнозов, что только от одного этого можно почувствовать себя плохо.

Наблюдение 9. Больной Г., 40 лет, главный инженер крупной проектной организации, в 1954 г. на пляже почувствовал боли в сердце и был доставлен домой. Участковый врач установил диагноз — инфаркт миокарда. Больному был прописан строгий постельный режим и проводилось соответствующее лечение.

Во время повторных посещений врач каждый раз подчеркивал необходимость самого строгого режима и предупреждал о возможных катастрофических последствиях в случае его нарушения.

На таком строгом режиме больной находился около полутора месяцев, после чего ему было разрешено постепенно переходить на более свободный режим, увеличивать физическую нагрузку и примерно через месяц выйти на работу. Однако и после этого срока больной продолжал чувствовать себя плохо, с большим трудом справлялся со своей работой.

Уже обычная ходьба вызывала у него одышку и возникновение болей в сердце, что вынуждало его ходить очень медленно и часто останавливаться.

Г. часто обращался к врачам, два раза консультировался ленинградскими крупными специалистами-кардиологами. Последние на основании объективного исследования и повторных электрокардиограмм отвергли диагноз инфаркта миокарда в прошлом и не находили каких-либо серьезных нарушений в настоящем. Несмотря на такие авторитетные заключения, Г. продолжал чувствовать себя плохо, и это мешало его жизни и работе.

Мы обратили внимание на то обстоятельство, что физически хорошо сложенный человек, сравнительно молодой, при ходьбе ведет себя как инвалид. Несмотря на то что со времени заболевания прошло больше года, продолжал чувствовать себя плохо даже при небольших физических нагрузках. Он медленно ходил, часто останавливаясь, объясняя это тем, что иначе появляются одышка и боли в сердце.

Мы предложили Г. снять с него все эти ощущения путем внушения в гипнозе, так как, обследовав больного и ознакомившись с имеющейся у него медицинской документацией, мы пришли к заключению, что это типичный случай натрогении.

Г. охотно согласился подвергнуться предложенному лечению и указал на то, что он, по-видимому, легко поддается гипнотизированию, хотя гипнозом он никогда ранее не лечился.

Результаты лечения подтвердили правильность нашего диагноза. Уже после первого сеанса (больной быстро достиг III степени гипноза) мы смогли совершить с ним в нормальном темпе довольно длительную прогулку, протяженностью около двух километров. После получасового отдыха мы тем же путем пошли домой.

Г. ни разу не останавливался и не испытывал болевых ощущений в сердце.

На следующий день мы разрешили ему восьмиминутную солнечную ванну и однократное купание в заливе. Затем, постепенно увеличивая дозировки, прием солнечных ванн был доведен до 40 минут, а купание — до 10 минут.

Для закрепления результатов лечения было проведено еще два сеанса.

Г. был полностью освобожден от своих жалоб, много ходит и работает без того, чтобы испытывать какие-либо трудности (наблюдение на протяжении 6 лет).

К сожалению, не всегда удается так скоро освободить больных от их патогенных наслоений, как это имело место в этом наблюдении, и часто приходится затрачивать много усилий, прежде чем удастся достигнуть положительного результата.

НЕВРАСТЕНИЯ

Как мы уже указывали ранее, не было почти ни одного больного, у которого явления невроза не сопутствовали бы основному заболеванию. Но из общего числа больных мы отнесли к группе неврозов только тех, у которых диагноз невроза был ведущим или выраженный невроз сопутствовал ряду других заболеваний. Таких больных было немало.

Из 1272 больных неврозами неврастения была у 771, т. е. немного более 60%. На долю всех остальных неврозов пришлось немногим менее 40%.

Неврастения сопутствовала многим заболеваниям сердца, холециститам и ряду других.

Результаты лечения неврастений были лучшими, чем при других неврозах, и лучше общих средних показателей по другим заболеваниям. Они составили: без результата — 5,45%, небольшое улучшение — 11,8, улучшение — 50,9%, значительное улучшение — 31,78.

Наше убеждение, как и впечатление лечащих врачей, говорит о целесообразности более широкого применения

внушения в гипнозе при лечении больных с самыми различными диагнозами, в особенности у тех из них, у которых, помимо основного диагноза, отмечаются явления неврастения.

Применение гипносуггестивной терапии у этих больных очень быстро улучшало их настроение, вселяло веру в выздоровление, прекращало слезы, налаживало хороший сон, устраняло отдельные, особенно мучившие больных симптомы, способствовало более быстрому улучшению состояния и укорачивало сроки пребывания больных на койке.

Нам нередко встречались больные, у которых потеря близких людей обуславливала ухудшение имеющихся нарушений со стороны соматической сферы, в особенности у тех из них, у которых реактивные состояния затягивались на более или менее длительное время.

В качестве примера приводим одно из таких наблюдений.

Наблюдение 10. Больная А., 60 лет, пенсионерка, находилась на лечении в больнице им. К. Маркса по поводу гипертонической болезни II стадии, стенокардии с жалобами на боли в области левой лопатки и левой руки почти постоянного характера, упорную бессонницу, плохое настроение. Почти непрерывно плачет, особенно по ночам. Последнее связывает с перенесенным горем по случаю смерти матери и сына. Сын умер в конце января 1963 г., а мать — в апреле того же года. Больная не может успокоиться, неработоспособна.

Муж погиб в 1937 г. Пришлось самой растить сына.

В прошлом болела сыпным тифом, дизентерией, гриппом. До 1957 г. была здоровой, работала педагогом.

В 1957 г. перенесла инфаркт миокарда, повторный инфаркт — в 1959 г. Много курила. Сейчас не курит. Было 6 беременностей, из них одни роды и 5 аборт.

На электрокардиограмме мышечные изменения. Отклонение QRS не выражено. T_1 и T_2 отрицательные, V_4 , V_5 и V_6 низкие.

Рентгеноскопия грудной клетки: эмфизема легких. Сердце увеличено за счет левого желудочка. Сокращения неглубокие. Склероз аорты.

По поводу реактивного состояния была направлена к нам на лечение внушением в гипнозе.

За период с 10 по 25 января 1964 г. было проведено 7 сеансов гипносуггестивной терапии.

О результатах лечения лучше всего говорит полученное от больной письмо.

«Многоуважаемый Климентий Матусович! С опозданием поздравляю Вас, увя, с уже прошедшим Днем Советской Армии и желаю Вам здоровья и успеха в Вашей замечательной работе! От всего

сердца благодарю Вас за Вашу помощь мне. Я стала другим человеком и часто удивляюсь сама себе. Ведь я никогда не верила ни в какие гипнозы, но Вы совершили со мною удивительные вещи. Ведь я совершенно перестала плакать и совсем по-другому относиться к своему горю, которое отнюдь не стало меньше, но я-то стала относиться к нему иначе. Спасибо Вам за все, что Вы для меня сделали.

Искренне преданная Вам А.

3 марта 1964 года».

ИСТЕРИЧЕСКИЕ МОНОСИМПТОМЫ

Истерические моносимптомы К. И. Платонов относит к малым неврозам. Лечение их внушением в гипнозе особенно эффективно.

Можно определенно сказать, что нет других более эффективных методов для лечения истерических моносимптомов, чем внушение в гипнозе.

Приводим несколько особенно демонстративных наблюдений.

Наблюдение 11. Больная С., 32 лет, работница столовой, 10 января 1957 г. была направлена к нам врачом-окулистом с диагнозом — истерический амавроз, который наступил у больной пять дней тому назад, после крупного конфликта на работе. Медикаментозное воздействие оказалось безрезультатным. Когда окулист (без больной) обратился к нам с просьбой воздействовать на больную внушением в гипнозе, мы предложили ему сказать больной, чтобы она пришла в гипнокабинет на следующий день к 10 часам утра, и уверенно подчеркнуть, что в результате гипноза, который будет применен для лечения, ровно в 10.30 она будет так же хорошо видеть, как и до своего заболевания.

С. была приведена в назначенный день; быстро достигла III степени гипноза. В гипнотическом сне ей было внушено, что ровно в 10.30 к ней вернется зрение, и когда она откроет глаза, то сразу же увидит исцелившего ее врача и всех остальных присутствующих на сеансе (а их собралось много). Затем она самостоятельно отправится домой и через 2—3 дня сможет приступить к работе. Такое же внушение было повторено еще два раза.

Больная была разбужена обычным образом с добавлением «Откройте глаза, вы уже все видите».

И действительно, после пробуждения к больной полностью вернулось зрение и она самостоятельно смогла отправиться домой. Для закрепления результатов лечения С. было дополнительно проведено еще два сеанса.

Через два с половиной месяца нам пришлось снова встретиться с этой же больной по поводу повторной потери зрения после очередного конфликта на работе. Родные сразу привели ее к нам, минуя окулиста. В это время как раз проходила лекция для врачей Выборгского района Ленинграда.

Мы предложили лектору, проф. И. И. Исакову, продемонстрировать слушателям случай «чудесного» исцеления слепоты.

Больная была введена в аудиторию. Присутствующие врачи рядом проб смогли убедиться в полной слепоте С. После осмотра больная была введена в гипноз, и ей было внушено, что через 10 минут она полностью прозреет и будет так же хорошо видеть, как это случилось в прошлый раз, после первого сеанса.

Дополнительно ей было внушено также, что в дальнейшем, если у нее будут возникать конфликты на работе и ей придется основательно поволноваться, это не будет вызывать слепоты.

И на этот раз, ровно через 10 минут, больная после соответствующего внушения была разбужена, к ней полностью вернулось зрение и она смогла самостоятельно пойти домой. Больше эта больная к нам не обращалась.

Следует обратить внимание на два обстоятельства при лечении этой больной. Первое — это то, что ее лечащим врачом в первый раз была проведена надлежащая психологическая подготовка. Больная с большим нетерпением ждала сеанса, верила в благополучный исход и был достаточный промежуток времени для укрепления этой веры. Вместе с тем, в первый раз была допущена ошибка, заключающаяся в том, что ей не было внушено, что она не будет слепнуть при очередных конфликтах.

Эта ошибка была исправлена при повторном амаврозе и, по-видимому, соответствующее внушение оказало свое действие.

Следующий пример в еще большей степени показывает, насколько важным являются предварительная психологическая подготовка больного и соответствующая тактика.

Наблюдение 12. Больная П., 45 лет, кондуктор автобуса, была приведена к нам на прием врачом-физиотерапевтом по поводу истерической афонии.

История возникновения афонии такова: три недели назад П. вечером заканчивала свою работу. В конце рейса, в автобусе на нее напали бандиты, пытаясь отобрать сумку с дневной выручкой. П. стала отбиваться, подняла крик. Шофер автобуса, услышав крик, в свою очередь, поднял тревогу, и стал звать на помощь. Это испугало грабителей, и они бросились бежать. Перед этим они несколько раз ударили П., но сумку так и не смогли у нее отнять. В результате этого переживания П. потеряла способность громкой речи, она могла говорить только едва слышим шепотом. В течение трех недель, до прихода к нам, П. лечилась сперва у отоларинголога, затем у невропатолога и, наконец, у физиотерапевта. Лечение было безэффективным.

После краткого ознакомления с историей заболевания П., доложенной физиотерапевтом, мы решили сразу же воздействовать на нее внушением в гипнозе. Как обычно, в гипнокабинете было несколько врачей и студентов.

П. легко вошла в гипноз. Ей было внушено, что к ней вернулся голос и что она сможет так же свободно и громко разговаривать, как это было до нападения. Однако наше приказание П., находящейся в гипнозе, громко назвать свое имя, отчество и фамилию, не было выполнено.

Отсутствие надлежащего эффекта от нашего внушения мы смогли объяснить допущенной нами тактической ошибкой, заключавшейся в следующем: больную привели к нам во время приема других больных. Она не была психологически подготовлена. С больной мы почти не разговаривали и ограничились только сообщением физиотерапевта. Не был установлен контакт с больной.

Мы постарались исправить нашу ошибку и предложили больной прийти на следующий день в специально отведенное для нее время. Больной было сказано, что сегодня мы провели только пробу и что завтра, ровно через 30 минут после начала сеанса, она заговорит полным голосом.

На следующий день, после опроса больной и введения ее в гипноз, ей было внушено, что она находится на работе в автобусе, что сегодня такое-то число (было названо число за два дня до происшествия), что автобус проехал такую-то остановку, и она должна громко назвать следующую остановку. «Назовите громко следующую остановку!» Это приказание было точно выполнено. «Вот видите, речь к вам вернулась, и теперь вы сможете громко и свободно разговаривать. Поздравляю вас с выздоровлением. А теперь громко назовите ваше имя, отчество и фамилию».

На этот раз больная громко назвала требуемое. После пробуждения П. свободно отвечала на все вопросы.

Мы предложили П. пройти к физиотерапевту и громко поздороваться с ним. И это также было выполнено в точности. После еще одного закрепительного сеанса П. смогла вернуться на работу.

Этот пример наглядно показывает, насколько важно продумать план лечения и содержание внушения.

Наблюдение 13. Больная Е., 51 года, домашняя хозяйка, в ноябре 1955 г. была направлена к нам по поводу ряда жалоб невротического характера: большую раздражительность, плаксивость, бессонницу, головные боли и др. При опросе мы обратили внимание на то, что больная ничего не слышит на правое ухо.

Потеря слуха на правое ухо, по словам больной, произошла у нее около 20 лет назад одновременно с параличом правого лицевого нерва. Паралич этот через некоторое время прошел, а потеря слуха стойко сохранилась. Больная многократно обращалась к отоларингологам, но они ничем не смогли ей помочь.

В клинике, за 5 дней до обращения к нам, она была осмотрена отоларингологом, который записал в истории болезни: «Слух на правое ухо 0, барабанная перепонка не изменена. Дегенерация правого слухового нерва».

Несмотря на эту запись, история возникновения глухоты надела нас на мысль о возможности функциональной природы заболевания.

Больной было предложено освободить ее от глухоты путем соответствующего внушения в гипнозе.

Больная, стремившаяся полечиться внушением в гипнозе по поводу своего невроза, несколько скептически отнеслась к возможности возвращения ей слуха, но все же согласилась на наше предложение. К огромному счастью больной, она уже в первом сеансе стала слышать хорошо на правое ухо, что подтвердило правильность предполагаемого нами диагноза.

Больная стала настаивать на немедленной выписке, и нам стоило больших трудов удержать ее в клинике для проведения еще одного закрепительного сеанса.

Слух сохранился полностью и в последующем. Восстановление слуха настолько благоприятно отразилось на общем состоянии больной и ее нервной системе, что она перестала предъявлять другие жалобы.

Успех лечения этой больной навел нас на мысль проведения попыток восстановления или улучшения слуха и у других больных, страдавших глухотой.

Эти попытки в части случаев были небезуспешными. Нередко даже у больных, перенесших органические заболевания, нам удавалось улучшить слух, по-видимому, за счет снятия функциональных наслоений.

В 1963 г. нам также удалось восстановить слух на правое ухо у другой больной, страдавшей глухотой на протяжении 8 лет.

Так же, как и больной Е., слух удалось восстановить уже в первом сеансе.

Наблюдение 14. Больная В., 23 лет, студентка VI курса I-го Ленинградского медицинского института, обратилась к нам с жалобой на плохой слух, ухудшившийся особенно за последние два года. Отоларингологи поставили ей диагноз неврита слухового нерва. Она много лечилась, в том числе инъекциями витамина В₁₂. Лечение не улучшило слуха. Хуже слышит на левое ухо. Шепотная речь не воспринимается. В прошлом ничем серьезным не болела.

Обратилась к нам потому, что, занимаясь в клинике и посещая гипнокабинет, была свидетельницей успешного лечения глухоты у других больных.

Уже при внушении наяву слух заметно улучшился, а после сеанса он полностью восстановился, и в дальнейшем В. перестала жаловаться на плохой слух.

Все описанные ранее моносимптомы могут быть отнесены к истерическим реакциям. Диагностика их представляет известные трудности, но все же имеются

некоторые показатели, позволяющие дифференцировать эти реакции от других заболеваний.

З. А. Копиль-Левина¹ указывает на то, что при истерических моносимптомах отмечается нарушение всех видов кожной чувствительности, соответствующей области периферического конца пострадавшего анализатора. При глухоте — это анестезия ушных раковин и области слуховых проходов, при снижении слуха — гипестезия. При амаврозе — анестезия в форме очков. При мутизме — анестезия или гипестезия языка, слизистой губ, иногда области гортани, понижение глоточного рефлекса.

Понижение или отсутствие глоточного рефлекса характерно вообще для истерии.

После определения степени анестезии и района ее границ мы используем, как это рекомендует З. А. Копиль-Левина, прием покалывания этого района одновременно с внушением восстановления чувствительности, а вместе с ней и функции соответствующего органа.

Наблюдение 15. Больной Б., 55 лет, агент по снабжению, в октябре 1953 г. был доставлен в клинику из милиции, где он в течение трех дней находился под арестом и где заболел гемипарезом правых верхней и нижней конечностей с выраженной дизартрией. В милицию он попал после драки около пивной.

После пятидневного обследования невропатологом был поставлен диагноз функционального паралича.

За эти пять дней никакого сдвига в сторону улучшения не произошло.

Невропатолог обратился к нам с просьбой провести лечение внушением в гипнозе.

После ознакомления с больным, его историей болезни и согласившись с диагнозом невропатолога, мы тут же в палате громко заявили больным (в палате размещалось 10 человек): «Видите, товарищи, больной Б. не может ходить, действовать правой рукой, он плохо, неотчетливо разговаривает. Сейчас его отвезут в гипнокабинет. Там мы будем лечить его при помощи гипноза, после которого он самостоятельно придет в палату, помашет вам недействующей сейчас правой рукой и отчетливо скажет, что чувствует себя хорошо». Такое заявление фактически означало начало лечения путем косвенного внушения.

Б. был доставлен в гипнокабинет, и ему было сделано внушение следующего содержания: «Ваш паралич является следствием перенесенных Вами переживаний. Только страх перед возможными последствиями драки и боязнь наказания вызвали глубокое торможение коры головного мозга, проявившее себя наступлением паралича. Это торможение будет снято в гипнозе, что приведет к тому, что

¹ З. А. Копиль-Левина. К вопросу о терапии некоторых истерических состояний. Вopr. психотер. М., 1958, стр. 11.

все явления паралича будут устранены. Вы сможете совершенно свободно двигать правыми ногой и рукой. У Вас полностью восстановится речь. Ваша правая рука и нога уже свободно действуют. Вы отчетливо ответите на все мои вопросы! Поднимите правую руку (больной медленно поднимает), так, хорошо... теперь согните ее в локте (больной сгибает), отлично. Теперь опустите руку (рука опускается), очень хорошо. Теперь займемся ногой. Поднимите правую ногу... согните ее в колене, опустите (больной проделывает все заданные движения под одобрение гипнолога). Теперь громко и отчетливо произнесите Ваше имя, отчество и фамилию (больной точно выполняет и это приказание). Ну, что же, отлично. Поздравляю Вас с выздоровлением. Ваша правая рука и нога действуют совершенно свободно, Ваша речь стала отчетливой. Все, что я обещал в палате, полностью выполнено. Сейчас я вас разбуду, после чего вы свободно, самостоятельно пройдете к себе в палату, не забудьте при входе в палату помахать Вашим соседям по палате правой рукой и заявить им о хорошем самочувствии. Вы скажете больным: «Я самостоятельно пришел в палату и чувствую себя очень хорошо».

Так оно и произошло. Больной самостоятельно прошел через длинный коридор отделения, бодро вошел в палату, помахал больным рукой и рассказал о том, что с ним происходило и что он чувствует себя хорошо.

Б. было проведено еще три сеанса, после чего он был выписан. На протяжении многих лет мы встречали Б. Он продолжал работать и чувствовал себя хорошо.

Мы привели примеры исключительно успешного восстановления утерянных функций, однако это не всегда проходит так успешно. Иногда функции восстанавливаются только постепенно, после ряда сеансов. Но, как правило, они восстанавливаются всегда.

Не следует отказываться от лечения внушением в гипнозе больных, парализованных в результате органических поражений.

Нередко бывает так, что ряд функциональных нарушений сопутствует органическим и они усиливают степень имеющихся нарушений.

Снятие этих функциональных моментов приводит, если не к полному, то хотя бы к частичному восстановлению функций.

Наблюдение 16. Больная Р., 49 лет, заведующая сберкассой, 16 июня 1966 г. обратилась к нам по поводу аллергического насморка, которым страдает на протяжении 3 лет. Насморк возникает при малейшем охлаждении и сопровождается потерей обоняния и вкуса.

Многokrатно лечилась, но без успеха. В апреле 1966 г. после 4 сеансов электрофореза с медом потеряла обоняние и частично вкус. Несмотря на лечение, обоняние не восстанавливалось. Не ощущает никаких запахов, даже самых сильных.

В прошлом имела много серьезных переживаний. Первый муж умер. Осталась с двумя детьми. Второй муж оказался алкоголиком. 6 лет назад развелась с ним. Работа у нее нервная, напряженная. Умеет себя сдерживать, но в последнее время это дается с большим трудом.

Со стороны внутренних органов без особенностей. Органической патологии со стороны нервной системы не обнаружено. Запах лука, одеколона и нашатырного спирта не ощущает. Введена в гипноз II степени. В гипнозе внушалось восстановление обоняния. К носу подносились поочередно лук, одеколон, нашатырный спирт. Внушение проводилось следующим образом: «Я подношу к Вашему носу лук, нюхайте в запаха лука и запомните его хорошо. Это лук, запомните его запах. Когда я Вас разбужу, то сразу же Вы узнаете запах лука. Ваше обоняние восстанавливается. Я дам Вам понюхать еще и другие запахи, и Вы, после пробуждения, сможете их различить. Сейчас я даю Вам понюхать одеколон. Хорошо запомните его запах». Внушение такого же содержания проводилось и на следующих сеансах с введением все новых и новых запахов — мятных капель, апельсиновой корки и других.

Уже после первого сеанса больная смогла определить запах лука, одеколона и нашатырного спирта. После 5 сеансов стала ощущать все запахи. На 6-м сеансе заявила, что вкус также полностью восстановился. Ела окрошку и ощущала тонкий аромат и вкус свежих огурцов.

Всего было проведено 7 сеансов, восстановивших полностью вкус и обоняние и ликвидировавших насморк.

Больная выписалась в хорошем состоянии. Лечение внушением проводилось в комплексе с санаторным лечением в Кисловодске, в санатории им. С. М. Кирова.

Наблюдение 17. Аналогичный результат мы получили и у другой больной А., врача из Баку, лечившейся у нас по поводу выраженной формы неврастения. При первичном опросе она не предъявила жалобы на отсутствие обоняния и пожаловалась на это только тогда, когда узнала о результатах лечения предшествующей больной. Оказалось, что она на протяжении 10 лет не ощущает запахов.

Несмотря на такой длительный срок, внушением в гипнозе удалось вернуть ей обоняние. Причины возникновения потери обоняния больная указать не смогла. Срок наблюдения — 2 года.

Наблюдение 18. Больная Д., 33 лет, работница переплетной мастерской, повторно поступила в клинику 16 октября 1952 г. по поводу судорожной икоты. Икота эта возникла у больной около двух месяцев назад после ссоры с матерью, страдавшей алкоголизмом, вымогавшей деньги у дочери и избившей ее.

Д. была направлена в клинику, где провела 1½ месяца.

Разнообразные методы лечения: медикаментозное, физиотерапевтическое, вагосимпатическая блокада оказались неэффективными, и больная была выписана примерно в таком же состоянии, в каком она поступила в клинику.

Когда она вернулась на работу, где продолжала мучительно и громко икать, ей сказали, что она напрасно выписалась, и порекомендовали снова поступить в клинику и пробыть там до тех пор, пока ее не вылечат.

После ознакомления с историей болезни ей было предложено лечение внушением в гипнозе.

Больная охотно согласилась на это предложение. Уже после первого сеанса гипносуггестивной терапии больная перестала икать в течение суток, после второго сеанса — в течение трех суток, а после третьего — икота больше не возобновлялась. Было проведено еще два сеанса, после чего больная была выписана. Через три недели после выписки, после очередной ссоры с матерью, вновь возникла судорожная икота, которую нам удалось снять кратковременным сеансом.

По такому же поводу Д. обратилась к нам еще через 2½ месяца. И на этот раз икота была снята одним сеансом.

Мы порекомендовали Д. поселиться отдельно от матери, что ей удалось осуществить. В последующие 8 лет наблюдения икота не возобновлялась ни разу.

Этот пример интересен тем, что внушение в гипнозе оказалось единственно действенным методом лечения, в то время как все другие на протяжении почти двух месяцев не давали положительных результатов.

Приведенные примеры лечения истерических моносимптомов внушением в гипнозе показывают высокую эффективность этого метода лечения.

Некоторые авторы указывают на положительные результаты лечения истерических моносимптомов косвенным внушением.

Наблюдение 19. Вспоминается больной С., 21 года, красноармеец, поступивший в 1924 г. в Николаевский военный госпиталь по поводу внезапной полной потери голоса. Потеря голоса появилась у С. утром без какой-либо особой причины. Он не мог произнести ни одного слова, даже шепотом.

Вначале предполагалась симуляция. Мнения приглашенных для консультации невропатологов разошлись. Одни склонны были считать потерю речи симуляцией, другие ставили диагноз истерической афонии.

В течение месячного пребывания в госпитале самые разнообразные методы лечения не оказали положительного воздействия. С. хорошо во всем ориентировался, все хорошо слышал и понимал, но по-прежнему не мог произнести ни одного слова, даже шепотом, и объяснялся только записками.

Тогда мы, вспомнив о лечении одной больной, демонстрированной нам еще в студенческие годы профессором Флексингом в Лейпциге, решили применить аналогичный метод в отношении С. Тогда дело шло о молодой девушке, воображившей, что нижняя часть спины у нее стеклянная. Ее ни за что нельзя было заставить сесть или лечь на спину, так как она боялась, что стекло разобьется. Проф. Флексинг предложил больной удалить оперативным путем, под наркозом, все стеклянные части и убедил ее в том, что она после операции сможет свободно садиться, так как нечего будет разбивать.

На следующей лекции аудитория психиатрической клиники была превращена в операционную с большим количеством инструментов, биксов и др. Под эфирным рауш-наркозом, в момент возбуждения,

профессор громко сказал: «Я удаляю все стеклянные части, теперь больная сможет спокойно садиться, ложиться на спину и вообще принимать любое положение». В это время в стороне один из сотрудников разбил стеклянный сосуд. Когда больная пришла в себя, она сразу же села и поблагодарила профессора за произведенную операцию.

В то время мы не занимались еще гипноусуггестивной терапией и предложили С. сделать операцию на голосовых связках, которая восстановит его голос. Мы сказали больному, что у него на голосовых связках имеется небольшое образование, которое и является причиной его заболевания. Как только мы удалим это образование, он сразу же заговорит полным голосом.

Больной согласился на операцию после того, как на его письменный вопрос, не будет ли ему больно, мы сообщили, что операция будет проведена под наркозом.

В операционной, в которой было разложено много блестящих инструментов, перед наложением маски больному было сказано: «Товарищ С., сейчас Вы уснете, после чего мы сделаем Вам операцию, во время которой будет удалено с голосовых связок то образование, которое не давало Вам говорить. Вы не почувствуете никакой боли и, как только проснетесь, сразу же заговорите».

После эфирного оглушения, в стадии начавшегося возбуждения, мы сильно дернули больного за кадык и громко сказали: «Ну вот, операция благополучно закончена, нарост удален, и вы теперь сможете свободно говорить». Так оно и получилось. Когда С. пришел в себя, ему было сказано: «Говорите». Больной вскрикнул: «Я говорю, говорю, говорю», вскочил с операционного стола и побежал в свою палату. Все, присутствующие на так называемой операции, побежали за ним.

В палате больному было предложено рассказать своим соседям о том, что с ним произошло, и он, слегка заикаясь, рассказал о том, какую замечательную операцию ему сделали.

Результат воздействия подтвердил диагноз истерической афонии.

Я. Л. Шрайбер¹ рекомендует применять в таких случаях наложение наркозной маски с какой-нибудь индифферентной жидкостью (нашатырно-анисовая жидкость). Предварительно больному должно быть внушено, что лекарство, которое он будет вдыхать, является весьма действенным, что оно сразу же после его применения освободит больного от... (называется симптом, подлежащий устранению).

Для усиления психологического воздействия рекомендуется сказать больному за несколько дней до наложения маски, что это лекарство очень редкое, но будет сделано все для того, чтобы его достать.

¹ Я. Л. Шрайбер. Способ косвенного внушения для устранения тяжелых фиксированных истерических симптомов. Вопр. психотер. М., 1958.

Все дни до наложения маски нужно держать больного в известном напряжении. Во время наложения маски и по мере капания жидкости проводится соответствующее внушение. Не обязательно, чтобы при этом больной уснул. Но чаще всего он засыпает.

И этот прием чаще всего достигает поставленной цели.

НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ

Невроз навязчивых состояний связан с ослаблением тормозного процесса, с патологической инертностью корковых процессов, с возникновением больного пункта.

Навязчивые состояния встречаются довольно часто и проявляются в виде различных фобий (страхов), навязчивых действий, тиков, нарушения кинетики и др.

Существовало мнение о том, что лечение внушением в гипнозе не может быть успешным при навязчивых состояниях. Однако это не всегда так.

В этих случаях применение внушения в гипнозе может быть успешным, что подтверждается большим количеством имеющихся в нашем распоряжении наблюдений.

Среди лиц, обращавшихся к нам за помощью, было много больных, страдавших различного рода фобиями, навязчивыми мыслями, сомнениями, действиями.

Часто они являлись симптомами того или иного невроза, но нередко они проявлялись как моносимптомы.

Наблюдение 20. Больная К., 44 лет, врач, председатель ВТЭКа, обратилась к нам 16 мая 1953 г. с жалобой на чувство страха, возникшее около трех месяцев назад, после смерти матери. К. не может оставаться дома одна, не может спать одна в кровати и спит только с сестрой, причем при полном освещении. Когда она работает дома за письменным столом, ей кажется, что вот-вот кто-то появится из-за двери.

За время с 16 мая по 27 июня было проведено 9 сеансов гипноусуггестивной терапии. Уже после первого сеанса чувство страха заметно уменьшилось, но полностью не исчезло. Настроение несколько улучшилось.

После второго сеанса стала спать без света. После третьего сеанса смогла вечером оставаться одна. Страх, что кто-то может появиться из-за двери, прошел. Стала спокойнее, спать продолжала с сестрой.

На пятом сеансе сказала, что чувство тревоги усиливается по воскресеньям, в день смерти матери.

На очередном сеансе проведено специальное внушение, направленное против воскресных тревог. После 10 сеансов больная была

полностью освобождена от всех своих страхов. Работает вечерами одна, спит в темноте, отдельно от сестры. Ночами сестру больше не будит (раньше за ночь будила сестру по несколько раз). В дальнейшем эти страхи не возобновлялись (многолетнее наблюдение).

Довольно часто встречаются больные канцерофобией. Наслышавшись и начитавшись о раковых заболеваниях, они на основе небольших болезненных ощущений приписывают себе заболевание раком и становятся поистине несчастными людьми.

Нередко бывает очень трудно освободить больных от имеющейся у них навязчивости.

Наблюдение 21. Больная Ш., 42 лет, жена полковника медицинской службы, болев обычным гастритом, внушила себе, что она больна раком. Несмотря на повторные тщательные обследования, заключения ряда весьма авторитетных специалистов об отсутствии ракового заболевания, больная продолжала настаивать на своем: стала плохо спать, плохо ела, начала худеть и непрерывно плакала. Она отравляла жизнь не только себе, но мужу и детям. Стала перешивать все свои платья на детей, говоря, что все равно она скоро умрет. Себе же она во всем отказывала и перестала встречаться со знакомыми.

По просьбе мужа мы стали лечить больную внушением в гипнозе и добились отличных результатов.

После тщательного ознакомления с больной и имеющейся медицинской документацией выяснилось, что действительно нет ни малейших оснований для диагноза рака желудка.

В гипнозе ей были внушены: хороший аппетит и сон, нарастание физической бодрости и веса, вера в диагноз врачей и полное неверие в самовнушенный диагноз рака.

Уже после первого сеанса больная заметно приободрилась, стала рассуждать спокойно, без слез, начала улыбаться.

На второй сеанс пришла совершенно преображенной, стала хорошо есть и спать, перестала плакать.

Восьми сеансов оказалось достаточным для того, чтобы освободить больную от канцерофобии. Больная вновь стала интересоваться хозяйством, детьми; купила себе отрез на платье и отдала его шить.

Нам не удалось выявить источника возникшей у нашей больной ракофобии. Явилась ли она результатом осведомленности больной о раковых заболеваниях, или неосторожные рассуждения врача упали на благоприятную почву.

Возможно, что у данной больной оба указанных момента могли послужить причиной возникшей фобии.

Канцерофобия встречается нередко и у врачей. В этих случаях для ее устранения приходится затрачивать значительно больше усилий.

Наблюдение 22. Больная К., 40 лет, врач-терапевт, заболела канцерофобией после того, как на рентгенограмме, при диспансеризации, был обнаружен участок затемнения в правом легком, который сама больная расценила как рак бронха. Уже до этого она чувствовала себя не совсем здоровой, покашливала, стала худеть и слабеть. При повторном рентгеновском исследовании участок затемнения сохранился в прежних размерах; по совету фтизиатра, отрицавшего заболевание туберкулезом легких, она 29 января 1960 г. поступила на обследование в клинику.

В течение месячного пребывания в клинике больная подверглась самому тщательному обследованию, была проведена консультация с проф. Ф. Г. Угловым — крупнейшим специалистом по раку легкого. Диагноз рака был отвергнут.

Несмотря на это, больная продолжала настаивать на своем, много плакала, теряла в весе. Решено было прибегнуть к гипнозуггестивной терапии.

В прошлом жизненные обстоятельства больной сложились неудачно. Она перенесла ленинградскую блокаду. В 1941 г. потеряла отца. В 1943 г. вышла замуж и в 1957 г. разошлась с мужем, оставившим ее с двумя детьми. Старший сын болел ревматизмом и пороком сердца. Вынуждена работать на 1½ ставки. Живет с матерью и двумя детьми на площади в 12 м².

За время с 29 февраля по 11 марта было проведено 6 сеансов гипнозуггестивной терапии. Уже после первого сеанса настроение больной заметно улучшилось, стала лучше есть. После второго сеанса заметно успокоилась, стала хорошо есть и спать, но по ночам еще преследовали кошмары. После третьего сеанса кошмары исчезли. 7 марта, после повторной рентгеноскопии, на которой не было отмечено динамики в затемненной области, больная снова пала духом.

Понадобилось еще два сеанса для того, чтобы состояние больной улучшилось. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии и благополучно здравствует и поныне.

Наблюдение 23. Больная Б., 33 лет, разнорабочая, поступила в клинику в 1952 г. по поводу обострения хронического холецистита и истерических реакций на фоне остаточных явлений черепно-мозговой травмы. Когда в палату вошла проф. М. И. Хвиливицкая как обычно с большой группой врачей для проведения консультации одной из соседок Б. по палате, Б. разразилась громким истерическим плачем.

На вопрос о причине плача Б. ответила, что она не может спокойно смотреть на большую группу людей в белых халатах, что они вызывают у нее чувство тревоги и страха.

Когда мы сказали ей: «Позвольте, ведь вы находитесь в больнице, где весь обслуживающий персонал в халатах», она ответила: «Отдельные люди в халатах на меня не действуют, а вот группу я видеть спокойно не могу. Вот Вы бы, доктор, освободили меня от моего страха, подобно тому, как Вы освободили Женю Д. от ее икоты». Больная имела в виду ранее описанную больную Д. с судорожной икотой.

На наш вопрос, чего она еще боится, Б. ответила «уколов». Выяснилось, что Б. не только не дает делать себе какие-либо уколы, но не может видеть и когда делают какие-либо инъекции другим больным. Она бледнеет, покрывается потом и старается укрыться с головой, чтобы не видеть этих процедур.

Мы согласились провести лечение гипнозом с тем, чтобы освободить больную от ее страхов.

Из ознакомления с больной выяснилось, что она в 10-летнем возрасте страдала эпилепсией. В 1941 г. в течение нескольких дней у нее «отнялись» ноги и язык. В 1943 г. она была тяжело контужена и ранена. До этого она два года пробыла в партизанском отряде на финском фронте. На них довольно часто нападали немцы в маскировочных белых халатах, поэтому люди в белых халатах и особенно группа людей в белых халатах ассоциировалась у нее с врагами и вызывала патологическую реакцию.

В первом сеансе, который проводился в присутствии 5 человек в халатах, больной было внушено, что если в настоящее время люди в маскировочных халатах были врагами, то в настоящее время люди в белых халатах — это медицинский персонал, ее друзья, стремящиеся помочь ей, что не следует их бояться и что впредь она должна встречать их улыбкой.

Второй сеанс мы умышленно проводили в присутствии большой группы врачей и студентов численностью в 25 человек. Все они, конечно, были в белых халатах. На этот раз больная отнеслась к ним совершенно спокойно и заявила, что люди в белых халатах на нее больше не действуют и она считает себя освобожденной от этого страха. И тут же добавила: «Доктор! помогите мне освободиться и от моей боязни уколов. Мой лечащий врач рекомендует мне курс внутривенных вливаний витамина В₁₂, я очень хотела бы получить этот курс, но не могу на него решиться».

Больной было предложено пригласить нас на первое вливание.

Больной без введения ее в гипноз было внушено полное равнодушие к предстоящему вливанию и безболезненность в месте укола, а также отсутствие страха и при последующих вливаниях. «Вы не испытываете никакого страха перед предстоящим вливанием. Укола Вы не почувствуете, так как это место обезболено (мы провели рукой по месту предстоящего вливания, локтевому сгибу). Это место как бы стало деревянным».

Первое вливание прошло безболезненно, больная спокойно перенесла его и заявила, что наша помощь при последующих вливаниях ей больше не понадобится. На вопрос присутствующих при вливании врачей: «Не было ли Вам больно?» Б. ответила: «Нет, было так, как сказал доктор. Впечатление такое, будто бы кололи в дерево».

В дальнейшем больной был проведен полный курс вливаний без нашей помощи.

Эту же больную мы вновь увидели через 8 лет, при повторном поступлении ее в клинику по поводу обострения хронического колещистита.

Она полностью освободилась тогда от своего страха людей в белых халатах, но около года назад к ней вернулась боязнь уколов, и она попросила воздействовать на нее гипнозом. Двумя сеансами внушения в гипнозе этот страх был снят.

Наблюдение 24. Больной С., 52 лет, инженер научно-исследовательского института, 29 сентября 1952 г. обратился к нам с жа-

лобами на боязнь езды в трамвае. Когда он входит в трамвай, в особенности в переполненный, тотчас же возникает чувство страха, он начинает бледнеть, покрывается потом и ему стоит больших усилий заставить себя высадиться в вагоне до места назначения.

Так как С. живет далеко от места работы, он вынужден пользоваться трамваем.

Такие ежедневные переживания выбили С. из колеи. Он стал раздражительным, снизилась его работоспособность. Страх появился около полугода назад, после того как однажды в трамвае у него случился приступ стенокардии.

С. был отправлен домой, пролежал около 2 недель и, когда впервые сел в трамвай, чтобы поехать на работу, у него возникли описанные выше ощущения. С тех пор они стали появляться каждый раз, как только он садился в трамвай.

Болями в сердце С. страдает около 10 лет, но приступы бывали сравнительно редкими. На повторных электрокардиограммах отмечались лишь небольшие мышечные изменения.

Объективно: пульс 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Небольшое увеличение левого желудочка сердца. Тоны сердца приглушены. Легкие и органы брюшной полости без особенностей. Выраженная эмоциональная лабильность, стойкий красный дермографизм, небольшое дрожание вытянутых пальцев рук, умеренный гипергидроз.

В тот же день, т. е. 29 сентября, больному был проведен сеанс гипносуггестивной терапии, в котором ему была разъяснена причина появления страха и внушено полное отсутствие страха при езде в трамвае в дальнейшем.

1 октября, перед вторым сеансом, С. рассказал нам, что чувство страха езды в трамвае у него прошло, и он в этом убедился на опыте вчерашнего дня, т. е. 30 сентября. В этот день — день Веры, Надежды, Любви и их матери Софии — у него оказалось много знакомых именинниц. Помня наши указания о том, что он больше не будет бояться езды в трамвае, С. решил навестить одну из именинниц. Езда в трамвае не привела к обычным неприятным переживаниям. Тогда он решил навестить и другую свой знакомую. И на этот раз все прошло благополучно. Тогда он набрался храбрости и поехал поздравить свою третью знакомую, которая жила очень далеко, причем он попал в переполненный трамвай, и опять-таки все сошло благополучно.

Сегодня утром он поехал на работу, абсолютно равнодушный к пребыванию в трамвае и уверенный в избавлении от своей фобии. Действительно, за много лет последующего наблюдения этот страх у него ни разу больше не возобновлялся.

Для того чтобы освободить С. от болевых ощущений в сердце, понадобилось еще 7 сеансов, которые были проведены на протяжении 40 дней.

Этого больного мы демонстрировали на одной из лекций большой группе врачей.

После введения С. в гипноз мы рассказали историю его болезни и о методике проведенного лечения.

После выведения из гипноза на вопрос присутствующих, как он себя чувствует, С. ответил: «Все это было так, как вам доложил доктор. Но только он упустил рассказать вам еще об одном факте. На одном из сеансов, когда я укладывался на кушетку, доктор

заметил, что я болезненно поморщился, и спросил меня, что со мною. Я ответил доктору, что временами меня беспокоят боли в правом седалищном нерве и эти боли как раз возникли при укладывании. Тогда доктор пообещал мне освободить меня и от этих болей.

В сеансе он проделал ряд манипуляций с моей ногой и, когда я проснулся, боли не было. С тех пор они не беспокоили меня. Как с меня были сняты страх езды в трамвае и боли в сердце, мне понятно, но как удалось доктору устранить боль в ноге — этого я понять не могу».

Этого больного мы встречали неоднократно на протяжении многих лет. Он приобрел себе мотоцикл и свободно ездил на нем.

В данном случае фобия возникла на почве закрепившейся неправильной нервно-рефлекторной связи, которую удалось устранить внушением в гипнозе.

Навязчивые состояния могут иметь самый разнообразный характер.

Считаем необходимым привести еще несколько примеров успешного лечения этого заболевания.

Наблюдение 25. Больная К., 54 года, фельдшерница-акушерка, поступила в клинику 6 октября 1952 г. по поводу функционального расстройства нервной системы с явлениями выраженного вегетативного невроза, с склонностью к ангиоспазмам в области вестибулярного аппарата (синдром Меньера). Больная жаловалась также на зуд в пальцах ног и расстройство сна. Заболела 9 января 1952 г. В течение 3 недель лечилась дома.

В гипнокабинет больная была направлена по поводу навязчивых сновидений, резко повышенной раздражительности, частых слез.

В прошлом имела очень много тяжелых переживаний. В 1937 г. утонул муж. Пришлось много работать, чтобы воспитать двух сыновей. Впоследствии один из сыновей пропал без вести на войне, другой погиб в 1945 г. при железнодорожной катастрофе.

В течение двух месяцев, после смерти второго сына, больная страдала параличом левых верхней и нижней конечностей. Затем еще в продолжение 1½ лет после этого, у нее оставались судорожные подергивания лица и дрожание головы.

Каждую ночь во сне к больной является кто-либо из погибших, после чего она никак не может успокоиться.

Во время Великой Отечественной войны потеряла всех своих близких и квартиру.

В настоящее время живет в большой комнате, в которой тонкими перегородками отделена небольшая комната. К живущей там соседке часто приходят молодые люди, в том числе и по ночам. Они проходят через ее комнату, и все, что делается у соседки, доходит до ее слуха. Все это ее сильно раздражает.

Больной было проведено 4 сеанса гипносуггестивной терапии и еще один сеанс после выписки.

Уже после первого сеанса навязчивые сны исчезли, больная перестала плакать. После второго сеанса исчез зуд в пальцах ног, наладился хороший сон.

В последующие дни состояние больной настолько улучшилось, что ее смогли выписать. При амбулаторном посещении больная не предъявила никаких жалоб.

Интересно отметить, что по роду своей работы К. приходилось заниматься психопрофилактикой родов. Она прошла специальную подготовку. К этой своей работе, по ее словам, она относилась формально, ни разу не заинтересовавшись ее результатами, и вообще была настроена к ней скептически.

После того как больная на себе смогла убедиться в действительности внушения, она приняла решение по-другому относиться к своей работе.

Приводим еще один пример навязчивых сновидений.

Наблюдение 26. Больной К., 22 лет, студент, 13 ноября 1952 г. поступил в клинику по поводу гастродуоденита, дискинезии желудка и двенадцатиперстной кишки и неврастении с вегетативными нарушениями и навязчивыми снами.

К нам он был направлен после 23-дневного пребывания в клинике в связи с тем, что никак не удавалось наладить ему сон.

Общее состояние больного удовлетворительное. Эмоционально лабилен, многоречив. Дрожание сомкнутых век и вытянутых пальцев рук. Оживленные сухожильные и вегетативные рефлексы. Резко выраженные солитарные точки при пальпации живота.

Больной — румын, он плохо владеет русским языком, что приводило к большому напряжению на занятиях. Ночью, во сне, он продолжал заниматься и по утрам вставал утомленным.

Четырех сеансов гипносуггестивной терапии оказалось достаточным, чтобы освободить К. от его навязчивых снов. Он стал хорошо спать, появилось чувство бодрости и хорошее настроение, значительно уменьшились соматические жалобы. Больной был выписан во вполне удовлетворительном состоянии.

Еще один любопытный пример навязчивости.

Наблюдение 27. Больная С., 30 лет, секретарь-машинистка, была направлена к нам хирургом по поводу непроизвольного отхождения газов из заднего прохода. Больная стала избегать людей, работает при открытой форточке и сильно переживает, когда кто-нибудь становится за ее спиной, чтобы что-нибудь продиктовать, так как боится, что неприятный запах, сопровождающий отхождение газов, может быть замечен другими людьми. Такое явление наблюдается около 2 лет. Вначале стеснялась обращаться к врачам. Лечение стала только 3 месяца назад, сначала у невропатолога, затем у хирурга. Последний определил некоторое ослабление сфинктера заднего прохода.

Инъекции алоэ, стрихнина, д'Арсонваль, ванны, приемы угля не дали улучшения. Больная стала раздражительной, плаксивой, появились головные боли, чувство кома в горле, стала замкнутой. В прошлом имела много переживаний. До 20 марта 1942 г. находилась в блокированном Ленинграде с двухлетним братом. Затем

эвакуировалась в Казахстан. В Ленинград вернулась в 1946 г. Отец оставил семью в 1951 г. В 1951 г. вышла замуж за человека моложе ее на 5 лет. Муж был взят в армию. Во время отпуска мужа забеременела, имеет двухлетнюю дочь. Муж после армии в семью не вернулся. Сильно переживала уход мужа. В это время и началось непроизвольное отхождение газов.

Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы патологии не обнаружено. Эмоционально лабильна, при рассказе плачет.

За период с 19 декабря 1956 г. по 29 января 1957 г. было проведено 13 сеансов гипносуггестивной терапии. С пятого сеанса больная стала отмечать более редкое отхождение газов, улучшение общего состояния и настроения.

К концу лечения самопроизвольное отхождение газов было полностью ликвидировано.

Наблюдение 28. Больная К., 62 лет, пенсионерка, поступила в клинику по поводу хронического холецистита, атеросклеротического кардиосклероза, гипертонической болезни и склероза артерий головного мозга.

К нам она была направлена по поводу истерической реакции, выразившейся в том, что она не может открыть рта, жевать и принимает только жидкую пищу. Все эти затруднения появились 17 октября 1958 г. в связи с испугом. Больной было высказано предположение о необходимости ампутации ноги. Тогда же появился небольшой тик в правом веке.

Лечение гипнозом было направлено против затруднений в открытии рта и тика. Перед сеансом при попытке открыть рот образуется только маленькая щель.

С 23 октября по 6 ноября 1958 г. было проведено 4 сеанса гипносуггестивной терапии. Уже в процессе проведения первого сеанса, после соответствующего внушения, больная смогла откусить кусок булки и стала жевать. После второго сеанса полностью открыла рот и ела любую пищу. После третьего сеанса все затруднения были ликвидированы. Исчез также и тик.

После четвертого, закрепительного, сеанса дальнейшее лечение было прекращено.

Мы рекомендуем после полной ликвидации симптомов, по поводу которых проводилось лечение, проделать еще 1—2 сеанса для закрепления результатов лечения.

Содержание внушения в аналогичных случаях должно содержать указание на причину возникновения заболевания, на то, что оно не имеет никакой органической основы, а связано с образованием большого пункта в коре головного мозга, и что в гипнозе этот большой пункт соответствующим внушением будет ликвидирован.

В гипнозе же после этих разъяснений, после того как будет указано, что большой пункт уже частично ликвидирован и больная теперь сможет открывать рот, следует скомандовать: «Откройте рот, больше, больше... Вот так,

хорошо. Рот уже частично открылся и, когда Вы проснетесь, то сможете откусить кусок хлеба и разжевать его...».

Такое внушение следует повторить в середине и перед концом сеанса.

В конце этого раздела мы считаем полезным привести еще два случая невроза с нарушением кинетики.

Наблюдение 29. Больная Ш., 34 лет, жена офицера, обратилась к нам с жалобами на появившееся у нее дрожание головы и конечностей, мигренеобразные головные боли, плохие сон и аппетит, фригидность.

Все эти явления развились у нее около 3 лет назад, постепенно усиливаясь, несмотря на лечение у невропатологов.

В Институте им. В. М. Бехтерева, в Ленинграде, ей был поставлен диагноз — невроз развития с нарушением кинетики. После лечения в институте некоторое время чувствовала себя лучше.

Свое заболевание Ш. связывает с переживаниями из-за переезда в другой город. Замужем. Муж старше на 10 лет (больная подчеркивает это). Имеет двух детей. Психически подавлена, не может встречаться с людьми, часто беспричинно плачет, в особенности при разговоре. С семьей отношения неровные, часто раздражается, вспыльчива.

При осмотре выраженное дрожание головы и рук. Дрожание ног выражено меньше. Ш. занимается художественным вышиванием, но из-за дрожи в руках вынуждена была оставить эту работу.

За время со 2 по 22 июля 1952 г. было проведено 6 сеансов гипносуггестивной терапии. Постепенно наступило заметное улучшение, уменьшилось дрожание головы и конечностей, стала спокойнее, лучше спала. С каждым последующим сеансом нарастало улучшение общего состояния, уменьшилось и затем полностью исчезло дрожание головы и конечностей, перестала плакать, стала встречаться с людьми, начала заниматься рукоделием.

Больная рассказала нам о том, что ее знакомые при встрече удивлялись и спрашивали, что произошло, отмечая, что она стала совершенно другим человеком.

Больную мы демонстрировали на научном собрании врачей. Ряд врачей, лечивших Ш. и знавших ее как не поддававшуюся лечению, были удивлены результатом гипносуггестивного воздействия.

Наблюдение 30. Больная С., 39 лет, старший педагог детсада, поступила в гинекологическое отделение по поводу неполного выкидыша. В связи с выраженными явлениями истерии с расстройством кинетики, по просьбе зав. отделением, мы провели ей лечение гипнозом непосредственно в палате. Больная жаловалась на непроизвольное дрожание головы и рук, повышенную раздражительность и плаксивость. Считает себя больной около 3 лет. Лечилась в прошлом гипнозом, после которого в течение 2 лет дрожания не было.

За последнее время оно вновь появилось и стало усиливаться. В прошлом имела много переживаний, муж погиб на войне. Мать и дочь умерли во время ленинградской блокады. Вышла замуж вторично, имеет двух детей. Начало заболевания связывает с большими переживаниями из-за бегства одного из воспитанников.

Потеряла тогда сознание, после чего начались подергивания. Находилась под наблюдением психоневрологического диспансера.

Из-за болезни вынуждена была прекратить преподавание и перешла на работу в детский дом. Из-за состояния нервной системы вернуться на преподавательскую работу не может.

Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы без органической патологии. В анализе крови — гемоглобин — 45%. Выраженные эмоциональная лабильность и дрожание головы и рук. Судорожные подергивания лица. При опросе плачет.

С 27 мая 1954 г. было проведено 3 сеанса гипносуггестивной терапии. Уже в первом сеансе дрожание прекратилось, проспала два часа, после чего почувствовала себя хорошо.

Дрожание вплоть до выписки больше не возобновлялось. Больной было предложено явиться вновь, в случае возобновления дрожания, но она больше не пришла.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ

Профессиональные неврозы встречаются, например, у представителей искусства и проявляются в виде невозможности выполнения части своих обязанностей, боязни забыть содержание своего выступления, невозможности исполнения отдельных мест в музыкальном произведении, потери голоса с выходом на сцену, судорожного сведения руки и т. д.

Причинами этих нарушений являются случайные неудачи, грубые замечания руководителей, срыв во время выступления, выступления во время больших личных переживаний или при нездоровье.

Ослабление тонуса нервной системы представляет собой почву для возникновения невроза. Оно может быть временным результатом случайных причин. Невроз же в дальнейшем может прочно зафиксироваться.

Наблюдение 31. Больной Г., 45 лет, доцент консерватории, пианист. После одного неудачного выступления потерял уверенность в себе и вынужден был прекратить концертную деятельность. Ему все казалось, что во время выступления он обязательно забудет какое-либо место и не сможет закончить концерта.

1 февраля 1956 г. он обратился к нам с просьбой провести ему курс гипнотерапии для снятия страха перед выступлением.

В прошлом у Г. было много переживаний. В 1937 г. был арестован его отец, а мать была выслана. Сам он из-за этого не был допущен к участию в конкурсе пианистов. И в последующем на этой же почве он имел много неприятностей.

В 1941 году мать умерла от кровоизлияния в мозг. Перенес ленинградскую блокаду, болел алиментарной дистрофией и цингой. В 1942 г. был эвакуирован и жил в очень тяжелых условиях. Еще в 1941 г. разошелся с женой. Женится вторично. Жена — врач. Временами конфликты с женой. Имеет большую педагогическую нагрузку

ку (до 10 часов в день). Сильно устает, стал раздражительным, вспыльчивым, повышено реагирует на мелочи, плохо спит, появились признаки половой слабости. До 1936 г. много выступал, затем в связи с переходом на педагогическую работу сократил свою концертную деятельность, а в последние годы, в связи с возникшими затруднениями, совсем ее прекратил.

Физически крепок, со стороны внутренних органов без особенностей. Органической патологии со стороны центральной нервной системы не обнаружено. Эмоциональная и вазомоторная лабильность, красный дермографизм.

Во время гипносуггестивной терапии больному были разъяснены причины и механизм возникновения его страха, а также внушалась уверенность в том, что он может выступать в концертах. После пяти сеансов больной сказал, что готов возобновить свою концертную деятельность.

На шестой сеанс он пришел после успешного выступления в концерте. Стал спокойным, начал хорошо спать, наладились взаимоотношения с женой.

Всего было проведено 7 сеансов.

В дальнейшем Г. успешно проводил как педагогическую, так и концертную деятельность.

Наблюдение 32. Больной Б., 46 лет, певец (бас), длительное время выступал в качестве солиста в военных ансамблях. Последние годы работал в военном ансамбле в Германской Демократической Республике. Около полутора лет назад из-за простуды неудачно выступил на одном из концертов, сорвал голос и с тех пор не смог больше выступать.

Дома пел свободно и хорошо, но как только появлялись слушатели, так сразу же возникали спазмы в горле, начинал хрипеть и из-за этого не мог пройти квалификационную комиссию, чтобы определиться на работу.

Это был физически крепкий человек, без каких-либо существенных отклонений от нормы со стороны внутренних органов и центральной нервной системы.

Только умеренные явления неврастения стали проявляться у него в связи с возникшими жизненными трудностями.

За период с 24 января по 1 февраля 1961 г. было проведено 4 сеанса внушения в гипнозе.

Уже после первого сеанса Б. стал петь при посторонних, после второго много репетировал в присутствии посторонних лиц, после третьего сеанса успешно прошел квалификационную комиссию.

Был проведен еще один закрепительный сеанс, после которого Б. начал работать по своей специальности певца.

Наблюдение 33. Больная Т., 23 лет, актриса балета, подающая большие надежды, два года назад, в 1958 г., во время одного из уроков получила от своего преподавателя замечание, сделанное в грубой форме, за нечеткое выполнение одного из движений.

С тех пор она потеряла способность к этому движению и за два года не только не смогла его восстановить, но к этому добавилась еще потеря двух других движений.

Т. обращалась к врачам, в том числе и к психиатру, но они не смогли ей помочь.

По совету психиатра, она обратилась к нам. При тщательном объективном исследовании не было отмечено никаких нарушений со

стороны двигательного аппарата, не было какой-либо органической патологии и со стороны нервной системы.

Вместе с тем, налицо были функциональные нарушения, выражающиеся в больших трудностях при подскоке на левой ноге, подскоке на двух ногах, сведенных пятками, и прыжке. Все эти движения давались ей с большим напряжением.

Уже после третьего сеанса Т. смогла в гипнозе и после сеанса, в бодрствующем состоянии, выполнить все эти движения. Однако в классе, где обычно проводились занятия, эти затруднения возникали вновь.

Т. говорила, что стоит ей приблизиться к зданию, где размещены классы, как ее что-то начинает сковывать.

Для ликвидации этой скованности понадобилось 14 сеансов, после чего Т. успешно выступила в главной роли Маши в балете «Щелкунчик».

По просьбе Т., для закрепления результатов лечения было проведено еще 6 сеансов.

С тех пор у нее не было никаких затруднений. Была на гастролях в Лондоне, Париже и там успешно танцевала.

Приводим еще один пример невроза у учащихся.

Наблюдение 34. Больная Ш., 20 лет, студентка медицинского техникума, в 1958 г. обратилась к нам с просьбой полечить ее внушением в гипнозе по поводу дрожания рук, возникающего при выполнении медицинских манипуляций.

Ш. эмоционально лабильна, легко возбудима, имела много переживаний в связи с тяжелым заболеванием матери, за которой приходилось ухаживать и по ночам не спать.

Чувствует себя крайне переутомленной.

Трех сеансов внушения в гипнозе оказалось достаточным, чтобы снять дрожание рук. Ш. свободно проделывала внутривенные вливания и другие медицинские процедуры.

После трех сеансов она обратилась с дополнительной просьбой — помочь ей не волноваться на экзаменах.

Она считала себя хорошо подготовленной, но указывала на то, что стоит ей предстать перед экзаменатором, как у нее начинают путаться мысли и возникают трудности при ответе.

Мы провели по одному сеансу перед каждым из ее двух экзаменов, внушали ей спокойствие и хладнокровие и полное отсутствие страха перед экзаменатором.

В результате — два отличных ответа.

Через год она вновь обратилась к нам с аналогичной просьбой перед предстоящими ей пятью выпускными экзаменами. И на этот раз мы решили ей помочь и провели по одному сеансу перед каждым из пяти экзаменов. Результатом были пять отличных отметок.

Само собой понятно, что Ш. была отлично подготовлена, и наше вмешательство сыграло лишь подсобную роль.

ЛЕГКИЕ ФОРМЫ АМБУЛАТОРНОГО АВТОМАТИЗМА

Состояния амбулаторного автоматизма и снохождения уже давно привлекали к себе внимание и служили основой для многочисленных спекулятивных теорий.

Считалось, что под влиянием лунного света человек способен совершать во сне необычные действия — безпаказанно ходить по крышам, по узким карнизам, не теряя равновесия, и т. п.

Указывалось на опасность искусственно вызванного внезапного пробуждения, которое могло вызвать катастрофу.

Легкие формы таких расстройств проявляются в разговорах во сне; несколько более тяжелые формы — в виде частичного сна, при котором больные встают, ходят, выполняют привычные движения, а затем снова засыпают.

И эта форма является сравнительно легкой и не требует больших терапевтических мероприятий. Можно ограничиться назначением бромистых препаратов, снотворных, горячих ванн и др. Очень хорошие результаты дает применение внушения в гипнозе.

Наиболее тяжелой формой является так называемый амбулаторный автоматизм, связанный с истерией и эпилепсией. В этом состоянии больные способны в течение длительного времени совершать различные действия, вступать в деловые контакты с разными лицами, передвигаться любым видом транспорта, давать концерты и др. Больные все время находятся в состоянии расстроенного сознания и при пробуждении ничего не помнят о том, что с ними происходило во время нахождения в состоянии амбулаторного автоматизма, хотя хорошо помнят о том, что было до этого.

Нам пришлось проводить лечение внушением в гипнозе трех больных, страдавших снохождением, и большого числа больных, разговаривающих во сне.

Во всех случаях лечение было успешным. Приводим пример такого успешного лечения.

Наблюдение 35. Больной Л., 12 лет, учащийся, вскакивал с кровати по ночам, разговаривал во сне. У него отмечались непроизвольные движения и моргание во время сна. При волнении иногда не мог произнести отдельных слов. В кино сильно переживал эмоциональные сцены. Эти явления замечались у него на протяжении четырех лет.

Со стороны внутренних органов без особенностей. Эмоционально лабилен. Органической патологии со стороны центральной нервной системы не обнаружено.

С 24 марта по 2 апреля 1958 г. было проведено 5 сеансов внушения в гипнозе. Уже после трех сеансов исчезли все явления

снохождения. Прекратились также произвольные движения и моргание во сне.

За 9 лет наблюдения они никогда больше не возобновлялись. В настоящее время Л. — студент 2-го курса, успешно занимается.

Еще одно наблюдение успешного лечения снохождения приведено на стр. 101 под № 45.

Нам не приходилось иметь дело с более тяжелыми формами амбулаторного автоматизма, связанными с истерическим или эпилептическим расстройством сознания, но еще в бытность нашу студентами, в Лейпциге, проф. Штрюмпель демонстрировал такого больного.

Речь шла о молодом человеке, доставленном в бессознательном состоянии с Лейпцигского вокзала.

Когда он пришел в себя, выяснилось, что этот больной в течение трех недель находился в состоянии амбулаторного автоматизма. За это время он пропутешествовал по 14 городам Германии. В каждом городе он выступал с концертами, о чем свидетельствовали найденные при нем афиши и программы (он был скрипачом). Этот период его деятельности полностью выпал из его памяти, в то время как он отлично помнил все, что происходило с ним до момента наступления амбулаторного автоматизма.

ЭПИЛЕПСИЯ

В литературе имеются описания успешного лечения эпилепсии внушением в гипнозе. Мы пробовали лечить эпилепсию, но у трех больных, страдавших эпилепсией, мы не смогли добиться ни малейшего улучшения и в дальнейшем от лечения эпилептиков отказались.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ

В числе наших больных были лица, страдавшие функциональными расстройствами половой сферы. У мужчин — это импотенция, наступившая в молодом возрасте. У женщин — фригидность, т. е. отсутствие удовольствия при половых сношениях, приводящее к чувству отвращения к половому акту или полного безразличия к нему.

Лечение сексуальных неврозов разного рода специалистами нередко оказывается безрезультатным, так как избираемые ими методы часто не только не улучшают состояния пациента, но иногда еще больше углубляют заболевание, фиксируя внимание больного на зависимости их болезни от состояния половых органов.

В. М. Бехтерев считал эти заболевания подлежащими психотерапии, в том числе лечению внушением в гипнозе.

В последнее время на страницах печати была проведена дискуссия по вопросу о том, кому надлежит проводить лечение сексуальных неврозов — урологу, невропатологу, гинекологу или психотерапевту.

Большинство высказалось за то, что лечение сексуальных неврозов должно проводиться психотерапевтами или урологами-сексопатологами, владеющими психотерапевтическими методами.

Как проводить лечение сексуальных неврозов?

Прежде всего следует выявить причину их возникновения и характер половой слабости.

Часто половая слабость возникает в результате страха перед последствиями онанизма. Больной много слышал или читал о вреде онанизма, о его последствиях и, как об одном из них, потере половой потенции. И даже после того, как субъект бросает эту вредную привычку, у него остается чувство половой неполноценности и неуверенности в своих силах.

Такие лица к половому акту приступают с чувством страха и неуверенности, и эти чувства вызывают торможение определенных зон в коре головного мозга и подкорковых образованиях. Это обуславливает появление импотенции, проявляющейся в виде слабости или полного торможения эрекционного рефлекса, преждевременной эякуляции, ослабления полового влечения, в торможении эякуляционного рефлекса и т. д.

Нередко причиной импотенции является также неблагоприятная обстановка при совершении полового акта — вынужденное пребывание в комнате с другими людьми, страх, что кто-то может войти, случайные пошеи и др.

Надо всегда стараться выяснить эти причины и в основу внушения включать соответствующие элементы.

У женщин причиной фригидности являются неправильное половое воспитание, мастурбация, грубость мужчины при первом половом сношении, боязнь забеременеть, пользование предохранительными средствами, сексуальная дисгармония, а также ряд внешних, ранее упомянутых, неблагоприятных факторов.

Как правило, мы предлагаем нашим пациентам до начала лечения пройти осмотр у уролога и гинеколога (для женщин) для заключения об отсутствии у них органических аномалий.

Такие справки специалистов являются благоприятным психотерапевтическим фактором, элементом косвенного внушения, они способствуют эффективности последующих мероприятий.

Приводим несколько примеров успешного лечения сексуальных неврозов.

Наблюдение 36. Больной Г., 26 лет, краснодеревец, в юношеском возрасте занимался онанизмом. Много слышал о вреде онанизма и его последствиях. К 19 годам перестал заниматься онанизмом. Считает себя неполноценным в половом отношении и страшится совершить половой акт. Почти каждую ночь у него поллюции по 1—2 раза. Все это отражается на его самочувствии и нервной системе.

Попытки совершить половой акт у него не увенчались успехом. Половое возбуждение перед самым актом заканчивалось эякуляцией и прекращением эрекции. Хотел бы жениться. Имеет на примете вдову, но из-за своей «неполноценности» не решается вступить в брак.

С 17 октября по 16 декабря 1951 г. было проведено 11 сеансов гипносуггестивной терапии. После пяти сеансов у больного прекратились поллюции, после восьми — он смог совершить половой акт и начал вести нормальную половую жизнь. Вскоре женился и в дальнейшем не отмечал никаких отклонений в половой жизни. Стал отцом семейства.

В гипнозе внушалось, что боязнь последствий онанизма преувеличена. Что они (последствия онанизма) не могут вызвать полового бессилия, что Г. сможет впредь вести нормальную половую жизнь, что гипноз укрепит его нервную систему, что мучившие его поллюции прекратятся, а уверенность в своих силах будет нарастать с каждым сеансом.

Наблюдение 37. Больной А., 27 лет, лейтенант флота, обратился к нам по поводу преждевременной эякуляции, не дающей возможности совершить половой акт.

С 17-летнего возраста в течение двух лет стал заниматься онанизмом. Считает, что возникшая у него половая слабость является

следствием онанизма. По несколько раз в месяц бывают поллюции. Лечился у уролога «какими-то уколами», но улучшения не наступило.

С 23 октября по 20 ноября 1959 г. проведено 8 сеансов гипносуггестивной терапии.

После шестого сеанса больной имел успешное половое сношение и с тех пор ведет нормальную половую жизнь. Поллюции прекратились.

Наблюдение 38. Больная М., 30 лет, преподаватель вуза, была направлена к нам на лечение по поводу навязчивого невроза. Ей казалось, что каждый из мужчин старается ее обнять и поцеловать. Стала избегать вначале мужчин, а затем и вообще людей.

5 лет назад вышла замуж. И после замужества эта навязчивость ее не оставила, но была менее выраженной.

После четырех сеансов внушения в гипнозе явления навязчивости значительно уменьшились.

Всего было проведено 7 сеансов.

Перед последними двумя сеансами выяснилось, что М. полностью фригидна и за 5 лет супружества ни разу не испытала полового удовлетворения.

К половому акту относится как к обязанности, сама не испытывает никакого стремления к нему.

Мужа любит, живет с ним дружно. Половая потенция у мужа нормальная.

При осмотре гинеколог не обнаружил никаких аномалий в половых органах больной.

Во время сеанса М. были разъяснены физиологические основы полового акта, внушено чувство оргазма, стремление к совершению полового акта с мужем, были даны некоторые советы, заключающиеся в том, чтобы наступало соприкосновение клитора с половым членом и внушено наступление оргазма после ряда фрикций.

В качестве косвенного внушения было рекомендовано смазывание клитора вазелином.

Всего таких внушений было два, так как больная должна была уехать из Ленинграда.

Вскоре после ее отъезда мы получили письмо, в котором М. сообщила, что она уже при первой встрече с мужем испытала полное удовлетворение. С тех пор мы ежегодно получали поздравления с Новым годом от М. с сообщением, что в половой жизни у нее все обстоит благополучно.

Наблюдение 39. Больная Г., 24 лет, медицинская сестра, после приема 10 таблеток пахикарпина с целью вызова менструации была направлена в гинекологическое отделение с сильным маточным кровотечением и признаками отравления — дрожание конечностей, потемнение в глазах, одышка, замирание сердца, головокружение, общая слабость.

После выскабливания и дезинтоксикационной терапии больная через 2 дня была выписана.

Дома ее состояние вновь ухудшилось, и она повторно была направлена в больницу, на этот раз в терапевтическое отделение.

В связи с непрекращающимися приступами головокружения, замирания сердца и нехватки воздуха и установлением диагноза

функционального расстройства нервной системы Г. была направлена к нам для лечения внушением в гипнозе.

Постепенно все жалобы больной были устранены. Во время лечения выяснилось, что Г. фригидна. Замужем она 2 года и имеет восьмимесячного ребенка. За все время замужества она только в самом начале, буквально несколько раз, получила половое удовлетворение. После родов она больше не получала его ни разу.

В связи с этим дополнительно было проведено еще два сеанса, которые устранили фригидность.

Это положительно сказалось на общем состоянии Г. и на ее нервной системе. Она стала спокойной, настроение стало ровным, поднялась работоспособность.

Мы встретились с Г. через четыре месяца. Она рассказала нам, что в половой жизни у нее все протекает нормально.

Таких примеров можно было бы привести много. В ряде случаев уже одно устранение внешних неблагоприятных факторов приводит к устранению сексуального нарушения.

В других случаях следует настойчиво внушать больному половую полноценность. Никогда не следует торопиться с проверкой эффективности проводимой терапии.

Преждевременная проверка может привести к срыву уже достигнутых результатов.

Гипносуггестивная терапия не исключает, конечно, других видов терапии, общеукрепляющих мероприятий. Но в конце лечения, перед проверкой, лучше их исключить, что будет способствовать большей уверенности больного в своих силах.

Делая больному дополнительные к гипнозу назначения, следует постоянно внушать их полезность.

Обычно уже после первого удачного полового сношения к больному возвращается в полной мере половая потенция. Но и после первого удачного полового акта мы все же проводим еще несколько сеансов с целью закрепления полученных результатов.

Следует еще раз подчеркнуть необходимость чрезвычайно чуткого подхода к такого рода больным и абсолютного сохранения их тайны. Поэтому все разговоры с такими больными должны происходить с глаз на глаз. Сеансы должны проводиться без присутствия свидетелей. Можно разрешить присутствие врача, направившего больного на лечение, если он в курсе событий.

Если лечение будет проводиться в присутствии других врачей, следует предупредить больного о том, что содержание внушения будет строиться таким образом, чтобы оно было понятным только гипнологу и больному.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАКС

У многих женщин климактерический период связан с резко выраженной симптоматикой — частыми приливами, чувством жара и резко выраженной потливостью. В тех случаях, когда этот период затягивается на более длительный срок, а иногда и на много лет, климактерий осложняется невротическими явлениями: раздражительностью, частыми слезами, нарушением сна, снижением работоспособности, головными болями и др.

Длительное лечение эндокринными препаратами не всегда дает положительные результаты и только временно облегчает состояние больного. Как только прекращается это лечение, состояние вновь резко обостряется.

Женщины, страдающие климактерическими расстройствами, являются настоящими мученицами, по много раз в сутки обливающимися потом, испытывающими чувство жара, покраснения лица и др.

Все эти климактерические проявления резко ухудшают состояние нервной системы. Эндокринологи, проводя лечение климактерия, в особенности затянувшегося на многие годы, упускают возможность дополнения эндокринного лечения препаратами гипносуггестивной терапией.

Между тем, как мы убедились на нашем опыте, гипносуггестивная терапия в лечении затянувшегося климакса может быть полезна.

В табл. 3 число больных патологическим климаксом, леченных внушением в гипнозе, составило 106 человек. Из них только в двух случаях мы не получили никакого улучшения, а у 11 больных — небольшое улучшение, все же остальные больные закончили лечение с хорошими результатами.

Следует указать, что фактическое число больных, лечившихся у нас по поводу климактерия, было значительно большим, так как в число, указанное в табл. 3,

Не вошли те больные, у которых явления климактерия сопутствовали другим заболеваниям и которые были учтены по другим диагностическим наименованиям.

У нас имеется много примеров успешного лечения патологического климакса. Для иллюстрации приведем некоторые из них.

Наблюдение 40. Больная М., 51 года, медицинская сестра, на протяжении 6 лет страдает затянувшимся климаксом со всей характерной для него и ярко выраженной симптоматикой.

Все эти мучительные переживания отразились на ее нервной системе, общем самочувствии, снизилась работоспособность. 2 года назад появился тик головы. Многократно посещала разных специалистов, в том числе эндокринологов, длительно лечилась эндокринными препаратами, которые давали только кратковременные, небольшие улучшения.

В 1965 г. больная обратилась к нам по поводу тика и рассказала о затянувшемся климаксе.

10 сеансов внушения в гипнозе, проведенные на протяжении 4 недель, обусловили не только ликвидацию тика, но они избавили больную от многих неприятных симптомов затянувшегося климакса и сопутствующих ему невротических наслоений.

В последующие 2 года наблюдения состояние М. было вполне удовлетворительным.

Наблюдение 41. Аналогичные результаты мы получили и у другой больной — инженера Г., 53 лет, у которой резко выраженные явления климакса начались еще в 1961 г. После длительного, но безуспешного лечения у эндокринолога больницы им. К. Маркса, в 1965 г. она была направлена к нам для лечения внушением в гипнозе. И у этой больной после 10 сеансов гипносуггестивной терапии также были устранены климактерические явления. Она совершенно преобразилась, чувствует себя счастливой и успешно работает по своей специальности. За 2 года последующего наблюдения климактерические явления ее не беспокоили ни разу.

Наш эндокринолог в тех случаях, когда ему не удается справиться с явлениями затянувшегося климактерия, считает целесообразным направление таких больных на лечение внушением в гипнозе.

Еще одно наблюдение больной, страдавшей патологическим климаксом, свидетельствует о целесообразности такого лечения.

Наблюдение 42. Больная З., 57 лет, инженер, обратилась к нам с жалобами на частые и сильные приливы, сопровождающиеся чувством жара и резко повышенной потливостью.

В марте 1962 г. больной исполнилось 55 лет. Несмотря на то, что за 2 года до этого ее стали беспокоить и мучить приливы и поднялось артериальное давление до 190/100 мм рт. ст., она продолжала работать.

Врач поликлиники, учитывая большую перегрузку в работе, рекомендовал ей перейти на пенсию, связывая ее плохое самочув-

ствие с переутомлением. В мае 1962 г. больная последовала совету врача, уволилась, но болеть, по ее словам, не перестала.

Тогда же она обратилась к эндокринологу. Он назначил ей инъекции тестостерона-пропионата и эстрадиола, которые она получала каждые 10 дней в течение двух лет. Это лечение давало лишь небольшое улучшение.

В мае 1964 г. больная уехала из Ленинграда; пользовалась климатерином, микрофолином, метилтестостероном и другими эндокринными препаратами, но и это не давало улучшения.

Приливы были частыми и сильными, наступали буквально через каждый час и отрицательно влияли на сердечную деятельность.

Ввиду безрезультатности лечения эндокринными препаратами больная, по совету эндокринолога, обратилась к нам.

За период с 25 декабря 1964 г. по 29 марта 1965 г. больной был проведен 21 сеанс гипносуггестивной терапии.

Лечение проходило успешно, уже после пятого сеанса больная смогла вернуться к работе, после девятого сеанса прекратила прием лекарств, а после семнадцатого сеанса исчезли явления климактерия и до 29 марта, когда был проведен последний сеанс, больная не предъявляла никаких жалоб, плодотворно работала в должности инженера по термической обработке.

Несколько слов о мужском климаксе.

Врачи часто упускают диагностику этого состояния, а между тем проявления мужского климакса встречаются не так уж редко. У одних это проявляется слабой симптоматикой, быстро проходящей без всякого лечения. У других проявления мужского климакса более выражены и трактуются самым разнообразным образом.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Наблюдение 43. Больной Ш., 62 лет, заведующий кафедрой, на протяжении длительного периода стал ощущать общую слабость, потливость, вечерами небольшие подъемы температуры, стал склонен к простудам, и это вынуждало его кутаться в теплую одежду. Заметно снизилась его работоспособность. Лечился он у весьма авторитетных врачей, которые так и не смогли установить диагноз заболевания. Одни предполагали скрытую малярию, другие думали о бруцеллезе. Лабораторные исследования не подтвердили этих диагнозов. Рекомендованные медикаментозные средства оказались неэффективными.

По совету своей жены, врача, нашей ученицы по гипносуггестивной терапии, Ш. обратился к нам.

Мы высказались за то, что ранее перечисленная симптоматика может быть проявлением мужского климакса и что внушение в гипнозе будет эффективным.

Наше предположение подтвердилось.

В ходе лечения постепенно стали исчезать отдельные симптомы, а после 10-го сеанса они были ликвидированы. Мы имеем сведения

о Ш., о его хорошем самочувствии и восстановившейся работоспособности.

Наш опыт дает нам право рекомендовать внушение в гипнозе в качестве метода лечения при климактерических расстройствах, особенно в случаях затяжного климакса. Этот метод лечения не исключает целесообразности применения эндокринных препаратов и может применяться в качестве компонента, усиливающего их действие.

С началом лечения внушением в гипнозе дозировки эндокринных препаратов могут быть снижены, с тем чтобы к концу лечения применение их можно было бы прекратить совсем.

ЛОГОНЕВРОЗЫ

Не занимаясь специально лечением логоневрозов, нам все же пришлось у 56 больных применить лечение внушением в гипнозе для устранения заикания и других расстройств речи, сопутствующих соматическим заболеваниям.

Результаты лечения были ободряющими. Только у 3 больных мы не смогли отметить никакого улучшения, у 13 — небольшое улучшение, у 33 больных — положительные сдвиги и у 7 больных — полное освобождение от заикания.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Наблюдение 44. Больной П., 22 лет, студент 6-го курса медицинского института, которого покинула жена, совершил попытку самоубийства, для чего принял большую дозу люминала. В результате своевременно оказанной ему медицинской помощи все прошло для него без особых последствий, кроме того, что он стал невероятно сильно заикаться. На следующее утро после совершенной попытки самоубийства П. был приведен своими товарищами к нам для воздействия на него внушением в гипнозе с целью снятия заикания. Сам он не в состоянии был рассказать о том, что с ним произошло, настолько он потерял способность речи. Это сделали за него его товарищи.

До этого П. никогда не заикался.

После введения в гипноз больному было разъяснено, что его заикание является результатом большой психической травмы, что он слишком переоценил свой семейный конфликт, и что если жена ушла к другому, то ему надо с этим примириться. «Ведь Вы еще молодой человек, накануне окончания института, у Вас еще вся

жизнь впереди, Вас ждет интересная, благородная работа врача, у Вас еще будут интересные встречи, и Вы сможете построять новую, хорошую семью».

Через некоторое время, перед выведением из гипноза, было дополнительно внушено: «Вы хорошо усвоили все то, что было Вам сказано, перестанете в дальнейшем так сильно переживать свой конфликт, поймете, что поступок Ваш был необдуманным, что жизнь хороша и все Ваши заботы должны быть направлены на успешное окончание курса и сдачу государственных экзаменов. Вы еще найдете девушку, которую полюбите и составите с ней семью. Когда я Вас разбужу, Вы будете свободно разговаривать, так же свободно, как Вы ответите сейчас на мои вопросы. Отвечайте! Вы уже свободно говорите! Как Вы себя чувствуете сейчас? Отвечайте!». Больной внятно ответил: «Хорошо». «Назовите громко и отчетливо ваше имя, отчество и фамилию!». П. отчетливо выполнил наше приказание. «Ну что ж, Вы убедились, что речь к Вам вернулась, поздравляю Вас с выздоровлением. Помните все, что Вам было сказано. Острота Ваших переживаний в значительной мере устранена, возвращайтесь к нормальным занятиям. Помните, что Вам вскоре предстоят государственные экзамены и больше всего думайте о них».

После выведения из гипноза П. стал свободно разговаривать. Заикание было устранено.

В дальнейшем он приступил к занятиям, успешно закончил институт и получил направление на работу.

Лечение заикания проходит более успешно в тех случаях, когда причиной его было какое-нибудь острое переживание, испуг, нервное потрясение и др., а также если случай не очень запущен.

Труднее устраняется заикание, возникшее в раннем детстве и сохранившееся на протяжении многих лет.

Бывает и так, что более резко выраженное заикание, посягающее судорожный характер, устраняется легче, чем менее выраженное.

Лечение заикания мы проводим следующим образом: мы стараемся соединить внушение в гипнозе с некоторыми логопедическими приемами, что обуславливает большую эффективность.

Вначале мы стараемся выявить причину и момент возникновения заикания. Заикание может возникнуть непосредственно вслед за причиной, но может проявиться и позже.

Чаще всего причиной заикания является испуг в детском возрасте. Иногда оно возникает в результате подражания кому-либо из членов семьи или товарищам.

В ряде случаев так и не удается установить причину возникновения заикания.

После обстоятельного расспроса мы стараемся выяснить степень заикания и условия, при которых оно усиливается.

Нам, как правило, приходится иметь дело с заиканием у взрослых. Лечение их представляет большие трудности, чем лечение детей.

После введения субъекта в гипноз мы объясняем ему причину возникновения его заикания. Вообще мы стараемся избегать термина «заикание» и заменяем его термином «логоневроз» или «затруднение речи». Мы объясняем, что в гипнозе можно воздействовать на те пункты в коре головного мозга, которые обуславливают имеющиеся затруднения, что мы устраним страх, возникающий перед выступлениями или в разговорах с людьми. Таким образом, наше внушение комбинируется с убеждением, разъяснением, т. е. является, по существу, мотивированным внушением.

У учащихся мы стараемся снять страх перед учителями при отвстах в классе.

У каждого заикающегося есть свои трудности. Некоторые слова и даже фразы они произносят свободно. Они могут даже декламировать. Но в обыкновенной речи они могут испытывать большие трудности, разговаривать с напряжением, судорожными подергиваниями лица и конечностей, с заменой одних слов другими.

Одна больная, молодая девушка, также с резко выраженным заиканием, рассказала нам, что в разговорах с молодыми людьми она никогда не заикается. Нам удалось освободить ее от заикания.

Упражнения в гипнозе мы стараемся строить таким образом, чтобы вначале они состояли из слов, вызывающих сравнительно небольшие затруднения, а затем, постепенно, все больше и больше усложняем задания, заставляя больных произносить те слова и фразы, которые они не могли произносить в бодрствующем состоянии.

После выведения из гипноза мы повторяем все эти упражнения, но уже в бодрствующем состоянии. Во многих случаях уже после первого сеанса больные начинают лучше справляться с имевшими место затруднениями. У других положительные результаты проявляются медленнее.

Для достижения стойких результатов во всех случаях, кроме недавно возникших затруднений, требуется достаточно длительное время.

На основании наших, хотя и немногих, наблюдений у нас сложилось определенное мнение, что внушение в гипнозе является действенным методом и с его помощью можно добиться заметного улучшения речи.

Приводим пример одного из трудных случаев.

Наблюдение 45. Больная Б., 18 лет, копировщица, обратилась к нам с письменной просьбой принять ее на лечение по поводу заикания в легкой формы снохождения. Письмо ее было написано таким хорошим литературным языком и так убедительно была ее просьба, что мы сделали исключение и, несмотря на то, что специально лечением логоневрозов, тем более у нестационарных больных, мы не занимаемся, согласились ее принять.

В семилетнем возрасте она испугалась собаки, после чего 2 или 3 недели болела, по-видимому, нервным потрясением. По словам матери, каждую ночь, ровно в час, она вставала с кровати и начинала кричать, показывая руками на потолок: «Как он туда забрался, убейте его» и т. п. Утром ничего не помнила, и, когда ей говорили о том, что она ночью кричала и ходила с открытыми глазами, то она этому не верила. После болезни стала заикаться.

Несмотря на то, что с тех пор прошло 11 лет, ничего не изменилось.

Она и сейчас по ночам разговаривает, а иногда встает с кровати и ходит по комнате. Узнает об этом от своих родных, а сама ничего не помнит.

Заикание резко усиливается уже при небольшом волнении, а при большом она начинает задыхаться и вообще не может ничего сказать. Окончила 10 классов. Ответы давала только в письменной форме.

Одно время заикание было менее выраженным, но, начиная с 8-го класса, оно настолько усилилось, что больная почти совсем перестала разговаривать. Стала чувствовать, что в горле что-то стоит и когда она хочет что-либо сказать, как будто чья-то невидимая рука сдавливает ей горло и она начинает задыхаться. Стала замкнутой. Лучше всего она чувствует себя в одиночестве. Ненавидит людей, которые ее жалеют. Любит гулять одна и мечтать. Физически крепкая девушка, приятной наружности. Со стороны внутренних органов без особенностей. Органической патологии со стороны нервной системы не обнаружено. Эмоционально лабильна.

Выраженное заикание. Не может произнести слов, начинающихся с букв *п*, *р*, *с* и *т*. На вопрос, как ее зовут, ответить не может, так как ее зовут Тамара. Но когда мы предложили ей сказать несколько раз подряд «Марата», она легко справилась с этой задачей. А требование наше сказать «Тамара» вызывало полное молчание, точно так же, как и требование повторить за нами слова, начинающиеся с ранее упомянутых букв.

За время с 16 декабря 1957 г. по 14 марта 1958 г. было проведено 16 сеансов гипнозусуггестивной терапии, давших большие сдвиги в сторону улучшения. Б. стала более свободно разговаривать, назы-

вала свое имя, а также те слова, которые она раньше произнести не могла. Некоторые затруднения при волнении и при постановке прямых вопросов еще сохранились. Явления снохождения были полностью ликвидированы уже после первых сеансов. Лечение было прервано в связи с длительным отъездом гипнолога.

В 1965 г. мы заинтересовались состоянием здоровья Б. Она сообщила нам, что прошла еще дополнительный курс лечения у логопеда. Затруднения в речи испытывает только при очень сильных волнениях. Поступила в институт. С большой благодарностью вспоминает об оказанной ей помощи.

Мы были очень удовлетворены ее ответом, так как нам пришлось основательно поработать с этой больной, разрабатывая к каждому сеансу специальные упражнения.

Внушение в гипнозе в лечении логоневрозов может быть действенным само по себе, но оно может сочетаться с лечением у логопедов, значительно укорачивая сроки логопедического воздействия.

СИНДРОМ МЕНЬЕРА

Гипносуггестивная терапия при синдроме Меньера дает положительные результаты, довольно быстро освобождая больных от мучительных симптомов этого заболевания.

По-видимому, помимо нарушений в вестибулярном аппарате, большую роль в возникновении симптомов болезни Меньера играют сопутствующие невротические явления.

Этим можно объяснить быстрое исчезновение некоторых симптомов этого заболевания при лечении внушением в гипнозе, в то время как обычные методы лечения не учитывают этот фактор.

Из 29 больных синдромом Меньера в 3 случаях мы не получили никакого улучшения, в 10 — улучшение и в 12 — выздоровление. В 4 случаях улучшение было небольшим.

Приводим в качестве примеров следующие наблюдения.

Наблюдение 46. Больная У., 48 лет, инженер, поступила в клинику в феврале 1958 г. с жалобами на приступы головокружения с тошнотой, а иногда и с рвотой, наступающие примерно каждые 2—3 дня. Считает себя больной с 1954 г.

В 1956 г., после курса лечения инъекциями алоэ, приступов не было в течение полугода.

В середине января 1958 г. они вновь возобновились. Полтора года назад, после смерти мужа, стала страдать бессонницей, стала раздражительной, вспыльчивой, ослабел слух на левое ухо, в котором появился постоянный шум.

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости без особенностей. Выраженная эмоциональная лабильность, стойкий красней дермографизм, небольшой тремор вытянутых пальцев рук, умеренный гипергидроз. Органической патологии со стороны центральной нервной системы не обнаружено. Заметное понижение слуха на левое ухо.

За время с 22 февраля по 5 марта было проведено 6 сеансов гипносуггестивной терапии.

Уже после второго сеанса внушения в гипнозе у больной полностью прекратились приступы головокружения и тошноты, она стала хорошо спать, улучшилось настроение, заметно улучшился слух. После шести сеансов считала себя полностью освобожденной от своего заболевания.

Этой же больной под гипноанестезией были удалены 4 зуба. Экстракции прошли весьма успешно. До этого У. никак не решалась пойти в зубоврачебный кабинет.

У. приехала к нам из Москвы и по возвращении туда два раза письменно сообщала о результатах лечения: в первый раз — через 2 недели, а второй раз — через 6 месяцев. Успешно справлялась с работой. Приступы ее ни разу не беспокоили. В 1963 году нам стало известно от ее родственницы — врача, что они и за последующий пятилетний период ни разу не возобновлялись.

Приводим письмо этой больной от 24 марта 1958 г.

«Глубокоуважаемый Климентий Матусович!

Как договорились, сообщаю Вам о состоянии своего здоровья. В Москву я вернулась совсем другим человеком. Неприятные ощущения головокружений и тошноты совершенно прошли, приступы больше не повторялись.

Сплю хорошо, крепко и чувствую себя бодро.

Совершенно прошла раздражительность.

Настроение все время хорошее и спокойное. Гораздо меньше утомляюсь. Шум в левом ухе стал значительно тише и реже и слышать стала лучше; даже окружающие замечают.

Но все-таки слышу этим ухом хуже, чем правым. Правда, иногда слышу им тиканье часов — до этого совершенно не слышала.

Если все эти явления улучшения даже только временные, то и это — огромное достижение. А дальше покажет время.

У зубного врача была — записана на конец апреля для изготовления зубных протезов.

В общем, все идет так, как предполагали Вы.

От всей души благодарю Вас за избавление от всех неприятных болезней.

Желаю Вам тоже хорошего здоровья и всякого благополучия в жизни.

С искренним приветом У...»

Последние сведения от У. мы получили в поздравительной открытке 1 января 1970 г. Она на пенсии, чувствует себя хорошо.

Наблюдение 47. Больная Ю., 53 лет, директор магазина, с 1956 г. — инвалид II группы, обратилась к нам с жалобами на приступы головокружения с рвотой, длящимися по 12—14 и более часов.

Врачами был установлен диагноз синдрома Меньера. Считает себя больной около года. Последнее, резкое ухудшение появилось за 10 дней до прихода к нам. В течение шести дней не могла явиться на прием, так как при вставании с постели возобновлялись приступы. 3 месяца назад имела место однократная потеря ориентировки, не знала, как попасть домой. Ш. часто плачет, очень раздражительная, чувствует онемение пальцев левой стопы и четвертых и пятых пальцев обеих кистей, временами небольшие подергивания в левой руке и ноге. В прошлом, кроме гриппа, ничем не болела. Менопауза с 1954 г. За последние 5 лет прибавила в весе 20 килограммов.

За период с 16 декабря 1956 г. по 9 апреля 1957 г. было проведено 7 сеансов гипно-суггестивной терапии. Уже на второй сеанс больная могла приехать без сопровождения. После 7 сеансов все жалобы больной, касающиеся симптоматики болезни Меньера, прекратились, и затем в течение двух месяцев их не было.

Впоследствии все эти симптомы постепенно возобновились, и 5 октября 1957 г. больная повторно прибыла к нам на лечение. понадобилось провести еще 5 сеансов, которые окончательно освободили больную от ее приступов. Срок наблюдения — 2 года.

Глава VII

РОЛЬ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСТРАНЕНИИ ОТДЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ

Переходим к описанию результатов лечения внушением в гипнозе отдельных симптомов, которые не удавалось устранить в течение долгого времени обычными методами лечения.

Очень часто больные, страдающие самыми различными заболеваниями, обращались к нам с просьбой об устранении у них одного, особенно мучающего их симптома. Чаще всего это были: головная боль, бессонница, зуд, рвота, боль в сердце и др.

Несмотря на то, что этот симптом входил в комплекс других симптомов того или другого заболевания, поскольку наше лечение было направлено главным образом на устранение этого одного симптома, мы считали целесообразным вынести его в отдельную рубрику.

Устранение такого симптома оказывало благотворное действие на общее состояние больного и на дальнейшее течение имеющегося заболевания.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Головная боль является симптомом многих заболеваний, но иногда мы не можем установить истинной причины ее возникновения. Поэтому в каждом случае жалоб на постоянные или периодически повторяющиеся головные боли нам следует тщательно взвесить обстоятельства жизни больного, познакомиться с его привычками, собрать анамнез и провести тщательное обследование.

Проф. Голубев рекомендует задавать следующие вопросы:

1. Где болит голова — половина головы, темя, затылок и прочее, одна точка над глазом, не болит ли глазница и т. п.?

2. Давно ли болит голова?

3. Как часто болит?

4. Когда болит — ночью, утром, перед регулами и проч.?

5. Нет ли сезонности (весною, осенью)?

6. При каких обстоятельствах заболела или заболевает?

7. Характер боли — глухая, рвущая, пульсирующая?

8. От чего проходит боль, что помогает или успокаивает ее?

При объективном исследовании необходимо исключить анатомический субстрат (опухоль, недостаточность почек, склероз мозговых сосудов и др.), а также при помощи специалистов выяснить, нет ли каких-либо процессов в придаточных полостях, зубах и даже гениталиях.

Головные боли подразделяются на острые и хронические, к хроническим в первую очередь относится мигрень.

Врачи часто злоупотребляют этим диагнозом и ставят его там, где боли имеют лишь мигрениобразный характер.

Что характерно для мигрени? Начало ее обычно связано с периодом полового созревания, и прекращается она в период полового увядания. Носит она приступообразный характер с интервалами разной длины.

Мигрень не бывает ночью и особенно во время сна. Болит, как правило, одна из половин головы и сопровождается глазными симптомами — мерцательной скотомой, светобоязнью, покраснением склер и слезотечением. Мигрень часто заканчивается тошнотой и рвотой.

Отмечается семейное предрасположение к ней.

К числу хронических головных болей следует отнести головные боли при запорах, при склерозе сосудов головного мозга, при гипертонической болезни, перед менструациями.

Они могут быть признаком скрытой малярии, подагры, хронической уремии и других заболеваний. Могут они возникнуть и в результате хронических отравлений алко-голем, свинцом, окисью углерода и др.

Сырые помещения также могут способствовать возникновению головной боли, в особенности в зимний период.

Во всех вышеперечисленных случаях лечение должно быть направлено против первопричин.

Лечение внушением в гипнозе в этих случаях может играть только подсобную роль и обусловить наступление более быстрого эффекта.

Нередко головная боль является одним из ведущих признаков невроза.

При неврастении больные часто жалуются на тяжесть, давление в голове, мешающее им сосредоточиться на умственной работе. Иногда они указывают на то, что голову будто сковало обручем, на нее что-то надето и ее сдавливает (каска неврастеников по Шарко). Иногда они жалуются на хруст в затылке. Отмечается фиксация внимания на головной боли.

При истерии характерна жалоба на ощущение вбитого гвоздя, на гиперестезию покровов головы, на боль в волосах. Уже небольшое давление на волосы вызывает боль.

Головная боль может быть следствием травмы черепа (травматическая церебрастения или энцефалопатия).

Невралгии нервных ветвей головы характеризуются упорными болями в соответствующих точках. Острые головные боли могут возникнуть в результате перенапряжения в работе, нервных переживаний, инсоляции, злоупотребления курением, бессонницы и др.

Множественность причин возникновения головной боли требует от врача внимательного изучения как самого больного, так и всего того, что могло привести к появлению этого крайне неприятного и иногда очень мучительного для больного симптома.

Во всех тех случаях, где причиной возникновения головной боли являются органические нарушения, лече-

ние внушением в гипнозе может не дать положительных результатов.

Все же и в этих случаях следует провести 1—2 сеанса с целью выяснения, действительно ли эти боли являются результатом органического поражения или может быть причина их возникновения иная.

Если в результате проведенных сеансов не наступает ни малейшего, хотя бы временного, улучшения, дальнейшее лечение внушением в гипнозе следует признать нецелесообразным.

Приводим несколько примеров успешного лечения внушением в гипнозе головных болей, не поддававшихся устранению обычными методами лечения.

Наблюдение 48. Больная К., 34 лет, лаборант НИИ, в 1953 г. обратилась к нам по поводу упорных головных болей. Эти боли беспокоят больную на протяжении двух лет.

К. часто обращалась к врачам, но назначаемое ими лечение медикаментами и физиотерапия в последнее время не давали даже временного улучшения.

Головные боли беспокоят больную ежедневно в виде приступов. Вынуждена делать частые перерывы в работе. Домой приходила обессиленной. Все работы по дому — уборку, стирку, приготовление обеда и др. — приходилось делать мужу, и это обстоятельство сильно угнетало К., имевшую трех маленьких детей.

Стала раздражительной, часто плачет, нарушился сон, стала тревожной, резко снизилась работоспособность.

Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы органической патологии не обнаружено. Выраженная эмоциональная лабильность, умеренный красный дермографизм. Следует еще отметить, что К. перенесла ленинградскую блокаду и была легко ранена в голову.

14 октября был проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии, после которого больная проснулась в хорошем настроении без головной боли. Головная боль, меньшая, чем обычно, появилась только к 10 часам утра 16 октября, перед вторым сеансом. Спала обе ночи по 7—7½ часов, не пробуждаясь.

После двух сеансов головные боли больше не беспокоили, работала более продуктивно. Начала делать кое-что по дому — постирала белье, чего уже давно не делала.

27 октября был проведен пятый сеанс. До этого голова не болела ни разу, но после домашней уборки было небольшое головокружение.

3 ноября на 6-й сеанс пришла с ухудшением общего состояния и возобновившимися головными болями. Сама К. связывает наступившее ухудшение с большими переживаниями из-за внезапной смерти двух сотрудниц. Опять стала плохо спать.

На очередном 7-м сеансе 6 ноября вновь отметила прекращение головных болей и улучшение общего состояния, несмотря на большую предпраздничную перегрузку в работе.

На очередной сеанс не явилась, так как болела гриппом. После гриппа — длительная субфебрильная температура, поддерживающая небольшие головные боли.

За время с 13 ноября по 22 декабря было проведено еще 7 сеансов гипнотерапии, полностью устранивших все жалобы. К. стала выполнять все домашние работы, посещать кино.

Эту больную мы демонстрировали на одной из лекций. Она не предъявила никаких жалоб.

Наблюдение 49. Больной Б., 42 лет, профессор-физик, страдает головными болями на протяжении трех лет. Отмечает, что головными болями страдает еще с 9-летнего возраста. Лечился амбулаторно, но получал лишь кратковременное облегчение. Систематически принимал различные порошки от головной боли до 5—6 в день, иногда до 10, что также давало только кратковременное улучшение.

Б. считает, что головные боли связаны у него с напряженной умственной работой и большим переутомлением.

В 1960 г. обратился к нам за помощью. Уже после трех сеансов внушения в гипнозе Б. отметил заметное улучшение. Боли стали появляться реже. Порошков стал принимать значительно меньше.

После 10 сеансов боли прекратились, прекратился и прием порошков.

Промежутки между последующими сеансами увеличились до 1—2 недель. Головные боли больше Б. не беспокоили и появлялись, по словам больного, лишь в день очередного сеанса.

По-видимому, Б. опасался, что если он не будет предъявлять никаких жалоб, то лечение будет прекращено. Об этом ему пришлось сказать врачу-гипнологу.

К 18-му сеансу и эти жалобы прошли. Б. съездил в ответственную командировку и хорошо справился с ее задачами.

После возвращения из командировки по просьбе Б. ему было проведено еще два сеанса. Жалоб на головную боль больше не было.

Наблюдение 50. Больной Б., 35 лет, слесарь, находился на лечении в больнице по поводу гипертонической болезни II стадии и атеросклеротического кардиосклероза. Много лечился амбулаторно, но без заметного улучшения. Гипертоническая болезнь впервые была обнаружена в марте 1961 г. Артериальное давление — 180/120 мм рт. ст.

Одной из ведущих жалоб больного была головная боль. Несмотря на проводимое лечение, головные боли не проходили, они были очень мучительными.

По просьбе ordinатора, мы провели больному 10 сеансов внушения в гипнозе.

Уже после 1-го сеанса головная боль значительно уменьшилась, а после 2-го прошла совсем и больше не возобновлялась. После шести сеансов больной был выписан.

В связи с появлением болевых ощущений в межлопаточной области ему было проведено амбулаторно еще 4 сеанса, устранивших и эти болевые ощущения.

Через год этот же больной поступил в больницу вторично с явлениями прогрессирующей гипертонической болезни и сердечной недостаточности II степени. При опросе больного выяснилось, что головные боли его не беспокоили ни разу.

Головные боли типа мигрени, связанные с менструальным циклом, с запорами и рядом других причин, также хорошо поддаются гипнозсуггестивному воздействию.

Вместо истории болезни приводим письмо одной из больных.

Наблюдение 51. «Здравствуйте, глубокоуважаемый Климентий Матусович! Я, Н. Л. П., и мой муж хотим выразить Вам нашу сердечную, глубокую благодарность за то, что Вы избавили меня от тяжелых мучений, вызываемых постоянными сильными головными болями. Раньше я не была полноценным работником, работала без энергии, лишь бы не допустить срыва в работе и самой не свалиться. Я почти ничего не делала по домашнему хозяйству, всю эту работу выполнял муж. Было тяжело на душе, и вся жизнь проходила как бы мимо, а я стояла рядом с жизнью. Не было никакого удовлетворения такой жизнью. Мой муж никогда не делал мне упрека за то, что я не принимаю участия в хозяйстве по дому. Но я видела, что из-за меня и его жизнь становится неполноценной и малорадостной. Многие годы нас обоих сковывала и буквально не давала нам двигаться моя болезнь. Но теперь, после Вашего лечения гипнозом, у меня не стало острых головных болей, и моя жизнь резко изменилась к лучшему. Я уверенно чувствую себя на работе и в настоящее время выполняю не только свою работу, но и работу сестры поликлиники, ушедшей в отпуск. Мы теперь с мужем часто ходим в театр и кино. Я принимаю активное участие в домашней работе, стала живой и жизнерадостной.

Большое спасибо Вам, Климентий Матусович, за все это! Желая Вам крепкого здоровья и долгой жизни для блага людей.

Крепко жму Вашу руку. Ваша больная Н. Л. П. и мой муж В. И. 1 августа 1958 г. Ленинград».

Это письмо от больной Н., 43 лет, медицинской сестры, страдавшей гипертонической болезнью с церебральными проявлениями — головными болями типа мигрени, особенно усиливавшимися, до нестерпимых, в предменструальном и менструальном периоде. В это время она вынуждена была пользоваться наркотиками. Боли часто сопровождалась рвотой и чувством двоения в глазах.

В 1956 г. лечилась в ГИДУВе, после чего улучшение было только в течение одного месяца.

Больная поступила к нам 24 февраля 1958 г. в период резкого обострения головных болей.

Мы познакомились с больной в тот момент, когда ей собиравшись впрыснуть наркотик. Вместо наркотика мы тут же, в палате, ввели Н. в гипноз, после которого головная боль прошла и в легкой степени возобновилась только 27 февраля. Ей было проведено еще 2 сеанса, после чего 1 марта больная была выписана на работу в

удовлетворительном состоянии, но с боязнью, что эти боли могут вновь возобновиться перед очередным менструальным периодом. Всего больно было проведено 8 сеансов, в том числе 3 перед менструальным периодом, который должен был начаться 18—19 марта. Пришла к нам на второй день менструации, 19 марта, когда был проведен 8-й сеанс.

Больная счастлива, не испытывает никакой боли, продолжает работать, чего давно не могла делать в период регул.

Мы порекомендовали больной явиться к нам еще раз перед следующим менструальным циклом и провели ей еще 3 сеанса гипноза. И на этот раз менструация прошла без головной боли.

Этот пример особенно демонстративен. В ГИДУВе больную лечили весьма энергично, вплоть до перевязки правой височной артерии, и это дало улучшение лишь на один месяц. Больную мы встретили через 2 года. Головные боли ее больше не беспокоили.

Как видно из табл. 4, из 105 больных с ведущим симптомом головной боли только у 5 больных нам не удалось устранить головную боль, у 10 больных мы смогли отметить только небольшое улучшение, у всех же остальных 90 больных были отмечены хорошие результаты.

Головная боль как симптом в числе других встречается очень часто, по нашим данным, — у 24% всех больных, прошедших через гипнокабинет. Из этого большого числа больных в графу «Головная боль» в табл. 3 попало всего лишь 105 человек. Из них только у 5 нам не удалось получить улучшения, у 10 было лишь небольшое улучшение, результаты же лечения у остальных были весьма положительными.

Все вышеприведенные примеры подтверждают целесообразность гипносуггестивного воздействия при головной боли.

БЕССОННИЦА

Бессонница как симптом является спутником многих заболеваний.

Устранение бессонницы является необходимым, так как она отягощает течение заболеваний и может надолго задержать выздоровление.

Мы уже ранее упоминали, что сон является охранительным торможением, выполняющим высокую профилактическую функцию.

Нормальный сон обеспечивает организму полноценный отдых. Во время сна обменные процессы направлены на восстановление энергетических ресурсов организма.

Сон является величайшим благом человечества. И. М. Сеченов называл восьмичасовой сон бронированным отдыхом организма.

И. П. Павлов различал две разновидности: активный и пассивный сон.

В эксперименте пассивный сон может быть вызван одновременным разрушением главных рецепторов — зрения, слуха и обоняния. Животные, после разрушения у них рецепторов зрения, слуха и обоняния, находятся обычно в сонном состоянии, просыпаясь лишь на самое короткое время для отправления естественных потребностей.

В основе такого состояния лежит то обстоятельство, что в коре преобладают тормозные процессы над раздражительными из-за того, что последние не получают в достаточном количестве импульсов внешней среды.

Активный сон наступает под воздействием на нервную систему таких раздражителей, которые вызывают усиление процессов торможения.

Гиперсомния при некоторых заболеваниях может быть приравнена к экспериментальному пассивному сну. Так, например, при энцефалитах и паркинсонизме патологическая сонливость объясняется тем, что кора головного мозга получает меньше раздражений от интерорецепторов вследствие патологических изменений в гипоталамусе, затрудняющих нормальное прохождение импульсов через него.

Сон является серьезным гигиеническим мероприятием, которое, к сожалению, еще не всеми в достаточной мере оценивается.

При опросе лиц, страдающих бессонницей, следует установить ее характер.

Некоторые лица долго не засыпают. Другие засыпают быстро, но после кратковременного сна просыпаются и долго не могут уснуть. Третьи спят очень чутко и просыпаются при малейшем шуме. Многие спят, но во сне переживают события дня, решают ряд нерешенных в бодр-

ствующем состоянии задач и по утрам не чувствуют, что отдохнули. Нередко бессонница сопровождается тягостными и мучительными навязчивыми мыслями. Больные стараются что-либо вспомнить, и это им длительно не удается. Есть и такие больные, которые спят хорошо, но им кажется, что они не спали, и жалуются на бессонницу. Часто больные страдают от тягостных сновидений. Им снятся пожары, грабежи, гибель близких с соответствующими переживаниями во сне. Выявление содержания таких сновидений, особенно характерных для лиц, страдающих неврозами, позволяет врачу найти более правильный психотерапевтический подход к больному.

Многие, страдающие бессонницей, часто переоценивают ее последствия, считают, что она может быстро привести к катастрофическим последствиям — к истощению нервной системы, и этот страх в еще большей степени усиливает их бессонницу.

Содержание внушения должно меняться в зависимости от характера бессонницы. Однако при всех случаях необходимо успокоить больных и рассказать им о физиологических основах сна, о защитных свойствах коры головного мозга, об охранительном торможении, о сторожевых пунктах и убедить больного в том, что даже кратковременный или поверхностный сон предупреждает истощение клеток головного мозга.

Можно указать также и на то, что даже в период бодрствования отдельные участки коры головного мозга могут быть заторможены и выключены из активной деятельности, сослаться на И. П. Павлова, который указывал на то, что «никакой противоположности между бодрствованием и сном, которую мы обыкновенно привыкли себе представлять, не существует. Все дело сводится только к преобладанию, при известных условиях, то бодрых, то сонных пунктов в массе больших полушарий.

Очевидно, что все часто поражающие явления человеческого гипноза есть понятный результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые пункты».

При тягостных сновидениях, ночных кошмарах в процессе проведения внушения в гипнозе мы стараемся заменить эти тягостные сновидения на более приятные. Мы внушаем, что неприятных сновидений больше не будет и что больному будут сниться прогулка в саду, красивые

цветы с приятным ароматом, катание на лодке, прогулка в лесу, собирание грибов и т. п. и что после таких снов больной будет просыпаться в хорошем настроении с приятными воспоминаниями, с чувством бодрости и возросшей энергией. Большей частью такие внушенные сны реализуются, и это приносит больным заметное облегчение. В качестве примера можно привести наблюдение под № 5 на стр. 45.

Если больному длительное время пользовался снотворными, не следует их сразу изымать полностью. В первые дни рекомендуется оставить хотя бы одну дозу снотворного, так как самый прием его может действовать как условный рефлекс. Эту дозу следует принимать за один час до отхода ко сну. После 2—3 сеансов, если сон начал налаживаться, можно снотворное отменить. Необходимо выяснить, в какое время субъект ложится спать, в какое время ему нужно встать, и эти элементы включить в содержание внушения. Вначале указывается на то, что страдающий бессонницей уснет в таком-то часу и будет спать, не просыпаясь, не менее 4—5 часов. С каждым последующим сеансом, в зависимости от результатов предыдущего, число часов непрерывного сна должно увеличиваться и постепенно должно быть доведено до 7—8 часов. Страдающему бессонницей следует рекомендовать отходить ко сну в строго определенное время. При соблюдении этой рекомендации сон в дальнейшем будет наступать по типу условного рефлекса.

Нередко страдающие бессонницей сознательно избегают дневного сна, полагая, что он в еще большей мере будет усиливать бессонницу. Мы всегда разъясняем этим лицам, что опасения их неверны, что не следует избегать дневного сна и что он, наоборот, будет способствовать лучшему ночному сну.

Лицам с неустойчивой нервной системой и страдающим бессонницей мы рекомендуем по возможности в середине дня на 40—60 минут отключиться от всех внешних раздражителей. Лежать с закрытыми глазами (если не удается уснуть), не разговаривать, не читать, не слушать радио и т. д. Полезно в это же время провести самовнушение, направленное на расслабление мышц конечностей («мои руки тяжелые», «ноги тяжелые»). Расслабление мышц (релаксация) способствует погружению в дремотное состояние.

Такой дневной сон — отдых весьма благоприятно влияет на нервную систему и способствует улучшению ночного сна.

В обычной практике с бессонницей борются назначением снотворных средств.

К сожалению, многие врачи злоупотребляют назначением снотворных и этим приучают больных к ним. В дальнейшем многие больные уже не могут обходиться без них, начинают самостоятельно пользоваться снотворными и доводят прием их до чрезмерных доз. Как правило, после приема снотворного эти лица не чувствуют полного удовлетворения ночным сном, просыпаются с чувством тяжести в голове и со сниженной работоспособностью.

Им начинает казаться, что без приема снотворных они вообще уже не смогут спать. На многих через некоторый промежуток времени снотворные перестают действовать и обеспечивают лишь 1—2-часовой сон, после которого они снова принимают очередную дозу. Прием снотворных принимает характер наркомании.

Гипносуггестивная терапия, примененная для устранения бессонницы, дает весьма благоприятные результаты.

Как видно из табл. 4, из 251 больного, леченного нами внушением в гипнозе, у 212 больных нам удалось добиться хороших результатов и только в 13 случаях наше воздействие оказалось безрезультатным. У 26 больных мы смогли отметить только небольшое улучшение.

По нашим данным, бессонница или плохой сон являлись наиболее частыми симптомами среди остальных симптомов у больных, лечившихся у нас внушением в гипнозе. 32% всех больных предъявляли эту жалобу. Частично причиной бессонницы являлась перемена домашней обстановки на больничную. Но у большинства больных сон был нарушен еще до поступления в больницу. Результаты лечения у этой группы больных были весьма положительными, и это оказывало благоприятное воздействие на дальнейшее течение их заболевания.

Устранение бессонницы особенно благоприятно воздействовало на течение болезни у страдавших неврозами, стенокардией, гипертонической болезнью и др.

Приводим несколько наших наблюдений.

Наблюдение 52. Б., 50 лет, инженер, поступил в больницу 9 октября 1955 г. по поводу атеросклеротического кардиосклероза с явлениями спазма коронарных сосудов, которым страдает с 1947 г. В 1941 г. был контужен, терял сознание. Очень раздражителен, вспыльчив, быстро утомляется, слабеет память, избегает разговаривать с людьми. После поступления в больницу перестал спать, не смотря на прием снотворных.

И раньше периодически страдал бессонницей.

С 13 по 29 октября проведено 7 сеансов гипносуггестивной терапии.

Уже после 1-го сеанса проспал после обеда 1 час и ночью еще 5 часов; боли в сердце, мучившие больного, уменьшились.

На 2-м сеансе в гипноз не вошел, ночью не спал, вновь усилились боли в сердце.

После 3-го сеанса вновь улучшился сон, спал днем и ночью около 6 часов, а затем еще спал некоторое время утром.

После 5-го сеанса перестал пользоваться снотворным, боли в сердце стали незначительными и более редкими. После 7 сеансов все жалобы прекратились. Б. выписался в удовлетворительном состоянии с налаженным сном и без болевых ощущений в сердце.

25 марта 1958 г., т. е. примерно через 2½ года, Б. вновь поступил в больницу с жалобами на боли в сердце и бессонницу. Плохо стал спать только около четырех месяцев назад и особенно плохо — около полутора месяцев.

В январе был на лечении в Сестрорецком санатории, но улучшения не почувствовал.

Понадобилось провести 6 сеансов гипносуггестивной терапии для того, чтобы ликвидировать бессонницу. От сеанса к сеансу число часов непрерывного ночного сна нарастало.

Наблюдение 53. Больная Ш., 53 лет, домашняя хозяйка, 16 января 1958 г. обратилась к нам с жалобами на упорную бессонницу с июня 1957 г., боли в сердце, повышенную возбудимость, легко расстраивается и часто плачет.

В последнее время имела много личных переживаний в связи с квартирными делами. Боли в сердце возникают при волнениях. Со стороны внутренних органов, кроме небольшого приглушения сердечных тонов, без особенностей. Органической патологии со стороны центральной нервной системы также не обнаружено.

За время с 16 января по 4 февраля было проведено 5 сеансов гипносуггестивной терапии, полностью устранивших бессонницу. Ш. стала чувствовать себя бодрой, спокойно относиться к раздражающим ее прежде мелочам.

11 февраля была проведена гипноанестезия, при которой Ш. были совершенно безболезненно удалены 3 зуба. После этого через сравнительно большие промежутки между ними были проведены еще 3 сеанса. Последний — 25 марта.

Все это время Ш. хорошо спала, ни разу не пользовалась снотворными. Стала спокойной, боли в сердце перестали беспокоить.

Наряду с гипносуггестивной терапией, мы даем больным ряд советов, имеющих отношение к гигиене сна: ложиться спать и вставать в определенное время, прекращать умственную работу за 1½—2 часа до сна и ограничиваться легким ужином не позже, чем за два часа до отхода ко сну, совершать прогулки перед сном, не пить возбуждающих напитков перед сном (черный кофе, крепкий чай) и др.

Некоторые авторы указывают на то, что стакан молока или простокваши перед сном способствуют его улучшению.

Наблюдение 54. Большой А., 56 лет, пенсионер, полковник в отставке, 17 октября 1961 г. обратился к нам по поводу упорной, многолетней бессонницы, которую он связывает с условиями работы в прошлом.

Работал в органах МВД большей частью по ночам. Вышел на пенсию в 1958 г. и с тех пор стал особенно плохо спать. После бессонных ночей, по утрам, чувствует себя утомленным, болит голова. В последнее время стал пользоваться большими дозами снотворного.

2 года назад лечился от бессонницы внушением в гипнозе, после чего в течение одного года спал хорошо, без снотворных. Затем вновь возобновилась бессонница.

При объективном исследовании — умеренно выраженные явления неврастения.

С 17 октября по 4 ноября было проведено 6 сеансов гипнозотерапевтической терапии. Уже после 1-го сеанса А. проспал 5½ часов, после 2-го — еще немного больше.

Перед 4-м сеансом имел ряд неприятных переживаний, что отразилось на сне, спал не более 3—4 часов за ночь.

После 4-го сеанса стал спать по 7 часов и больше. Считает, что спит вполне достаточно. Утомляемость и головные боли больше не беспокоили.

И, наконец, приводим еще одно наблюдение, представляющее определенный интерес.

Наблюдение 55. Ш., 53 лет, главный специалист по проектированию гидродвигателя, был направлен к нам с жалобами на плохой сон; спит только со снотворным и то плохо. Плохое общее самочувствие, временами небольшие боли в области сердца.

В 1953 г. перенес инфаркт миокарда.

Больному кажется, что он скоро умрет, но это его совсем не беспокоит, так как он отмечает у себя отсутствие жизненного импульса и полное безразличие ко всему.

Диагноз: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь III стадии, неврастения. В 1938 г. в связи с «жевщиной» испытывал постоянный страх перед возможностью репрессий, боялся ареста, страшился милиции, сослуживцев, начальства. Этот страх в известной мере был обусловлен воспоминанием о десятидневном его аресте, который имел место в 1930 г.

После перенесенного в 1953 г. инфаркта и в связи с возникшим чувством безразличия к своей судьбе страх ареста исчез.

Гипертоническая болезнь впервые была обнаружена в 1945 г. Цифры артериального давления доходили до 260/130 мм рт. ст. В настоящее время они 170/100 мм рт. ст.

После инфаркта работать начал с апреля 1954 г. неполным рабочим днем, частично на дому. До прошлого года систематически выпивал. Сейчас не пьет.

Несколько избыточного питания, сердце расширено влево на 1½ поперечных пальца. Тоны приглушены. Эмоционально лабилен. Настроение подавленное, безразличное. Органической патологии со стороны центральной нервной системы не обнаружено. На ЭКГ—

диффузные мышечные изменения. Т — во всех отведениях положительный.

С 14 по 29 апреля 1955 г. было проведено 5 сеансов внушения в гипнозе. Уже после 1-го сеанса стал спать без снотворного, стал спокойнее, появилось желание купить себе костюм.

После 2-го сеанса появилась уверенность в выздоровлении, поднялось настроение, появились интересы и желания.

После пяти сеансов общее состояние и состояние нервной системы настолько улучшилось, что Ш. можно было выписать во вполне удовлетворительном состоянии.

Стал хорошо спать без снотворных, почувствовал прилив жизненных сил, восстановилась сообразительность, стал лучше работать, исчезло безразличие. Сам больной был чрезвычайно удовлетворен результатами лечения.

Приведенные примеры показывают, насколько мощным и эффективным в лечении бессонницы является внушение в гипнозе.

В тех случаях, когда пациента не удастся ввести в гипноз, следует проводить ему внушение в положении лежа с закрытыми глазами, пользуясь формулой, предложенной Дюбуа: «Не думайте о сне. Он улетает как птица, когда за ним гонятся; уничтожьте здоровым рассуждением Ваши пустые заботы и закончите день на какой-нибудь пустой мысли, которая поможет Вам спокойно заснуть».

БОЛИ

Боль является симптомом многих заболеваний. Нередко бывает так, что все объективные признаки заболевания (температура, местные изменения, отклонения от нормы в формуле крови и др.) исчезают, а боль сохраняется на длительное время и не поддается воздействию медикаментов и физиотерапевтических процедур.

Л. А. Орбели указывает на то, что «при длительных болях можно получить картину все большей и большей аккумуляции болевых ощущений и создания в центральной нервной системе более или менее локализованных очагов. Важно отметить, что в этих очагах возбуждение становится как бы застойным».

Боль как резко отрицательная эмоция всегда связывается с повышением возбудимости подкорковых центров, что при наличии заторможенности коры и ослаблении ее контроля обуславливает беспокойное, иногда патологическое поведение субъекта.

Ожидание боли и страх перед ней понижают порой возбудимость коры и, следовательно, понижают ее чувствительность».

В случаях длительного сохранения болевых ощущений, в то время когда патологический сдвиг, вызвавший их, пришел в относительно нормальное состояние, следует прибегнуть к гипносу. В значительном числе случаев она дает быстрый положительный результат.

Часто уже после первых сеансов удается снять эти болевые ощущения. Такие боли мы называем следовыми, и они находят свое физиологическое обоснование.

Каждое болевое ощущение оставляет след в коре головного мозга. Часто повторяясь, болевые ощущения, оставляя следы в коре головного мозга, могут привести к образованию в ней застойного очага (патологической доминанты, по Ухтомскому).

Этот застойный очаг в свою очередь может служить источником болевых ощущений даже тогда, когда первоначальные, вызывающие боль, устранены.

Большую роль в возникновении боли играет также страх перед ее возникновением. И. П. Павлов писал о том, что «при известной слабости коры, возникающей, например, в результате отрицательных эмоций, перенапряжения нервной системы, тормозных состояний и др., всякое легкое болезненное затруднение в какой-либо органической функции сопровождается эмоцией страха серьезной болезни, и этого будет вполне достаточно, чтобы эти ощущения не только поддержались, но усилились и разрослись до чрезвычайных размеров».

Наблюдение 56. Больной К., 49 лет, инженер, поступил в больницу 14 декабря 1953 г. по поводу третьей атаки ревматизма. Работает в Чебоксарах. В Ленинград прибыл в командировку и здесь неожиданно заболел. При поступлении у К. высокая температура, покраснение и припухлость крупных суставов верхних и нижних конечностей, соответствующие изменения в формуле крови, высокая РОЭ.

После трехнедельного энергичного лечения салицилатами все внешние проявления заболевания прошли — температура и РОЭ пришли к норме, прошли также припухлость и покраснение суставов, формула крови приблизилась к нормальной. Однако боли в суставах, особенно нижних конечностей, остались, ограничивая их подвижность. К. с трудом передвигался. До 19 марта больному дополнительно были проведены курсы пенициллинотерапии и затем стрептомицинолечения. Но и они не принесли больному облегчения.

Боли приняли явно следовой характер, поэтому было решено прибегнуть к гипносу.

И, действительно, уже после 1-го сеанса, 19 марта, почти полностью исчезли все болевые ощущения в нижних конечностях и уменьшились в верхних. Больной свободно приседал и легко прошел в палату. К вечеру боли возобновились, но они были значительно меньше обычных. До 30 марта было проведено 6 сеансов, полностью устранивших все болевые ощущения. Больной уехал домой и оттуда письменно сообщил о хорошем самочувствии, полном отсутствии болей и выразил сожаление, что лечение гипнозом не было проведено раньше и ему пришлось так долго задержаться в Ленинграде.

Положительные результаты при болевом синдроме бывают не только при следовых болях. Они могут получаться и при болях в процессе еще незавершенного заболевания.

В этих случаях боли устраняются только на сравнительно короткий срок, от нескольких часов до суток и более.

Возникающие в последующем боли, как правило, принимают несколько иной, более благоприятный для больных характер. Поэтому, несмотря на то, что боли сами по себе могут помешать введению в гипноз, особенно при первичном введении, следует пытаться воздействовать на боль соответствующим внушением в гипнозе. Часто это себя оправдывает.

Нам удавалось таким образом воздействовать на боли при приступах желчной и почечной колики, при стенокардии и др.

Не рекомендуется устранять боли внушением в гипнозе в тех случаях, где это может помешать постановке диагноза.

О чем гипнолог должен предупредить больного? Обычно мы говорим: «Я сейчас в гипнозе постараюсь избавить Вас от боли. Уверен, что это мне удастся так же хорошо, как удавалось у других больных. Боль исчезнет и будет заменена чувством приятного тепла».

Мы обычно поглаживаем место боли и говорим: «Вот под моей рукой боль уходит, уходит, уходит. В этом месте Вы чувствуете приятное тепло. Боль ушла, больше Вы ее не чувствуете и, когда я Вас разбудю, Вы проснетесь и с удовлетворением обнаружите, что боли больше нет. Должен Вас предупредить, что боль может через несколько часов вернуться. Обычно это бывает после 8—24 часов. Но характер боли уже будет иной. Она будет

менее сильной и будет лучше поддаваться воздействию медикаментозных средств. В последующем сеансе мы ее совсем ликвидирруем.

Так обычно и происходит. Если с первого раза боль не удастся устранить полностью, то болевые ощущения все же делаются более легкими.

Наблюдение 57. Больная Е., 56 лет, финансовый работник, поступила в больницу в декабре 1951 г. по поводу гипертонической болезни, остаточных явлений нарушения мозгового кровообращения по типу тромбоза в бассейне средней мозговой артерии с таламическими болями в правой верхней конечности. Больна гипертонией около 3 лет.

22 сентября 1951 г. у Е. был инсульт с явлениями гемипареза правых конечностей. Ходить начала 12 ноября. За последний месяц резко усилились боли в правой верхней конечности, из-за чего значительно сократился объем движений в правом плечевом суставе.

Эмоционально лабильна, яркая игра вазомоторов, склонность к гиперемии лица. Легкая асимметрия лицевой мускулатуры. Умеренная дизартрия и замедление речи. Выраженная гиперестезия правой верхней конечности, ослабление мышечной силы. Значительное ограничение движений в правом плече. Справа сухожильные рефлексы выше левых.

По предложению невропатолога, мы начали лечить Е. внушением в гипнозе.

За период с 3 января 1952 г. по 22 января было проведено 6 сеансов. В каждом сеансе нам удавалось все больше и больше увеличивать объем движений в правом плече.

После 4 сеансов больная демонстрировалась на лекции врачам Выборгского района. До сеанса больная не смогла завязать пояс. Затем она была введена в гипноз, и ей было внушено, что движения в правой руке полностью восстановились и стали безболезненными и что она сейчас уже сможет самостоятельно завязать пояс. В гипнозе больная завязала пояс, не испытывая никаких трудностей. Так же свободно она проделала это после выведения из гипноза, чему была радостно удивлена.

После 6 сеансов Е. была выписана с полностью восстановленными движениями, значительно улучшенной речью и общим хорошим состоянием.

В нашей практике было несколько аналогичных больных, и все они закончили лечение с вполне удовлетворительными результатами.

Наблюдение 58. Больная К., 55 лет, врач, 20 января 1956 г. после перенесенного инфаркта миокарда заболела тромбозом артерий левого предплечья с гангреной большого пальца левой кисти.

К. жаловалась на нестерпимые боли в гангренозном пальце, зуд во всем теле и отвращение к своему пальцу. Боли были настолько нестерпимыми, что она вынуждена была прибегать к наркотикам.

С 20 по 27 января К. было проведено 4 сеанса внушения в гипнозе, каждый из которых значительно облегчал боли, устранены были зуд и отвращение к пальцу.

После операции удаления гангренозного пальца, которая была проведена 26 марта, К. в течение двух дней подряд вводилась в гипнотический сон на 4—5 часов, что значительно облегчало ее страдания.

Несколько позже возникли фантомные боли. Боль в несуществующем пальце приносила К. большие страдания. Наркотики давали только временное облегчение. Появились приступы сердечной астмы.

По просьбе больной 5 апреля мы возобновили лечение внушением в гипнозе.

После 1-го сеанса больная в течение 18 часов не чувствовала пальца. После второго сеанса, 6 апреля, палец больше не чувствовался. 7-го боли в рубце стали незначительными. 8 апреля был проведен 4-й сеанс, после которого К. почувствовала себя настолько хорошо, что перестала нуждаться в дальнейшем лечении гипнозом.

Приведенные наблюдения показывают целесообразность применения внушения в гипнозе для устранения болевого синдрома при самых разнообразных заболеваниях.

РВОТА

Рвота как симптом является спутником ряда заболеваний. Но она может быть симптомом чисто функциональным даже при наличии органических поражений (гастриты и др.).

Наблюдение 59. Больная И., 34 лет, машинистка, поступила 13 октября 1955 г. в больницу по поводу неукротимой рвоты на протяжении трех дней с предполагаемым диагнозом — пищевая интоксикация.

Рвота наступила после съеденной жареной печенки домашнего приготовления. Остальные члены семьи, муж и две дочери, также съевшие печенку, остались здоровыми.

В приемном покое больной сделали промывание желудка, но и после него рвоты продолжались в последующие 3 дня. Прием даже небольшого количества воды немедленно вызывал рвоту. Жидкость вводилась больной внутривенно, подкожно и в капельной клизме.

Рвоту никак не удавалось остановить, поэтому решено было прибегнуть к внушению в гипнозе.

Интересно отметить, что примерно за 7 месяцев до настоящего заболевания у больной, после того как она ела шпроты, также возникла упорная рвота, по поводу которой она пролежала в больнице около пяти недель. Рвоты удалось прекратить только на 4-й неделе.

В первом сеансе, проведенном 16 октября, больной было внушено, что прием пищи больше не будет вызывать рвоты, что сейчас мы ее покормим без того, чтобы прием пищи вызвал рвоту, и затем, когда мы ее разбудим, она также сможет свободно принимать пищу и что рвот больше не будет.

В гипнозе больная выпила $\frac{1}{2}$ стакана молока и съела кусок хлеба. К удивлению присутствующих на сеансе студентов, рвоты не было. После выведения из гипноза больная выпила еще $\frac{1}{2}$ стакана молока и съела еще один небольшой кусок хлеба. И на этот раз рвоты не было.

Мы проводили больную в палату, приказали убрать все миски, которыми она пользовалась при рвоте. Еще раз подчеркнули, что рвоты больше не будет и миски уже не нужны. Приказали дать большой кусок черного хлеба с солью. Больше рвот у больной не было, и после еще двух сеансов, через 3 дня, больная была выписана.

Через 8 лет ее дочь, студентка 6-го курса мединститута, присутствующая в порядке занятий на сеансах гипнотерапии, рассказала нам, что с тех пор у матери рвот больше не было ни разу.

Наблюдение 60. Больной Б., 34 года, инженер. 15 января 1953 г. поступил в больницу с жалобами на рвоту со слизью и желчью, главным образом по утрам; на приступы болей в подложечной области длительностью 10—15 минут, наступающих вне зависимости от приема пищи.

Больным считает себя с января 1952 г. Рвоты появились примерно $1\frac{1}{2}$ месяца назад и не оставляли больного, несмотря на лечение и диету.

Появление гастрита и рвот больной объясняет приемом ПАСКа, который был ему назначен год назад по поводу туберкулеза легких.

При обследовании установлен диагноз анацидного гастрита. В желудочном содержимом общая кислотность—14, свободная—0.

В связи с тем, что рвоты не прекращались, несмотря на диету и медикаментозное лечение, больной был направлен к нам на лечение внушением в гипнозе.

С 20 по 24 января было проведено 3 сеанса. Уже после 1-го сеанса рвот больше не было. После 2-го сеанса больной был выписан. 3-й сеанс был проведен уже после выписки, амбулаторно. После выписки больной диету не соблюдал, и, несмотря на это, рвот не было.

Б. было предложено, в случае повторного возникновения рвоты, сразу же явиться к нам, но он больше не появлялся.

Надо полагать, что рвоты больше его не беспокоили.

Наблюдение 61. Больная З., 37 лет, ленточница, 24 сентября 1952 г. поступила в больницу по поводу функционального расстройства нервной системы, хронического анацидного гастрита, с жалобами на частые рвоты, наступающие независимо от соблюдения диеты.

Рвоты бывали еще до 1941 г., вновь появились в 1943 г. и особенно частыми стали год назад.

За последние 4 месяца, по словам больной, потеряла в весе 13 кг.

Жалуется также на боли в верхней половине живота, повышенную раздражительность, плохой сон, частые запоры и слезы.

За 10 дней пребывания в больнице улучшения не почувствовала. 3 октября, т. е. через 10 дней после поступления, был проведен 1-й сеанс внушения в гипнозе. Уже после 1-го сеанса у больной прекра-

тились рвоты, она стала спокойнее, хорошо поела. На 2-м сеансе З. пожаловалась на то, что у нее не было стула в течение 4 дней. В сеансе ей дополнительно было внушено, что через 6 часов у нее будет самостоятельный стул.

Как выяснилось на следующий день, у З. был стул через 5 часов после сеанса, рвот не было, появился хороший аппетит, стала с удовольствием есть.

6 октября был проведен третий завершающий сеанс, после чего 8 октября З. была выписана в хорошем состоянии. В последующем рвот больше не было, несмотря на то, что перешла на общее питание. З. стала прибавлять в весе.

Хорошие результаты получаются от применения внушения в гипнозе при неукротимой рвоте беременных, но об этом будет сказано в соответствующей главе.

27 больных с ведущим симптомом рвоты прошли лечение внушением в гипнозе. Из них только в одном случае нам не удалось прекратить рвоты, у 3 рвоты стали более редкими, у остальных они были прекращены.

КОЖНЫЙ ЗУД

К числу моносимптомов может быть отнесен также зуд, связанный с каким-либо кожным или иным заболеванием аллергического характера, но нередко проявляющийся как самостоятельный симптом.

Больные весьма страдают от зуда, теряют сон, путем расчесов вносят инфекцию, что еще больше усложняет его течение. Понятно, что все это отрицательно сказывается на нервной системе.

Внушением в гипнозе удается снять или значительно ослабить зуд. Достаточно бывает 2—3 сеансов для того, чтобы устранить его. Это не касается, конечно, зуда, связанного с сахарным диабетом и другими органическими заболеваниями.

Наблюдение 62. Больная К., 63 лет, уборщица, обратилась за помощью по поводу зуда и бессонницы.

На протяжении многих лет, ежегодно осенью, у нее появляется какое-то высыпание по всему телу, сопровождаемое сильным зудом, из-за которого она не может спать. Стала очень раздражительной, много плачет.

Раньше много раз лечилась у дерматологов, но без особого успеха.

В момент осмотра высыпаний нет. Зуд беспокоит сильно, особенно по ночам, из-за чего не спит. Беспокоит также шум в голове.

С 20 декабря 1952 г. по 16 января 1953 г. проведено 5 сеансов внушения в гипнозе.

Зуд прекратился уже после первых сеансов. Больная стала хорошо спать, уменьшилась раздражительность, исчез шум в голове. За время пребывания в больнице зуд больше ни разу не беспокоил больную, и она была выписана в удовлетворительном состоянии.

Приводим еще одно наблюдение, интересное в том отношении, что появление зуда было связано с аллергическим фактором — приемом кремлевских капель.

Наблюдение 63. Больная Г., 45 лет, конструктор ЦКБ, поступила в клинику с диагнозом: коронаросклероз, стенокардия, ревматический миокардит.

В числе других жалоб (общая слабость, боли в сердце, повышенная раздражительность, плохой сон) больная предъявила еще жалобу на сильный, мучительный зуд в конечностях и особенно в ладонях, на передней поверхности предплечий и вдоль нижних конечностей. Ввиду того, что в течение десятидневного лечения в стационаре не удавалось снять зуд, больная была направлена для лечения внушением в гипнозе.

С 26 ноября по 31 декабря 1955 г. было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии. Внушались прекращение зуда и болей в сердце, снижение раздражительности и хороший сон.

Уже после первых сеансов зуд стал заметно слабеть и захватывать меньшие площади, и после 6 сеансов он полностью исчез. Одновременно прекратились боли в сердце, наладился хороший сон, уменьшилась раздражительность.

Больную мы демонстрировали на одной из лекций, и 13 декабря, после 7-го сеанса, больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

Для закрепления результатов лечения больной с 31 декабря дополнительно было проведено еще 3 сеанса амбулаторно. За все это время она только один раз чувствовала незначительное жжение в ладонях.

19 декабря 1956 г., т. е. через год, Г. снова обратилась к нам по поводу вновь возникшего зуда, на этот раз почти во всем теле и особенно сильного на веках и конечностях. Связывает она появление зуда с приемом кремлевских капель. Как выяснилось, не впервые прием кремлевских капель вызывал у нее появление зуда.

За прошедший после первого курса гипнотерапии год сердце беспокоило ее очень редко, зуда не было, она все время работала и чувствовала себя вполне удовлетворительно.

С появлением зуда возникшие до этого боли в сердце, по поводу которых она принимала кремлевские капли, усилились.

На этот раз уже после первого сеанса зуд полностью исчез, прекратились боли в сердце.

Для закрепления результатов лечения было проведено еще 3 сеанса. Зуд больше не возникал, о чем свидетельствует нижеприведенное письмо.

«Главному врачу больницы им. Карла Маркса.

Выражаю глубокую благодарность доктору Варшавскому, врачу Вашей больницы. Никакие лекарства мне не помогли. Только ему удалось, уже вторично, снять болезненный зуд всего тела, возникший у меня от приема кремлевских капель.

Первый раз, когда я лежала у Вас в 1955 г. с болезнью сердца, и теперь в 1956 г., в декабре, когда мне пришлось снова обратиться к доктору Варшавскому и он был так любезен, принял меня, и, конечно, зуд прошел, за что я ему очень благодарна.

Прошу передать доктору Варшавскому мою благодарность. Г... 20.I.1957 г.»

Больше больная к нам не обращалась.

Глава VIII

РОЛЬ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛАХ ЛЕЧЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма, в свете современных представлений, является инфекционно-аллергическим заболеванием. Длительное течение бронхиальной астмы с часто повторяющимися приступами сравнительно быстро приводит к образованию застойного очага в головном мозгу, патологической доминанты по Ухтомскому.

Еще И. П. Павлов писал: «Мы имеем достаточно оснований принимать, что, под влиянием различных безветренных причин функционального характера, в коре полушарий могут получаться резко изолированные патологические пункты или районы». Тем более, такие патологические пункты или районы могут образоваться после повторных приступов бронхиальной астмы. Поэтому часто, уже после того, как ликвидированы инфекционное начало и сенсibiliзирующие моменты, приступы могут продолжаться за счет активизации этих очагов.

В числе сенсibiliзирующих моментов, провоцирующих наступление приступов бронхиальной астмы, мы часто отмечаем повышенную чувствительность к определенным запахам — одеколону, бензина, хлора, керосина, табачного дыма, кухни и др.

Лечение бронхиальной астмы внушением в гипнозе должно быть направлено главным образом на ликвидацию застойного очага в головном мозгу и устранение или снижение повышенной чувствительности к тому или иному запаху.

Из сказанного следует, что лечение бронхиальной

астмы должно быть комплексным. Дело терапевтов — устранить инфекционное начало и воспалительные явления в дыхательных путях, а также лекарственными веществами воздействовать на повышенную чувствительность астматиков к ряду веществ. Дело гипнолога — инактивировать застойный очаг в головном мозгу и провести «психическую десенсибилизацию».

П. К. Булатов особенно рекомендует лечение бронхиальной астмы внушением в гипнозе, при наличии приступов, зависящих от ряда психических травм, переживаний, отрицательных эмоций.

П. И. Буль¹ приводит убедительные результаты лечения бронхиальной астмы внушением в гипнозе и является сторонником комплексного ее лечения. В его статистике положительные результаты от такого комплексного лечения отмечены в 70%. Наши результаты примерно такие же.

Лучшие результаты при лечении бронхиальной астмы получаются у больных с небольшим сроком заболевания, там, где еще нет больших и стойких изменений в бронхах или легких.

В тех случаях, где бронхиальная астма осложнена выраженной эмфиземой, бронхоэктазами, хронической пневмонией, пневмосклерозом и др., лечение обычно бывает менее эффективным и приводит в лучшем случае к изменению характера приступов в отношении их частоты, продолжительности и интенсивности. Мы никогда не отказываемся от попыток гипнозусуггестивного воздействия даже в самых тяжелых случаях бронхиальной астмы, так как нередко видели положительные результаты от нашего вмешательства и в этих случаях.

Широкое применение внушения в гипнозе при тяжелых формах бронхиальной астмы может снизить показатели эффективности гипнотерапии при бронхиальной астме в целом. Результаты, которые нам иногда удавалось получать, казалось бы в самых безнадежных случаях, определенно говорят о целесообразности такого вмешательства.

Наблюдение 64. Больная К., 36 лет, домохозяйка, поступила в клинику по поводу левосторонней нижнедолевой бронхопневмонии,

¹ П. И. Буль, Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. Л., 1968.

бронхиальной астмы, эмфиземы легких, недостаточности кровообращения II степени, бронхоэктатической болезни с повторными перифокальными вспышками, с жалобами на приступы астмы, удушья, постоянно затрудненное дыхание, кашель с мокротой, учащенный пульс, плохие сон и аппетит.

Бронхиальной астмой больна около 13 лет. С 12-летнего возраста часто болела воспалением легких. С 1941 г. стала плохо переносить запахи одеколона, табака и ряда других веществ, которые сразу же вызвали приступы кашля. Общее состояние ухудшилось после очередной пневмонии в 1942 г. В 1945 г. вышла замуж, переехала на юг. Там чувствовала себя относительно удовлетворительно. После возвращения в Ленинград, в 1948 г., возобновились приступы кашля, и с 1949 г. появились приступы астмы, которые купировались эфедринем.

Лечилась один месяц в больнице, после чего выписалась без особого улучшения. Затем, после шестимесячного лечения на дому, снова поступила для лечения в больницу, откуда выписалась в удовлетворительном состоянии и продолжала лечиться амбулаторно.

10 февраля 1958 г., в очень тяжелом состоянии, с очередной пневмонией, была направлена в больницу им. К. Маркса.

Приступы бронхиальной астмы повторялись по нескольку раз в сутки. Так как обычными методами лечения в течение месяца не удалось облегчить состояние больной и сократить число приступов, было решено, несмотря на тяжесть состояния, прибегнуть к гипнозусуггестивной терапии.

С 10 марта по 3 апреля было проведено 14 сеансов. Первые сеансы заметно улучшили общее состояние больной, уменьшили частоту и интенсивность приступов, а затем, к концу курса лечения, полностью прекратили их. Лечение гипнозом было прекращено.

Спустя некоторое время больная заболела инфекционной желтухой, после чего 9 мая у нее возобновились приступы астмы.

С 11 по 21 мая было проведено дополнительно еще 5 сеансов, прекративших приступы.

15 мая, во время обхода профессора с группой студентов, больная реагировала на запах одеколона, исходящий от одной из студентов, приступом астмы. Случайно присутствовавший на обходе гипнолог сразу прекратил его соответствующим внушением в гипнозе.

21 мая, после заключительного 5-го сеанса, больная была выписана во вполне удовлетворительном состоянии.

С 4 по 29 июня, по просьбе больной, ей было проведено амбулаторно еще 4 сеанса. Только в самом начале было 2 небольших приступа в связи с простудой. 29 июня больная была продемонстрирована на лекции врачам Выборгского района.

Затем самочувствие больной настолько улучшилось, что она смогла выполнять домашние работы, вплоть до мытья полов, и даже осмелилась выкупаться в озере. Больная уехала в г. Горький, и дальнейшая связь с ней утеряна.

Этот пример ярко иллюстрирует высказанные нами соображения о целесообразности применения гипнозусуггестивной терапии даже в самых тяжелых случаях заболевания бронхиальной астмой. Кстати, заметим, что после

отрицательной реакции на одеколон мы провели больной специальное внушение, после которого она не только перестала реагировать на запах одеколону, но стала сама им пользоваться.

Наблюдение 65. Больная Б., 52 лет, уборщица, болеет бронхиальной астмой с 1948 г.

Вначале приступы астмы были редкими, лечилась амбулаторно. В 1941 и в 1953 гг. болела воспалением легких. В 1953 г. лечилась стационарно.

В последние годы приступы участились и стали более тяжелыми. 8 февраля 1961 г. доставлена в больницу им. К. Маркса в тяжелом астматическом состоянии.

Несмотря на повторные инъекции адреналина и эфедрина, до 11 часов 9 февраля ее не могли вывести из астматического состояния.

Во время обхода в порядке неотложной помощи больная была погружена в гипнотический сон и соответствующим внушением выведена из астматического состояния.

До начала сеанса положение вынужденное. Резко выраженная одышка, громкое стенотическое дыхание, цианоз, пульс 96, дыхание 26 в 1 мин. Хрипы слышны на расстоянии. Над легкими коробочный перкураторный звук. Рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Органы брюшной полости без особенностей. Рентгеноскопия: резко выраженная эмфизема легких. Усиленный рисунок корня с обеих сторон с обширными фиброзными изменениями. Сердце расположено вертикально. Проступает конус легочной артерии. Резко возбуждены сокращения. Аорта уплотнена.

9 февраля в палате введена в гипнотический сон на 30 минут. Астматическое состояние ликвидировано.

После выведения из гипноза больная смогла лечь. До этого она находилась в полусидячем положении.

11 февраля 2-й сеанс в течение 30 минут. Приступов больше не было.

15 февраля с утра ухудшилось дыхание. Больной дан кислород. Начинаясь приступ. Отставлен кислород, больная введена в гипнотический сон. Приступ не развился. Дыхание стало свободным.

18 февраля, перед четвертым сеансом, больная обратилась с просьбой приучить ее к запаху камфоры, который она не переносит. Проведен сеанс с соответствующим внушением и с приучением в гипнозе к запаху камфоры. После сеанса больная свободно вдыхала камфору без каких-либо отрицательных последствий.

21 февраля был проведен последний, 5-й, сеанс. Приступов больше не было. Больная выписана в хорошем состоянии. Больной было предложено явиться снова в случае возобновления приступов, но она больше не появлялась.

Это наблюдение интересно в том отношении, что внушением в гипнозе больная смогла быть быстро выведена из астматического состояния, что в другой раз удалось предотвратить развитие приступа и больная в гипнозе была приучена к запаху камфоры, которой она до этого не переносила.

Приведенные 2 наблюдения могли бы быть дополнены большим количеством наблюдений больных с более легкими формами бронхиальной астмы, при которых лечение внушением в гипнозе давало в сравнительно короткие сроки хорошие результаты. В особенности такие результаты получались у больных с небольшими сроками заболевания и с небольшими изменениями в дыхательных путях. У таких больных нам удавалось добиваться стойкого излечения. Это подтверждается теми данными, которые приведены в сводной табл. 3, приведенной на стр. 55.

Как видно из табл. 3, под нашим наблюдением находилось 476 больных бронхиальной астмой, что составляет 13,9% общего числа всех прошедших через гипнокабинет больных.

Из них у 28 больных мы не смогли добиться улучшения, у 68 больных мы отметили только небольшое улучшение, у 207 больных мы получили заметное улучшение и у 183 — значительное улучшение. К сожалению, мы не располагаем данными отдаленных результатов лечения. Но обычно в конце лечения мы говорили больным о том, что в случае ухудшения и возобновления приступов они могут вновь обратиться к нам. Часть из них, особенно больные с заметным улучшением, через более или менее длительное время, являлись к нам на повторное лечение, и только в единичных случаях к нам обращались лица из последней группы.

У больных, которым мы уже проводили сеансы внушения в гипнозе, нам часто удавалось снимать острый приступ астмы без применения медикаментозных средств.

У ряда больных уже после 1—2 сеансов прекращались приступы, у других для этого требовалось значительно большее число сеансов. Но, как правило, даже в самых тяжелых случаях после нескольких сеансов внушения в гипнозе менялись в лучшую сторону характер, частота и сила приступов.

В отдельных случаях, несмотря на хорошую гипнотельность больных, нам не удавалось положительно воздействовать на них.

Сеансы больным бронхиальной астмой, в особенности первые, мы проводили в кресле или, если больной не мог

прийти в гипнокабинет, в палате в полусидячем положении в кровати.

При положительных результатах гипносуггестивной терапии уже после нескольких сеансов мы рекомендуем лечащим врачам постепенно снижать количество назначаемых медикаментов, а затем стараемся приучить больных обходиться без них.

Продолжительность сеансов не должна быть большой, она не превышает обычно 20—30 минут. Обычно астматики после длительных сеансов чувствуют себя хуже.

Исключение можно делать только для больных, перенесших ночью длительный приступ астмы, с целью предоставления им отдыха после бессонной ночи.

Как правило, уже через 5 минут после введения в гипноз у больных отмечается улучшение. Число дыханий с 30—40 в 1 минуту постепенно снижается и к концу сеанса доходит до 16—20, урежается пульс, исчезает стенотический характер дыхания, уменьшается цианоз, и вообще меняется весь облик больного.

Мы уже указывали на то, что мы стараемся снять у астматиков их повышенную чувствительность к определенным запахам.

С этой целью в гипнозе мы внушаем больным, что впредь такие-то запахи не будут действовать на них отрицательно. «Сейчас я дам Вам понюхать одеколон (бензин и др.), запах которого Вы раньше плохо переносили; Вы с удовольствием почувствуете этот запах и убедитесь, что он больше не вызывает кашля, затруднений дыхания или приступа. Когда Вы проснетесь, Вы так же легко и свободно с удовольствием понюхаете одеколон и в дальнейшем начнете им пользоваться».

Мы тренируем больного в гипнозе, предлагая ему нюхать все, что вызывало у него болезненную реакцию, и то же проделываем после пробуждения больного.

Приводим любопытный пример, не имеющий прямого отношения к больным бронхиальной астмой.

Наблюдение 66. Во время обхода одной из палат к нам обратилась с просьбой одна из больных, страдающая тяжелым заболеванием сердца, осложненным асцитом, приучить ее к запаху камфоры, который она совершенно не переносит. Врачи часто назначают ей инъекции камфорного масла, но она вынуждена отказываться от них, потому что как только она почувствует запах кам-

форы, то начинает бледнеть, покрывается потом, и вообще ее состояние ухудшается.

Мы согласились выполнить просьбу этой больной и попросили сопровождавшую нас доктора К. принести нам камфорный спирт или масло. К. принесла нам склянку с камфорным спиртом, быстро отдала ее, а сама куда-то исчезла.

Мы провели больной в палате сеанс с соответствующим внушением. Сеанс прошел успешно. Больная стала равнодушной к запаху камфоры и впоследствии спокойно переносила инъекции камфорного масла. Наблюдение — 2½ года.

Когда после сеанса мы спросили доктора К. о причине ее исчезновения, выяснилось, что и она также не переносит запаха камфоры. Она бледнеет, ее начинает тошнить, и дело может дойти до рвоты и обморока.

Мы сразу же предложили К. отучить ее от этой боязни и провели сеанс гипноза с внешним безразличным отношением к запаху камфоры. Всего было проведено 2 сеанса, после которых К. стала спокойно переносить этот запах и несколько раз собственноручно проделала больным инъекции камфорного масла.

Хотя, как мы уже указывали, эти примеры не имели отношения к бронхиальной астме, мы их привели, так как аналогичным образом нам удавалось ликвидировать повышенную чувствительность у многих астматиков.

Исходя из вышеизложенного, следует сделать вывод, что гипносуггестивная терапия в общем комплексе лечения бронхиальной астмы должна применяться гораздо чаще, чем это имеет место в настоящее время. Она сравнительно быстро может освободить больного от многих тяжелых для него ощущений и способствовать быстрейшему выздоровлению. В тяжелых случаях, при наличии необратимых изменений в органах дыхания, она облегчает общее состояние больного и течение заболевания.

В процессе проведения внушения в гипнозе мы стараемся приучить больных к дыхательным упражнениям, заставляя их проделывать по нашей команде три медленных глубоких вдоха и максимальных выдоха, и рекомендуем проделывать такие же упражнения самостоятельно по 3—4 раза на протяжении дня. На выдохе, к концу его, мы сдавливали нижние ребра, этим самым дополняя силу выдоха.

В прощальной беседе мы даем еще две рекомендации: первую — начинать летом ежедневные обтирания в следующей последовательности: вначале сухим мохнатым полотенцем, затем полотенцем, смоченным в воде

пополам с водкой в течение 3—4 дней, затем обыкновенной комнатной водой температуры 22—23°, с понижением на 1° через каждые 3—4 дня, но не ниже 18°.

Эти обтирания обусловят закаливание организма и могут предупредить обычные осенне-зимние простуды, являющиеся главным провоцирующим моментом у астматиков.

На случай же наступления простуды даем вторую рекомендацию: при самых первых ее проявлениях следует выпить стакан воды с одной каплей люголевского раствора или настойки йода. Своевременный прием обрывает развитие простуды. Последнюю рекомендацию мы заимствовали у А. Бира.

ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ

Вазомоторный ринит также относится к числу аллергических заболеваний. Он часто вызывается охлаждением или какими-то определенными, но чаще неизвестными аллергенами.

Вазомоторный ринит характерен наступлением кратковременного, исчисляемого минутами, насморка, безудержным чиханием. Такой приступ проходит самостоятельно. Иногда насморк приобретает более длительный характер. Повторяется он обычно в одно и то же время, большей частью по утрам.

Следует подчеркнуть, что гипносуггестивной терапией удается снимать аллергизирующие моменты, если они известны. Об этом было сказано в предыдущей главе о бронхиальной астме.

Аналогично этому удается воздействовать и на аллергизирующие факторы при вазомоторном рините. Из 13 больных, обратившихся к нам по поводу вазомоторного ринита, во всех случаях удалось добиться положительных результатов, для чего потребовалось сравнительно небольшое число сеансов.

Обычно это было 5—6 сеансов.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Наблюдение 67. Больная К., врач 41 года, страдает вазомоторным ринитом около 2 лет. Лечилась у многих крупных специалистов различными методами, но без всякого успеха. Обращалась и к гомеопатам. Насморк резко усиливается при запахе жареного мяса и от запахов в клинике (больная по специальности гинеколог). Ка-

кие именно запахи в клинике действуют отрицательно, указать не может. Лучше чувствует себя летом, во время пребывания в Кисловодске. По возвращении в Ленинград все явления вазомоторного ринита возникают вновь. Нос, как правило, заложен. Обоняние и вкус теряются.

В прошлом никаких заболеваний не отмечает. Физически крепкая женщина. В 1968 г. поднималась на Эльбрус.

Со стороны внутренних органов и нервной системы без особенностей. Крылья носа гиперемированы. Носового дыхания нет. Насморк. Говорит в нос.

С 26 ноября по 23 декабря 1968 г. проведено 8 сеансов гипносуггестивной терапии. Уже после первых сеансов намечалось улучшение, частично восстановилось носовое дыхание и в какой-то мере обоняние.

К концу лечения насморк больше не проявлялся.

«Если бы всегда было так, как сейчас, я больше ничего не хотела бы». Вот слова больной на заключительном сеансе.

В качестве примера успешного лечения вазомоторного ринита следует вспомнить наблюдение, описанное под № 16 на стр. 73.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Патогенез гипертонической болезни сам по себе определяет показания к применению гипносуггестивной терапии.

В основе лечения гипертонической болезни, помимо лекарственной терапии, диеты и др., весьма важным фактором является психическая уравновешенность.

Как правило, страдающие гипертонической болезнью высказывают ряд жалоб, указывающих на наличие у них сопутствующего невроза — постоянную раздражительность, плохой сон, головные боли, боли в сердце, головокружение и др. Уже небольшие волнения у многих больных приводят к значительному повышению артериального давления, а большие — оставляют его длительно повышенным.

Устранение хотя бы части вышеуказанных симптомов приводит к заметному улучшению общего самочувствия гипертоников, снижению артериального давления и оказывает благоприятное влияние на течение заболевания.

Нам неоднократно приходилось анализировать воздействие гипносуггестивной терапии на уровень артериального давления. В большинстве случаев мы

получали заметное снижение артериального давления, у иных больных — весьма значительное.

	До сеанса	Через 15 минут в сеансе	После пробуждения
Большой К.	240/150	170/120	180/120
Большой Н.	210/120	165/100	160/90

Обычно после выведения из гипноза через сравнительно короткое время артериальное давление вновь повышается, но оно не доходит до исходных цифр.

Наблюдение 68. У больного С. артериальное давление в начале лечения было очень высоким — 240—250/130—140, после 6 сеансов оно снизилось до 210/120 и после 9 сеансов дошло до 200/110 мм рт. ст.

Некоторые авторы (М. Я. Ходза¹ и др.) указывают на то, что при лечении больных гипертонической болезнью внушением в гипнозе им удавалось добиваться снижения артериального давления у таких больных, у которых никакими другими методами лечения не удавалось этого сделать.

Мы также думаем, что в лечении гипертонической болезни гипносуггестивная терапия в комплексе с другими лечебными мероприятиями может оказаться весьма полезной.

Наша таблица не показывает всех леченных больных гипертонической болезнью. Часть из них отнесена к графе «Неврозов», другие — к графе «Отдельных симптомов». В графу «Неврозы» вошли 177 больных, страдавших гипертонической болезнью. Явления невроза у них были настолько выраженными, что мы сочли более правильным отнести их к графе «Неврозы». Поэтому в графе «Гипертоническая болезнь» остались всего лишь 207 больных, из которых у 13 мы не смогли получить улучшения, у 20 получили лишь небольшое улуч-

¹ М. Я. Ходза. Психотерапия при гипертонической болезни. *Вопр. психоневрол. Автореф. научн. работ за 1949—1951 гг.* Л., 1954.

шение, у 128 больных результаты были хорошими, у 46 — очень хорошими.

У гипертоников, отнесенных к другим графам, результаты лечения были также удовлетворительными.

СТЕНОКАРДИЯ

В графу «Стенокардия» в табл. 3 помимо больных истинной грудной жабой, вошли и больные, у которых ведущим симптомом являлась боль в сердце, какого бы она ни была происхождения. К сожалению, диагноз «Стенокардия» часто ставится и там, где к этому нет достаточных оснований, там, где нет грудной жабы.

Достаточно больному пожаловаться на боль в области сердца, как диагноз «стенокардия» появляется на соответствующих документах, в том числе и выдаваемых на руки больным. Такой диагноз способствует развитию у больных иатрогенности и закреплению болевых ощущений.

Конечно, иной раз трудно бывает дифференцировать истинную грудную жабу от других болевых синдромов, и все же диагноз стенокардии следует ставить с известной осторожностью.

Врачи часто забывают о болях ревматического характера при стенозе митрального отверстия и о чисто функциональных болях. Раньше пользовались термином «невроз сердца». В настоящее время вместо него пишут: «функциональное расстройство нервной системы с явлениями ангиоспазма коронарных артерий». Правда, в последнем учебнике терапии А. Л. Мясникова (1967 г.) вновь появился этот термин.

Боль в сердце часто является ведущим симптомом и может быть отнесена к любому из вышеперечисленных наименований.

Мы объединили все наши наблюдения больных с ведущим симптомом «боль в сердце» в одну графу «Стенокардия». На больных, отнесенных к этой графе, внушение в гипнозе оказывает весьма положительное действие и приводит, как правило, к быстрому устранению болевого симптома.

Особенно это имеет место у тех больных, у которых на электрокардиограмме не отмечалось никаких отклонений от нормы или же имелись лишь небольшие отклонения.

Обычно уже после первых сеансов начинает меняться характер болевых ощущений. Приступы болей в сердце наступали реже, они становились меньшими и менее продолжительными. В дальнейшем большинство больных освобождалось от приступов боли в сердце на более или менее продолжительное время.

У части больных они прекращались навсегда. В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Наблюдение 69. Больная К., 43 года, портниха, поступила в больницу 5 ноября 1952 г. по поводу частых приступов боли в сердце, возникающих при малейших физических нагрузках. Вынуждена все время лежать, так как даже небольшие движения вызывают боль.

Заболела около четырех месяцев назад в г. Виннице, где она находилась на отдыхе.

Боли в сердце возникли внезапно, без каких-либо особых причин и приковали Б. на длительное время к постели.

Боли периодически повторялись в виде приступов и только через 2 месяца Б. с трудом добралась до Ленинграда. Дома она пролежала еще около 2 месяцев и, так как улучшения не наступало, была помещена в больницу.

Помимо болей в области сердца, возникавших при попытках встать с постели, больную беспокоил цистит.

Она много плакала, стала очень раздражительной. К тому же семейные ее обстоятельства сложились неблагоприятно. Б. недавно разошлась с мужем и вынуждена жить с ним в одной квартире.

После тщательного обследования больной выяснилось, что нет никаких оснований для постановки диагноза какого-либо серьезного заболевания сердца, несмотря на то, что на электрокардиограмме были отмечены диффузные мышечные изменения с явлениями перенапряжения левого желудочка.

Из объективных симптомов отмечалось: небольшое увеличение левого желудочка сердца, приглушение тонов сердца, выраженная эмоциональная лабильность, красный дермографизм, небольшое дрожание пальцев вытянутых рук и умеренный гипергидроз.

В моче — изменения, характерные для цистита.

К концу обследования удалось ликвидировать явления цистита, и на 12-й день после поступления было решено приступить к гипно-суггестивной терапии.

Больную принесли на носилках в гипнокабинет. Сразу же громким голосом было приказано унести носилки, так как после сеанса гипноза больная не будет больше в них нуждаться и сможет самостоятельно вернуться в палату без того, чтобы у нее возникла боль в сердце.

Приказ об уносе носилок, отданный в присутствии больной, фактически обозначал начало психотерапевтического воздействия.

Действительно, после первого сеанса Б., слегка пошатываясь и придерживаясь за стенку, прошла к себе в палату, причем боль в сердце не возникла. Следует вспомнить, что больная в течение четырех месяцев была прикована к кровати.

С этого дня Б. все больше и больше втягивалась в ходьбу и после 13 сеансов, 20 декабря, была выписана во вполне удовлетворительном состоянии, освобожденная от всех своих жалоб, со стремлением приступить к работе.

С 24 декабря 1952 г. по 15 июня 1953 г. больная приходила для проведения повторных сеансов, которые проводились с большими промежутками. Всего таких сеансов было 5. Общее состояние ее было удовлетворительным, она полностью включилась в работу. Работать приходилось с перегрузкой, тяжелыми утигами. Только очень редко, после большой перегрузки, она испытывала небольшие неприятные ощущения в сердце.

Результаты лечения этой больной очень демонстративны. Можно с уверенностью сказать, что без гипно-суггестивной терапии больная еще долго не смогла бы вернуться к работе, длительно не выходила бы из своего состояния и, вероятнее всего, перешла бы на инвалидность.

Аналогичных примеров можно было бы привести много. Вспомним больного Г., описанного под № 9 на стр. 65, у которого удалось добиться хороших результатов от применения внушения в гипнозе.

Следует вспомнить также больного С., описанного на стр. 80 под № 24.

В тех случаях, когда у больных на электрокардиограммах отмечались более серьезные отклонения, результаты лечения были различными.

Иногда и в этих случаях нам удавалось добиваться хороших результатов от применения внушения в гипнозе, у части больных они были более скромными, у остальных результатов не было. Эта последняя категория была малочисленной.

Мы никогда не отказываемся от попыток применения гипно-суггестивной терапии даже в самых тяжелых случаях стенокардии. Исключение составляют только больные, перенесшие недавно инфаркт миокарда. Их, как правило, мы берем для лечения не ранее трех месяцев после заболевания инфарктом, главным образом для устранения болевых приступов, которые могут задерживаться на длительное время. Мы считаем такие болевые приступы проявлениями следового характера, и у значительной части больных внушение в гипнозе оказывалось успешным.

Наблюдение 70. Больной Ф., 52 лет, инженер, заболел 22 мая 1956 г. инфарктом миокарда. Лежал в течение 2 месяцев, затем в течение еще 2 месяцев ходил только в квартире. После этого

начал выходить на улицу и месяц пробыл в санатории. Со 2 января 1957 г. начал работать с половинной нагрузкой.

Обратился к нам с жалобами на периодически возникающие боли в области сердца, головные боли, чувство постоянной тревоги на работе, боязнь сойти с ума.

За время с 13 февраля по 2 марта 1957 г. было проведено 11 сеансов внушения в гипнозе.

Тревожные мысли уменьшились у больного после 4 сеансов и были полностью ликвидированы после 6. К этому времени налачился хороший сон, прекратились головные боли и боли в сердце. К 10-му сеансу почувствовал себя полностью освобожденным от всех своих жалоб, а после окончания лечения стал подумывать о том, чтобы взять работу с полной нагрузкой.

Приводим еще одно наблюдение.

Наблюдение 71. Больной А., 48 лет, слесарь, находился на лечении по поводу атеросклеротического кардиосклероза, атеросклероза коронарных артерий, стенокардии, невралгии и туботита.

Основные жалобы больного: тупые боли в области сердца, головные боли, общая слабость, частые нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, раздражительность, понижение слуха, больше на правое ухо.

В прошлом имел спортивный разряд по легкой атлетике.

Первый приступ болей в сердце случился в 1954 г. В 1959 г. после перенесенной дизентерии вновь появились боли в сердце колющего характера с периодическими обострениями. Последнее ухудшение — с 27 декабря 1960 г., после ангины.

Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. На электрокардиограмме — мышечные изменения на задней стенке левого желудочка. Заключение ЛОР-специалиста: значительное понижение слуха на правое ухо, меньше — на левое. Хронический ринофарингит, туботит.

С 28 февраля по 22 марта 1960 г. больному проведено 7 сеансов внушения в гипнозе, из них последние 3 — амбулаторно.

После 4 сеансов наступило прекращение болей в сердце. Значительное улучшение слуха после первого сеанса и полное восстановление его после 3 сеансов.

Больного беспокоила предстоящая встреча с женой — не вызовет ли половой акт возобновления болей в сердце.

Перед выпиской А. нами было сделано специальное внушение, и 8 марта больной имел половое сношение без каких-либо отрицательных последствий. До конца лечения, т. е. до 22 марта, имел ряд сношений, также без отрицательных последствий. В последних сеансах никаких жалоб не предъявлял.

Интересно отметить, что в тех случаях, когда гипносуггестивная терапия была безрезультатной, другие методы лечения также не помогали.

Нам пришлось порекомендовать двум нашим больным, у которых длительное лечение внушением в гипнозе не дало положительных результатов и у которых

боли в сердце продолжались, прибегнуть к оперативному лечению — перевязке а. mammae interna.

В обоих случаях операция не принесла облегчения.

Это обстоятельство навело нас на мысль, что благоприятные результаты лечения при указанном оперативном вмешательстве могут быть частично объяснены психическим воздействием.

Приведенные наблюдения подтверждают целесообразность внушения в гипнозе в лечении как истинной стенокардии, так и болевых ощущений в сердце, связанных с функциональным расстройством нервной системы.

Приводим еще одно наблюдение, представляющее интерес в том отношении, что оно показывает, какую большую роль играет психический фактор в возникновении боли в сердце.

Наблюдение 72. Больная К., 65 лет, санитарка, находилась в больнице по поводу гипертонической болезни, атеросклеротического кардиосклероза, стенокардии, эмфиземы легких и лямблиозного холецистита.

Больная высказывала жалобы, свойственные вышеперечисленным заболеваниям. В числе их была жалоба на приступы болей в области сердца, наступающие, как правило, после утреннего завтрака.

Сама больная связывает появление болей в сердце с приемом пищи во время завтрака.

Когда лечащий врач сообщил нам об этом, мы сказали ему, что вряд ли прием пищи играет какую-либо роль в возникновении приступа. Если бы это было так, то приступы у больной возникали бы скорее после обеда, когда съедается гораздо больше.

Лечащий врач передал содержание нашей беседы больной, и с этого момента приступы у больной начали возникать только после обеда.

С 25 сентября по 6 октября 1952 г. больной было проведено 6 сеансов внушения в гипнозе, полностью устранивших боли в сердце.

До этого в течение месяца (больная поступила в больницу 25 августа) применявшиеся методы лечения не устранили болевого синдрома.

В гипнозе больной внушалось, что возникновение болевых приступов в сердце не имеет никакой связи с приемом пищи и что впредь прием пищи не будет вызывать приступов боли в сердце и они вообще прекратятся.

Уже после трех сеансов боли стали появляться нерегулярно и стали более слабыми. После 4-го сеанса боли прекратились. Последний сеанс был 6 октября. Больная была выписана 4 ноября. За все это время у нее не было ни одного приступа.

Из табл. 3 видно, что число больных стенокардией было значительным, и оно занимает третье место после неврозов и бронхиальной астмы. Из 448 больных,

лечившихся у нас внушением в гипнозе, у 21 мы не смогли добиться улучшения, у 81 получили лишь небольшое улучшение, у 214 — значительное улучшение и у 132 — практическое выздоровление.

Последние 2 цифры убеждают нас в том, что гипно-суггестивная терапия является полезным фактором в деле лечения больных, страдающих приступами сердечных болей, какого бы они ни были происхождения (кроме острых инфарктов). Если эти боли сочетаются с выраженным неврозом, обязательно следует в качестве компонента лечебных мероприятий включать внушение в гипнозе. Это тем более необходимо, что болевой симптом в сердце встречается довольно часто: по нашим данным, у 17% всех больных, проходивших у нас лечение внушением в гипнозе. Число же больных, включенных в графу «Стенокардия», составляет только 13%. Следует учесть, что мы не включили в приведенные цифры больных с жалобами на чувство стеснения и тяжести в области сердца.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ

Пароксизмальная тахикардия имеет центрогенное невротическое происхождение. Она может возникать также рефлекторно при ряде заболеваний сердца, желчного пузыря и других органов.

Особенно опасна пароксизмальная тахикардия при неполноценном сердце, так как она ухудшает застойные явления, вызывает тошноту, рвоту, боли в сердце, набухание печени.

Несомненно, что в возникновении пароксизмальной тахикардии большую роль играет нервный фактор.

Продолжительность приступа пароксизмальной тахикардии колеблется от нескольких минут до нескольких часов, реже она затягивается на более продолжительное время. Пульс резко учащается, его часто невозможно сосчитать.

Прекращается пароксизмальная тахикардия чаще всего самостоятельно.

Предложен ряд методов для прекращения пароксизмальной тахикардии — надавливание на глазные яблоки (раздражение блуждающего нерва), давление на *sinus caroticus*, вызывание искусственной рвоты и др.

Предложен также ряд медикаментозных средств (хинидин, сернокислая магнезия, хлористый кальций и др.). Однако в ряде случаев все эти мероприятия не оказывают должного действия.

Сами больные, страдающие пароксизмальной тахикардией, находят иногда позу, освобождающую их от этих приступов, причем поза эта может быть довольно странной.

Среди наших наблюдений имеется 16 случаев длительной и упорной пароксизмальной тахикардии, с частыми приступами, не прекращающимися при обычных методах лечения.

Только у одной больной мы смогли отметить небольшое улучшение, у трех заметное улучшение — более редкое наступление приступов и меньшую их продолжительность. У 12 больных приступы прекратились.

В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Наблюдение 73. Больная К., 29 лет, фармацевт, находилась на санаторном лечении в Кисловодске. За 10 дней ее пребывания отмечалось 3 приступа пароксизмальной тахикардии. По словам К., такими приступами она страдает около 2 лет. Пароксизмальная тахикардия возникла впервые без особой причины. Впоследствии она установила ряд моментов, вызывавших эти приступы. К ним относятся: резкое движение, нервное возбуждение, перенасыщение, прием алкогольных напитков, переутомление.

Как выяснилось, в семейной жизни у нее имеется серьезный конфликт. Муж ее страдает импотенцией и в то же время сильно ревнует жену.

Это обстоятельство особенно отражается на нервной системе К., молодой, красивой, жизнерадостной женщины, стремящейся жить полноценной жизнью.

К. была направлена лечащим врачом на гипно-суггестивную терапию, которая оказала весьма благотворное воздействие.

Всего было проведено 8 сеансов гипно-суггестивной терапии. После начала лечения у К. не было ни одного приступа. Спустя 2 месяца от К. было получено письмо, в котором она сообщила, что чувствует себя хорошо и за все время у нее не было ни одного приступа. С мужем она решила развестись.

В процессе проведения гипно-суггестивной терапии К. внушалось, что нервная система ее укрепляется. В каждом сеансе искусственно вызывались те моменты, которые провоцировали наступление приступа.

Так, например, во 2-м сеансе проводились резкие движения, в 3-м — К. выпила стакан вина, перед 4-м — плотно поела, и все это не давало обычных отрицательных реакций.

Аналогичные результаты мы получали и у других больных.

Наши, хотя и немногочисленные, наблюдения дают нам право рекомендовать гипносуггестивную терапию при пароксизмальной тахикардии, особенно в тех случаях, когда обычные методы лечения не дают положительных результатов.

У двух больных применение гипносуггестивной терапии в момент приступа прекратило его.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

(язвенная болезнь, гастриты, привычные запоры и поносы)

Патогенез язвенной болезни имеет сомато-психический характер. В ее происхождении определенную роль играют длительные психогенные ситуации и своеобразные черты личности и характера больных.

Нередко один из главных симптомов язвенной болезни — боль в подложечной области или в точке двенадцатиперстной кишки — продолжает беспокоить больного и тогда, когда уже наступило рубцевание язвы, и даже длительное время после него.

Это заставляет больного придерживаться и в дальнейшем строгой диеты, что в свою очередь сказывается на его общем состоянии, на настроении, обуславливает психическую подавленность, способствует возникновению невроза.

В этих случаях гипносуггестивная терапия нередко оказывает весьма благоприятное воздействие, освобождая больных от болевых ощущений, страха перед нарушением строгой диеты и умеряя явления невроза.

Но и в тех случаях, когда рентгеновское исследование подтверждает наличие свежей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, гипносуггестивная терапия может оказать положительное воздействие, создавая более благоприятные условия со стороны нервной системы для заживления язвы.

Таким воздействием могут быть созданы условия покоя и устранены моменты, обуславливающие и поддерживающие длительное течение язвы.

Наши наблюдения язвенных больных немногочисленны, их было 38 человек. Это не дает нам права делать какие-либо далеко идущие выводы.

Но и они подтверждают целесообразность включения гипносуггестивной терапии в общий комплекс лечебных мероприятий.

Дополнение медикаментозного лечения, диеты, покоя, физиотерапевтических процедур гипнотерапией улучшало результаты лечения.

Ранее мы уже упоминали о положительном действии внушения в гипнозе на рвоты различного происхождения, конечно, за исключением случаев отравления (наблюдение 60, стр. 122).

Диагноз «гастрит» ставится довольно часто даже в тех случаях, когда больные не предъявляют особых жалоб. Это случается чаще всего после рентгеновского просвечивания желудка, при котором рентгенолог в протоколе исследования отмечает отклонения в рельефе слизистой и в своем диагнозе эти отклонения расценивает как «гастрит».

Больные, получив на руки заключение рентгенолога и прочитав слово «гастрит», нередко начинают испытывать ряд ощущений, свойственных симптомам гастрита.

Диагноз усиливает ряд ощущений обследуемого до степени выраженной симптоматики заболевания.

Сообщая больному диагноз заболевания, в особенности если этот диагноз ставится впервые, врач должен провести разъяснительную беседу в том направлении, чтобы сам диагноз не тревожил больного. Следует сказать, что больной может считать себя практически здоровым (в тех случаях, когда это так и есть) и, следуя советам врача, он может полностью освободиться от своего заболевания. Такая разъяснительная беседа предупредит появление натрогенных наслоений.

Внушением в гипнозе можно воздействовать на функциональные (привычные) запоры и поносы.

Нам нередко удавалось устранять у больных, страдающих запорами, их многолетнюю привычку к слабительным и клизмам.

Наблюдение 74. Больная П., 52 лет, домашняя хозяйка, на протяжении многих лет ежедневно пользуется клизмой, без которой, по ее словам, у нее не бывает стула по 4—5 дней.

3 сеансов внушения в гипнозе оказалось достаточным, чтобы наладить П. ежедневный стул без каких-либо вспомогательных средств. Для закрепления результатов лечения было проведено еще 3 сеанса. Лечение проводилось в период между 2 марта и 16 апреля.

1956 г. П. мы наблюдали на протяжении многих лет. Больше ей не приходилось прибегать к клизмам.

Каково должно быть содержание внушения в таких случаях?

Прежде всего необходимо выяснить условия, вызвавшие привычный запор. Они могут быть чисто профессионального характера, связанные с необходимостью подавлять акт дефекации. Они могут развиваться в результате брезгливости, связанной с плохим содержанием уборной в коммунальной квартире или в местах общего пользования. Они могут быть также вызваны нарушением режима питания и его характера. Последнее особенно заметно в первые дни пребывания в санаториях.

После уточнения причины возникновения привычного запора следует, наряду с внушением в гипнозе, дать ряд рациональных советов.

Мы выбираем с больным время, наиболее удобное для дефекации, и наше внушение направляем на то, чтобы дефекация произошла именно в эти часы.

Содержание внушения примерно таково.

«Мы с Вами выяснили причину возникновения у Вас привычного запора, и теперь, когда мы нашли решение для устранения этих причин, проводимое внушение в гипнозе поможет Вам избавиться от самого запора. Начиная с .. (называется время за один час до намеченного для дефекации времени), у Вас начнется усиление перистальтики кишок (движение кишок для лиц, незнакомых с термином «перистальтика»). Благодаря усилению перистальтики каловые массы начнут передвигаться по направлению к выходу (в это время мы поглаживаем живот рукой, начиная с правой подвздошной области, затем по ходу поперечно-ободочной кишки, затем по нисходящему отрезку и т. д.). Примерно через один час каловые массы будут находиться уже в прямой кишке и в ... часу Вы почувствуете настоящий позыв к дефекации. Вы пройдете в уборную и, не торопясь, посидите там столько времени, сколько нужно будет для опорожнения кишечника. Так будет ежедневно. Вам не понадобится прибегать к слабительным (клизмам). У Вас теперь ежедневно будет самостоятельный стул. Каждый день в ... часу у Вас будет на-

чинаться усиленная перистальтика и в ... часу появится позыв и затем самостоятельный стул».

Если больной длительное время пользовался слабительными, то мы рекомендуем принимать его еще в течение 2—4 дней и отменяем его тогда, когда удастся настроить дефекацию у больного на определенный час.

Как правило, после 2—4 дней больные начинают самостоятельно иметь стул в указанные часы.

Соответствующим внушением в гипнозе таким же образом можно воздействовать и на поносы.

Внушением в гипнозе можно улучшить аппетит, ликвидировать отвращение к определенным пищевым веществам и отвращение к приему пищи у беременных.

Ликвидировать можно не только отвращение, но и сенсibilизирующее действие отдельных пищевых веществ (яйца, клубника и др.).

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Мы уже указывали, что неврозы часто сопутствуют заболеваниям печени и желчных путей, в особенности в тех случаях, когда болевые приступы бывают частыми, достаточно сильными и повторяются на протяжении ряда лет.

В некоторых случаях нам удавалось воздействовать на острый приступ печеночной колики, устраняя его без применения инъекций пантопона и атропина.

Но не в этом основное значение применения внушения в гипнозе при заболеваниях печени, желчного пузыря или желчных путей.

Показаниями к лечению внушением в гипнозе служат случаи повторяющихся приступов уже после того, как были ликвидированы воспалительные явления в желчном пузыре или в желчных ходах. Эти повторяющиеся приступы являются следствием образования патологической доминанты в коре головного мозга и могут быть устранены соответствующим внушением в гипнозе. Также успешно устраняются дискинезии желчных путей.

Устранение невроза, сопутствующего заболеванию печени и желчных путей, также может облегчить основную терапевтическую задачу.

Наблюдение 75. Больная Д., 49 лет, педагог, поступила в больницу на лечение 23 сентября 1962 г. с диагнозом: обострение хронического холецистита с явлениями ангиохолита.

Холециститом болеет с 1945 г. В 1960 г. был удален желчный пузырь. Через 1½ года после операции возобновились боли в области желчного пузыря (несуществующего). Лечилась в хирургической клинике Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. К ноябрю 1961 г. боли прекратились и снова возобновились 15 сентября 1962 г.

Боли сопровождаются тошнотой, а иногда и рвотой. Приступы возобновляются через 1—2 дня. В прошлом болела гриппом, ангиной, воспалением легких, гнойным плевритом, по поводу которого в 1949 г. было резецировано ребро. В том же году была оперирована по поводу внематочной беременности. Менопауза с 1960 г. Перенесла ленинградскую блокаду. Материально-бытовые условия хорошие.

При объективном исследовании, кроме небольшой чувствительности при легком поглаживании в области правого подреберья, других отклонений обнаружено не было.

В дуоденальном содержимом до и после введения магнезии 2—5 лейкоцитов в поле зрения.

За 12 дней пребывания в больнице, до начала лечения внушением в гипнозе, больная не отмечала никакого улучшения. Приступообразные боли повторялись через 1—2 дня, появилась бессонница, усилилась раздражительность.

5 октября был проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии, после которого боли почти не беспокоили Д., она начала хорошо спать, стала спокойнее. После 2-го сеанса боли прекратились.

Мы порекомендовали Д. продолжить лечение амбулаторно, так как считали, что обстановка больницы действует на нее отрицательно. Больная последовала нашему совету, и ей до 19 ноября было проведено еще 12 сеансов амбулаторно.

Собственно говоря, лечение можно было закончить раньше, но в результате психического переживания (внезапная смерть близкого знакомого) у нее вновь появились боли, правда, незначительные. После 5 ноября боли не беспокоили ни разу, стала хорошо спать, хорошо справляется с работой. Соответственно улучшилось и настроение. После выписки из больницы больная вскоре приступила к работе.

Успешные результаты лечения внушением в гипнозе позволили нам высказаться в пользу диагноза «дискинезия желчных путей». Данное наблюдение свидетельствует об эффективности лечения внушением в гипнозе в случаях, где обычные методы лечения не давали улучшения, о возможности перевода таких больных на амбулаторное лечение, а также о возможности уточнения диагноза.

Внушение в гипнозе можно применять с целью преодоления страха при желудочном или дуоденальном зондировании и в тех случаях, когда при повторном введении дуоденального зонда не удается получить пузырную

желчь (порции В). В последних случаях мы обычно вводим больного в гипноз после получения порции А, перед введением сернокислой магнезии.

Содержание внушения: «Вы находитесь в состоянии покоя. Сейчас Вам будет введен раствор магнезии. Этот раствор через 10 минут вызовет раскрытие желчного пузыря, и, когда я Вас разбужу, через зонд будет выделяться темная желчь, такая, какая нам необходима для исследования. Продолжайте спокойно спать. Вы проспите только 10 минут, желчный пузырь начинает раскрываться, сейчас я Вас разбужу. Вы проснетесь без чувства скованности в руках и ногах и, к своему удовольствию, увидите, как из зонда выходит темная, темная жидкость. Считаю до пяти. На счет «пять» откройте глаза».

После такого внушения у больных, как правило, удавалось получить порцию В.

Те же больные, которые не могли проглотить зонд, свободно его глотали и удерживали.

Наблюдение 76. Больная Б., 42 лет, радиотехник, после дуоденального зондирования почувствовала нехватку воздуха, чувство постороннего тела в пищеводе и испытывала страх, боясь, что задохнется.

Все время плачет, мечется в кровати, не находит себе места.

По просьбе ординатора, в порядке неотложной помощи, больная была введена в гипноз и после соответствующего внушения сразу же освободилась от всех своих страхов и неприятных ощущений.

Впоследствии этой больной зонд вводился в присутствии гипнолога без каких-либо отрицательных последствий.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Лечение радикулитов, невритов, миозитов и т. д. в остром периоде относится к компетенции соответствующих специалистов. Однако при простреле и шейном миозите можно добиться снятия болевых ощущений одним сеансом. Имеет значение воздействие в самом начале заболевания. В этих случаях после введения в гипноз мы внушаем больному анестезию в болевых точках и проделываем энергичные движения в области поясницы (сгибание, разгибание и повороты) или в области шеи. Как правило, в результате такого энергичного воздействия больные после пробуждения начинают свободно

выполнять движения, вызывавшие раньше резкую болезненность.

К помощи гипнолога следует прибегнуть и в тех случаях, когда длительное лечение обычными методами не дает положительных результатов, когда большинство внешних симптомов устранено и данные лабораторных исследований близки к нормальным.

Ранее в главе «Боль», на стр. 118, мы уже указывали на больного (наблюдение 56), у которого, несмотря на длительное энергичное лечение, зафиксировался болевой симптом, после того как все внешние признаки ревматизма были ликвидированы и лабораторные данные также пришли к норме. Только благодаря гипносуггестивной терапии удалось быстро освободить больного от болевых ощущений и вернуть его к нормальной деятельности. Можно с уверенностью сказать, что без этого больной долго еще занимал бы больничную койку.

Наблюдение 77. Больная К., 23 лет, медицинская сестра, в феврале 1956 г. заболела острым суставным ревматизмом с поражением крупных суставов нижних конечностей (коленных и голеностопных) и ревматической пурпурой.

В течение месяца ее лечили большими дозами салицилатов, без того чтобы они воздействовали на имевшуюся симптоматику, в том числе и на пурпuru.

Больная страдала от сильных болей в суставах и не могла больше принимать салицилаты из-за возникшего отвращения к ним.

Эту больную мы в 1952 г. лечили по поводу синдрома Меньера. Тогда 4 сеанса внушения в гипнозе оказались достаточными для того, чтобы освободить К. от головокружения, тошноты и рвоты и некоторого понижения слуха на правое ухо.

Спустя 2 года К. вновь обратилась к нам по поводу менее выраженного, чем в первый раз, синдрома Меньера. На этот раз оказалось достаточным 2 сеанса внушения в гипнозе для того, чтобы освободить больную от неприятных ощущений.

Вот почему К. при обходе палат обратилась с просьбой облегчить ее страдания путем внушения в гипнозе.

Учитывая хорошую гипнабельность К. (она доходила до истинного сомнамбулизма), мы решили провести несколько сеансов в палате с целью облегчить ее страдания и устранить отвращение к салицилатам. Итоги лечения оказались хорошими. Всего было проведено 6 сеансов внушения в гипнозе. Больной внушалось уменьшение, а затем и полное исчезновение болей в суставах, возможность приема медикаментов без чувства отвращения к ним.

Уже первые сеансы оказали благоприятное воздействие. В ближайшие после сеанса часы боли оставались больной и затем, когда они через некоторое время возвращались, были значительно меньшими. Больная стала регулярно принимать назначенные лекарства, не испытывая отвращения к ним. Дело пошло на улучшение, и она

вскоре, после окончания гипносуггестивной терапии, была выписана. С тех пор работает, рецидивов не было. Практически здорова.

В качестве примера устранения болей ишиалгического характера можно вспомнить больного С. (наблюдение 24, стр. 80), у которого нам удалось снять внушением болевые ощущения.

Наблюдение 78. Больная Г., 45 лет, старшая медицинская сестра, обратилась к нам по поводу правостороннего шейного плечистита, которым она страдает на протяжении 2 лет, с жалобами на сильные боли в правой руке, в значительной мере ограничивающие ее движения, главным образом — в плечевом суставе.

Больная систематически лечилась амбулаторно медикаментами и физиотерапевтическими процедурами, которые давали только кратковременное улучшение, лечилась и стационарно в больнице им. Куйбышева, также только с временным улучшением.

Имела в прошлом и в настоящем много переживаний. Муж погиб на фронте. Сын болеет ревматизмом, мать парализована. Материально-бытовые условия неважные. Вынуждена работать на 1/2 ставки. Сама болеет пороком сердца и частыми обострениями радикулита.

Объективные данные соответствуют диагнозу митральной недостаточности. Движение в верхней конечности ограничено из-за боли. Весьма болезненны главным образом большие размахи в плечевом суставе вперед и назад.

С 21 октября по 15 декабря 1958 г. больной было проведено 9 сеансов гипносуггестивной терапии. К большому удивлению и радости больной, сразу же после первого сеанса боли в правом плечевом суставе исчезли, и больная смогла свободно проделывать те движения, которые до сеанса она из-за болей проделывать не могла. Ко второму сеансу снова возникли небольшие боли в руке, но они не ограничивали движений.

За время дальнейшего лечения только к 8-му сеансу снова возникли небольшие боли в руке, что больная связывает с тяжелыми переживаниями из-за болезни матери.

9-й сеанс был проведен через 2 недели после 8-го. За все это время боли не возобновлялись ни разу. Не было их и на протяжении последующего года наблюдения.

На один из сеансов больная пришла, жалуясь на прострел, возникший утром. Пришла с трудом, малейшие движения в пояснице были резко болезненны. С большим трудом улеглась на кушетку.

Г. была введена в гипноз, и ей было проведено специальное внушение, направленное на ликвидацию прострела.

Для этого прежде всего была внушена безболезненность в области поясницы и при движении в ней. Затем, после поглаживания поясницы, внушалась замена болевых ощущений приятным чувством тепла и полная безболезненность в пояснице при сгибании, разгибании и поворотах в разные стороны. Затем, продолжая внушать безболезненность движений, мы осуществили все эти движения в гипнозе. Обычно больные вначале несколько морщатся, а затем под настойчивым внушением: «У Вас боли нет, сейчас Вы испытываете только страх перед возможной болью, и этот страх обуславливает

еще небольшую боль. Страх этот я с Вас снимаю, и боли больше нет. Не будет ее и тогда, когда я Вас разбужу. Вы проснетесь и с радостью заметите, что все движения для Вас проходят совершенно безболезненно».

И действительно, после пробуждения больная была полностью освобождена от своих болевых ощущений.

Наблюдение 79. Больная А., 36 лет, курьер, 18 мая 1953 г. поступила в больницу по поводу болезни Боткина и правостороннего пояснично-крестцового радикулита на фоне истероидной реакции. Болеет невритом правого седалищного нерва с 17 марта 1953 г., по поводу этого заболевания была помещена в клинику Ленинградского педиатрического института.

В связи с нестерпимыми болями А. покушалась на самоубийство, после чего ее перевели в психиатрическую больницу. Там ее продержали всего лишь 2 дня, так как врачи не отметили расстройства психики. Больную перевели обратно в педиатрический институт. 15 мая у больной были обнаружены признаки болезни Боткина, и в связи с этим она была переведена в специальное отделение больницы им. К. Маркса.

При осмотре невропатологом 19 мая было записано: «Жалобы на боли в пояснице и в правой нижней конечности. Эмоционально лабильна, зафиксирована на своих жалобах, эгоцентрична, суждения примитивные, склонна к проявлению невротической аггравации. Со стороны центральной нервной системы патологии не обнаружено. Движения в поясничном поясе и в правой нижней конечности активные. Натяжение правого бедренного и седалищного нерва дает перезкую болевую реакцию. Чувствительных нарушений нет. Пателлярные рефлексы живые, правый ахиллов рефлекс снижен.

Проводилось лечение физиотерапевтическое и внутривенными инъекциями брома с глюкозой. 4 июня больная продолжала жаловаться на боли в пояснице и в правой нижней конечности и утверждает, что после физиотерапевтических процедур чувствует себя хуже, с постели встать не может. Жалобы больной не соответствуют объективным данным».

Было решено применить гипносуггестивную терапию с целью снятия болевых ощущений и общего воздействия на нервную систему больной.

1-й сеанс был проведен 6 июня и проходил весьма своеобразно. Больную в течение 15—20 минут не могли уложить на каталку, так как она жаловалась на невыносимые боли и кричала на всю палату, как только ее пробовали приподнять. С большим трудом ее уложили, наконец, на каталку, и сеанс пришлось проводить в процедурной, не снимая больной с каталки (гипнокабинет находится в другом отделении).

А. оказалась хорошо гипнабельной, быстро вошла в гипноз III степени. Было проведено соответствующее внушение, после которого больная на своих ногах пришла в палату, не испытывая при этом никаких болей. Соседи по палате, будучи свидетелями укладывания А. на каталку и ее криков, были поражены, увидав ее, пришедшую на своих ногах.

Боли, по словам больной, вернулись к ней примерно через 8 часов, но они были небольшими, и она смогла ходить в уборную.

Всего до 27 июня было проведено 9 сеансов. После каждого последующего сеанса безболевые промежутки все больше и больше удлинялись, а сами боли становились более умеренными. К этому времени болезнь Боткина прошла, и 27 июня больная была выписана в удовлетворительном состоянии, без болевых ощущений. Свободно ходит, стала уравновешенной.

Это наблюдение интересно тем, что длительное течение заболевания на протяжении почти 3 месяцев не поддавалось воздействию различных методов лечения, и только гипносуггестивной терапией удалось сравнительно быстро ликвидировать болевые ощущения.

Особенно показательным был 1-й сеанс, перед которым больную с трудом удалось уложить на каталку, что сопровождалось криками и плачем, взбудоражившими всю палату, и после которого больная сама пришла в палату, не испытывая никакой боли.

Наблюдение 80. Больная К., 55 лет, инвалид III группы, 9 мая 1956 г. поступила на лечение по поводу левостороннего ишиаса, пояснично-крестцового радикулита на фоне общего невроза, с жалобами на сильные боли в области поясницы, левой нижней конечности и суставах кистей. Впервые боли в суставах конечностей, в пояснице и в нижних конечностях (не в суставах) появились в 1937 г., с периодическими обострениями. Хорошо помогало физиотерапевтическое лечение.

В 1940 г. перенесла острый панкреатит. Последнее обострение возникло примерно за 2 недели до поступления в больницу.

Со стороны внутренних органов без особенностей. Эмоционально лабильна, склонна к проявлению невротической аггравации. При осмотре сопротивляется и стонет, резко зафиксирована на своем состоянии. Со стороны центральной нервной системы органических симптомов не обнаружено. Активно ограничивает движения в поясничном отделе и в проксимальных отделах нижних конечностей, при пальпации дает диффузную болезненность в области поясницы и нижних конечностей по функциональному типу. При напряжении нервных стволов реакция атипична. Пателлярные рефлексы низкие. Ахиллов рефлекс не вызывается. Чувствительность снижена в виде короткого «чулка».

За время с 9 мая по 4 июня в результате медикаментозного и физиотерапевтического лечения отмечается субъективное и объективное улучшение. Снижение интенсивности болей в пояснице и левой нижней конечности, более упорядоченное поведение, меньше ограничивает движения. Напряжение нервных стволов сопровождается атипичной болевой реакцией.

По предложению невропатолога, в период между 10 и 14 июня было проведено 3 сеанса гипносуггестивной терапии.

Уже после 1-го сеанса все болевые ощущения, отмеченные до сеанса (боль в области поясницы и при натяжении левого седалищного нерва), исчезли. Движения в пояснице стали свободными. Спонтанное натяжения отрицательный.

В дальнейшем боли не возобновлялись и после еще 2 сеансов, закрепивших результаты первого, больная была выписана в хорошем состоянии.

И это наблюдение показывает, сколь эффективной может быть лечение внушением в гипнозе в тех случаях, когда боли приобретают затяжной и, следовательно, следовой характер.

По нашему мнению, гипносуггестивная терапия эффективна при простреле, острых миозитах, в случае длительных ишиалгий и невралгий.

В числе наших наблюдений имеется 2 случая успешного лечения упорных невралгий тройничного нерва.

Мы уже указывали на то, что внушением в гипнозе могут быть временно устранены или уменьшены болевые ощущения при ревматизме, особенно в тех случаях, где длительное лечение общепринятыми методами не дает положительных результатов.

Молль указывает на то, что при многих хронических заболеваниях нарушение функции, в которой мы обыкновенно видим проявление органического заболевания, простирается гораздо дальше границы, проведенной непосредственно органическим поражением.

При ревматизме подвижность суставов страдает не только от анатомических изменений, но и от боли.

Сюда прибавляется еще страх перед возникновением боли, в силу которого деятельность конечностей окажется ограниченной даже тогда, когда боль не особенно чувствительна.

Путем самовнушения дело может дойти до того, что больной не будет в состоянии производить известные движения, и в результате получится ограничение функции там, где нет механических затруднений и чувства боли.

Мы имели возможность убедиться в правильности этих указаний, что подтверждается также приведенными наблюдениями.

САХАРНЫЙ И НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Мы не занимались специально лечением сахарного диабета. Однако нам приходилось лечить ряд больных по поводу невроза, который сопутствовал сахарному диабету. Таких больных было сравнительно немного, и мы можем говорить только о некоторых впечатлениях.

Применение внушения в гипнозе сказывалось благоприятно на общем состоянии больного и его нервной системы, и это в свою очередь благоприятно влияло на течение диабета.

В содержании нашего внушения мы указывали, что укрепление нервной системы скажется на течении диабета, что у больного будет снижаться уровень сахара в крови и в моче, что он сможет довольствоваться меньшими дозами инсулина.

В ряде случаев после 2—3 сеансов приходилось снижать обычные для больных дозы инсулина, так как у больных стали проявляться явления гипогликемии. И лабораторные показатели становились более положительными.

Мы не считаем себя вправе делать какие-либо выводы, так как число больных было небольшим и лечение было комплексным, поэтому было трудно вычлнить долю собственно психотерапевтического воздействия.

Если по вопросу о лечении внушением в гипнозе сахарного диабета мы высказывались осторожно, то о лечении несахарного диабета мы можем высказаться более категорически. Несмотря на то, что нам пришлось применить лечение внушением в гипнозе только в 7 случаях несахарного диабета, результаты лечения были настолько благоприятными, что мы считаем обязательным применение этого метода лечения при этом заболевании. Наши данные совпадают с данными ряда авторов (К. И. Платонов и др.).

Приводим одно из наших наблюдений.

Больная З., 34 года, журналистка, обратилась к нам по поводу несахарного диабета и навязчивого невроза с жалобами на постоянную жажду. Выпивает 6 и более литров воды в сутки. Особенно много стала пить за последний год.

Одновременно жалуется на боязнь одиночества, темных комнат, зеркал. Когда смотрится в зеркало, видит «потусторонний мир». Часто «предвидит» события и боится этой своей особенности. В качестве журналистки принимала участие в ряде научных экспедиций в пустынных и горных местностях. Последняя экспедиция проводилась в условиях Среднеазиатской пустыни. Часто мучала жажда, которую можно было утолить только после возвращения на стоянку. Выпивала тогда много жидкости и дошла до необходимости выпивать 5—6 и более литров жидкости в день.

С тех пор и после возвращения из экспедиции продолжала испытывать жажду и потребность в большом количестве жидкости для ее утоления.

Лечилась диурекрином, при приеме которого количество выпиваемой жидкости снижалось до 2 литров. Но, как только прекратилась прием диурекрина, сразу же увеличивалась потребность в жидкости.

За время с 23 ноября по 20 декабря 1957 г. было проведено 8 сеансов внушения в гипнозе. Прием диурекрина с началом гипносуггестивной терапии был отменен.

От сеанса к сеансу количество выпиваемой за сутки жидкости постепенно уменьшалось и, начиная с 4-го сеанса, больная довольствовалась нормальным количеством — до 1½ литров в день. Стала спокойнее. Страхи исчезли. Больная закончила лечение, очень довольная его результатами, и считала себя полностью освобожденной от всех прежних жалоб.

Примерно через 3½ месяца З. повторно обратилась к нам с новыми жалобами на какие-то приступы, повторяющиеся каждую ночь по 1—2 раза и длящиеся до 40 минут. У нее краснеют в это время лицо и руки, появляются ощущение жара и отеки на руках. Менструации у З. проходили нормально, и никаких отклонений в этом она не отмечала.

Из старых жалоб ничего не осталось. Пьет она нормально, из прежних страхов также ничего не осталось.

Свои приступы З. связывает с большими переживаниями, связанными с серьезной болезнью матери, за которой ей приходилось ухаживать днем и ночью. Из-за болезни матери З. пришлось отказаться от очень интересной для нее командировки в Гималаи. Невозможность принять участие в экспедиции в Гималаи, о которой она долго мечтала, очень ее огорчила и заставила сильно переживать.

Четырьмя сеансами гипносуггестивной терапии и эти ее жалобы удалось ликвидировать. Приступы прекратились. В последующие 2 года наблюдения ни одна из предшествующих жалоб З. не возобновлялась.

При остальных наблюдениях результаты лечения были аналогичными. У одной больной, у которой приемы диурекрина перестали оказывать действие, гипносуггестивная терапия освободила ее от необходимости выпивать до 10 литров воды в сутки.

Как в одном, так и в другом случае удельный вес мочи приближался к 1000,0.

Из 7 больных несахарным диабетом у 5 получились отличные результаты, у 2 — хорошие.

Эти наблюдения дают нам право рекомендовать внушение в гипнозе как дополнительный метод лечения несахарного диабета.

ДИЗУРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Из дизурических расстройств, при которых гипносуггестивная терапия может оказаться действенной, в первую очередь следует назвать ночное недержание мочи.

Это заболевание чаще всего встречается у детей, но нередко оно имеется и у взрослых и выявляется во время медицинского осмотра призывников.

Содержание внушения в этих случаях должно быть направлено на выработку пузырного рефлекса при наполнении мочевого пузыря, на вызов чувства напряжения и небольшой болезненности в пузыре, которые должны разбудить больного. Больной, испытывая эти ощущения в пузыре, просыпается, произвольно опорожняет пузырь и затем снова засыпает.

В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Наблюдение 82. Больной А., 20 лет, студент, страдает ночным недержанием мочи с детского возраста. Никогда по этому поводу не лечился. Свой недостаток всячески скрывал.

Для того чтобы предупреждать ночное непроизвольное мочеиспускание, придерживался строгого водного режима. В течение дня пил вообще мало, а после 17 часов уже ничего не пил.

В больнице находился по поводу обострения хронического гастрита, которым страдает с 1958 г. Гастрит возник из-за нерегулярного питания и пищевых интоксикаций.

Женат, имеет 3-месячного ребенка. Работает на заводе формовщиком, одновременно учится в железнодорожном институте (заочно).

Со стороны внутренних органов без особенностей. Эмоционально лабилен, излишне болтлив, малодисциплинирован. Органической патологии со стороны центральной нервной системы не обнаружено. В желудочном содержимом общая кислотность — 62, свободная соляная кислота — 40.

К нам обратился незадолго до выписки из клиники.

27 и 29 декабря 1960 г. больному было проведено 2 сеанса гипносуггестивной терапии с целенаправленным внушением в отношении ночного недержания мочи.

В связи с предстоящей выпиской А. отказался от пробы с водной нагрузкой и попросил разрешения провести ее дома. Он боялся потерпеть неудачу перед соседями по палате.

Проба с нагрузкой заключается в приеме жидкости в необычное для больного время — в 7—8 часов вечера.

11 ноября А. прислал нам письмо следующего содержания (приводим его дословно):

«Здравствуйте, дорогой доктор! Прошу извинить, что задержал немного ответ. Я не знаю, как Вас благодарить за то, что Вы избавили меня от этого страшного для меня недуга. Большое Вам спасибо! Я понимаю, что Вам нужно знать, как это все получилось. Поэтому я все опишу.

В тот же день, когда я выписался, я в 8 часов выпил стакан чаю. Все прошло нормально. На следующий день я и днем обильно пил, и после 9 часов вечера выпил 2 стакана чаю. Я ожидал худшего, но каково было мое удивление, когда я проснулся от небольшой боли в мочевом пузыре. Я встал и опорожился. Этот опыт я повторил еще 3 раза. Результат тот же.

Доктор, большое Вам спасибо от меня и моей семьи! С уважением, А. 11 ноября 1960 г.».

И в детской практике результаты получаются сравнительно быстро, но мы считаем целесообразным иметь этих пациентов под наблюдением в течение 2—3 месяцев после того, как ночное недержание мочи было ликвидировано. Сеансы в первый месяц мы проводим один раз в неделю, во второй месяц — один раз в 2 недели.

Как правило, ночное недержание мочи проходит после 2—4 сеансов. Последующие сеансы имеют целью закрепление результатов лечения и выработку стойкого пузырного рефлекса. Иногда приходится потратить больше усилий, прежде чем удастся достигнуть стойкого положительного результата.

Приводим в качестве примера одно из наших наблюдений.

Наблюдение 83. Больной Н., 12 лет, ученик 6-го класса, с 3-летнего возраста страдает ночным недержанием мочи.

Каждую ночь, если своевременно его не разбудят, он мочится в постель.

Лечился у урологов, но без всякого успеха. Перед сном не пьет. В прошлом, кроме кори, ничем не болел. Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы особых отклонений не обнаружено, несколько возбудим, учится средне, хотя способности хорошие.

С 9 октября по 22 ноября 1960 г. проведено 17 сеансов гипно-суггестивной терапии.

9 октября 1-й сеанс.

12 октября первый раз самостоятельно проснулся. Постель осталась сухой. Остальные 2 ночи произвольно мочился. 2-й сеанс гипно-суггестивной терапии.

15 октября — 2 ночи постель сухая, одну ночь была мокрой.

3-й сеанс гипно-суггестивной терапии.

18 октября ночного недержания не было. 4-й сеанс гипно-суггестивной терапии.

22 октября — 3 ночи постель была мокрой, одну ночь сухой.

5-й сеанс. Решено проводить сеансы чаще.

24 октября недержания не было, 6-й сеанс.

27 октября — 2 ночи постель мокрая, одну ночь — сухая, 7-й сеанс.

30 октября — все ночи постель сухая, 8-й сеанс.

3 ноября только в первую ночь постель была мокрой, остальные три — сухой.

Во все последующие ночи недержания больше не было. До конца лечения было проведено еще 8 сеансов. За все это время срывов не было ни разу.

У нас было 12 больных с ночным недержанием мочи. Только в одном случае нам не удалось его ликвидиро-

вать — больной оказался негипнабельным. Еще у одного больного мы смогли добиться небольшого улучшения; у остальных явления ночного недержания были ликвидированы полностью.

Из других дизурических расстройств нам приходилось лечить внушением в гипнозе больных, страдающих частыми позывами на мочеиспускание без явлений пузырного или шейного цистита. Были больные, страдавшие задержкой мочеиспускания или не могущие мочиться в лежачем положении (послеинфарктные).

Почти во всех этих случаях удавалось сравнительно быстро устранять эти, неприятные для больных, симптомы.

Наблюдение 84. Больная Б., 26 лет, юрист, поступила в больницу с жалобами на частые позывы на мочеиспускание, вызывающие при этом боли в мочевом канале.

Считает себя больной с 1956 г. В течение двух лет многократно лечилась, но безрезультатно. Со стороны внутренних органов и при специальном урологическом обследовании, а также в анализах никаких отклонений от нормы обнаружено не было. Больная эмоционально лабильна, зафиксирована на своих ощущениях. Органической патологии со стороны центральной нервной системы также не обнаружено.

За период с 9 по 13 ноября 1958 г. проведено 4 сеанса гипно-суггестивной терапии.

Уже после первого сеанса в течение почти суток не было обычных болей и частых позывов.

Все это возобновилось перед вторым сеансом — 10 ноября, но было выражено значительно меньше. Больная ободрилась и высказала удовлетворение по поводу достигнутых успехов, тем более, что ей при первичном внушении было указано, что боли и позывы могут через 12—24 часа возобновиться, но они будут значительно меньшими.

Мы всегда предупреждаем больных о возможности возобновления того или иного симптома и подчеркиваем при этом, что в последующих сеансах этот симптом будет полностью снят.

И действительно, после 2-го сеанса боли и частые позывы полностью исчезли и больше не возобновлялись.

С целью закрепления результатов лечения мы провели еще 2 сеанса, после чего больная была выписана. Напомним, что больная до этого в течение 2 лет не могла освободиться от своего заболевания.

Содержание нашего внушения было направлено на выработку определенного ритма мочеиспускания, на его безболезненность и на устранение ночных позывов.

Вместо беспорядочных позывов больные начинают мочиться в указанные часы: вначале через каждые

4 часа и не более одного раза ночью, а затем через 5—6 часов.

Мы не станем приводить других наших наблюдений, но еще раз можем указать на то, что внушение в гипнозе и у других больных оказывало также положительное действие.

Как мы уже указывали, мы наблюдали в основном больных терапевтических отделений. Но среди этих больных встречалось немало страдающих другими заболеваниями (кожными, хирургическими и др.). Часть больных, правда, небольшая, направлялись к нам из других имеющихся в больнице отделений — хирургических и гинекологических. Поэтому накопилось довольно большое количество наблюдений, относящихся к больным самых различных категорий.

Это дает нам некоторое право поделиться впечатлениями и высказать соображения по поводу лечения больных, страдающих кожными, хирургическими и гинекологическими заболеваниями.

Как видно будет из последующего изложения, результаты лечения и у этих больных были благоприятными и достаточно убедительными.

КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

По вопросу о лечении внушением в гипнозе кожных заболеваний имеется ряд работ и среди них в первую очередь следует отметить книги А. И. Картамышева «Гипноз и внушение в терапии кожных болезней» (Медгиз, 1953), М. М. Желтакова, Ю. К. Скрипкина и Б. А. Сомова «Электросон и гипноз в дерматологии» (Медгиз, 1963).

Последняя книга интересна еще и тем, что в ней имеется большой перечень литературы о применении внушения в гипнозе для лечения некоторых кожных заболеваний (стр. 288—306) и в главе VIII (стр. 137—157) приводятся данные многих авторов о результатах лечения различных кожных заболеваний.

Не занимаясь специально лечением кожных болезней, нам все же пришлось применить внушение в гипнозе у ряда больных, у которых кожные болезни сопутствовали внутренним.

В нашем распоряжении было сравнительно мало наблюдений больных с поражением кожи — всего 85, из них 39 относятся к больным экземой, а остальные 46 — главным образом к нейродермитам, меньше — к псориазу, крапивнице и др.

Из 85 больных мы только у 5 не получили никакого улучшения, причем 3 из них оказались негипнабельными; у 10 больных мы смогли отметить только небольшое улучшение, у 29 — заметное и у 41 — значительное улучшение или выздоровление. У некоторых больных нам удавалось получить хорошие результаты и в тех случаях, когда длительное лечение общепринятыми методами не давало улучшения.

Все это дает нам право так же, как и многим другим авторам, рекомендовать применение внушения в гипнозе для лечения кожных заболеваний. Ряд наших наблюдений подтверждает действенность этих рекомендаций.

При лечении экземы, крапивницы и других заболеваний, связанных с аллергическими моментами, мы в отдельных случаях комбинировали лечение внушением в гипнозе с аутоуротерапией, о которой считаем необходимым написать несколько слов.

Аутоуротерапия — это лечение собственной мочой больного, которая вводится в виде подкожных инъекций.

Показаниями для применения аутоуротерапии могут служить все аллергические заболевания — ревматизм, бронхиальная астма, крапивница, отек Квинке, экзема и др. Основной принцип лечения — специфическая десенсибилизация.

Б. Егоров¹ пишет: «Все, что в больших дозах является аллергеном, в малых дозах является десенсибилизатором».

Мы долго думали о том, что является в моче главным действующим началом и обуславливает эффективность аутоуротерапии. Можно было предположить действие белковых веществ, которые (теоретически) имеются в моче, но в таких количествах, которые не обнаруживаются доступными нам лабораторными методами. Можно было думать также об эндокринных веществах, о тканевых продуктах. В конце концов мы решили

¹ Б. А. Егоров. Аллергия.

применить упомянутое положение Б. Егорова и предположили, что в моче выделяется то небольшое количество вещества, которое в больших количествах сенсибилизировало организм, и что это небольшое количество, введенное под кожу, может действовать как специфический десенсибилизатор.

Введение под кожу этого вещества должно обусловить снижение или полную невосприимчивость организма к поступлению больших количеств сенсибилизирующего вещества и предупредить появление аллергических реакций.

Методика подкожных инъекций мочи очень проста.

Свежевыпущенная моча (у мужчин желательно после выпуска части мочи, у женщин — после обмывания наружного выхода уретры), не содержащая белка (это устанавливается предварительным лабораторным исследованием), в пробирке доводится до кипения (не кипятить), затем остужается до комнатной температуры. Если в моче имеются хлопья, надо дать им осесть и отсосать мочу двуграммовым шприцем 2 см^3 с поверхности.

Место введения мочи под кожу может быть любым. Мочу надо вводить медленно, так как сама инъекция болезненна.

Следует предупредить больного о том, что после первого впрыскивания могут быть 3 вида реакций: общая, местная и очаговая. Появление реакции не обязательно.

Общая реакция — это повышение температуры, обычно до субфебрильной, реже — выше. Местная реакция — это болезненность и краснота вокруг места инъекции, иногда распространяющаяся на довольно обширный участок и, наконец, очаговая — заключающаяся в оживлении имевшихся очагов заболевания: у астматиков — это приступ астмы, иногда довольно сильный, у ревматиков — болезненность в суставе и захват новых суставов, у болеющих экземой — оживление экзематозных очагов и т. д.

Надо подчеркнуть, что реакции могут быть только после первого впрыскивания. Мы расцениваем их положительно, так как они предсказывают благоприятный результат лечения. Реакции эти кратковременные — заканчиваются обычно через 4—6 часов.

Обычный курс лечения — 6—8 инъекций по 2 см^3 через день.

Появление одной из этих реакций в дальнейшем подсказывает необходимость прекращения лечения на той инъекции, после которой произошла реакция.

Обычно после первой инъекции в моче при кипячении образуются хлопья. Как мы уже указывали, этим хлопьям надо дать осесть, а мочу шприцем отсосать сверху.

Наблюдение 85. Больной А., 48 лет, главный кассир, в начале 1952 г. заболел распространенной экземой, по поводу которой находился на лечении в клинике Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова около трех с половиной месяцев.

Ввиду безуспешности лечения больной был направлен на санаторное лечение в Сочи. Но и там на протяжении $1\frac{1}{2}$ месяцев лечение оказалось безуспешным. А. вернулся в Ленинград и продолжал лечиться амбулаторно еще около двух месяцев не только в клинике кожных заболеваний, но и в глазной, так как, помимо множественных экзематозных очагов на всем теле и конечностях, у него образовалась экзема на веках.

В момент осмотра больного, 13 сентября 1952 г., у него имелась выраженная экзема век и прилегающих к ним участков кожи, множественные экзематозные очаги на кистях, предплечьях, обеих голенях и в меньшем количестве — на туловище, главным образом — на груди и животе. На голенях, в области икроножных мышц, 2 большие глубокие язвы площадью примерно $20 \times 8\text{ см}$ каждая.

Мы начали с аутоуротерапии. В период между 15 и 29 сентября было проведено 8 инъекций. После 1-й инъекции была очаговая реакция — усиление высыпания, которая быстро прошла. После каждой последующей инъекции можно было отметить нарастание улучшения. Новых высыпаний не было. Зуд, беспокоивший больного, заметно уменьшился, стал терпимым, почти полностью исчезли очаги на веках. Язвы на голенях стали подсыхать, площадь их уменьшилась за счет рубцевания с краев.

К 7 октября при осмотре А. установлено наличие остаточных явлений на месте язвы правой голени, обуславливающих зуд в этом месте, препятствовавший нормальному сну. Кроме того, А. жаловался на боли миозитного характера в левом плече и в области левой лопатки.

Проведен 1-й сеанс гипноусуггестивной терапии. После сеанса исчезли боли в плече и лопатке, больной стал свободно двигать рукой, чего он до сеанса из-за боли делать не мог. Зуд уменьшился. Было проведено 8 сеансов гипноусуггестивной терапии. К четвертому сеансу 19 октября зуд почти не беспокоил, новых высыпаний не было. Старые очаги в процессе обратного развития.

В это время больному было вынуждено лечь на операцию в стоматологическую клинику, что вызвало некоторое оживление экземы. Появились новые, правда, небольшие, очажки на веках, мелкие высыпания на руках и более крупные — на голенях. После вынужденного небольшого перерыва мы возобновили вновь лечение внушением в гипнозе. После 5-го сеанса экзема на веках заметно уменьшилась, высыпания на руках прошли.

К концу лечения 9 декабря все явления экземы исчезли. Остался лишь незначительный зуд, наступающий в первой половине ночи, с которым А. легко справлялся.

Приведенное наблюдение интересно тем, что аутоуротерапия и последующая гипносуггестивная терапия оказались более действенными, чем применяемые ранее разнообразные медикаментозные средства, физиотерапевтические процедуры и санаторно-курортное лечение.

Этого больного мы встречаем на протяжении многих лет, и он всегда с благодарностью вспоминает о примененных методах лечения, освободивших его в сравнительно короткий срок от столь упорного заболевания, не поддававшегося лечению на протяжении более 7 месяцев.

Обычно мы комбинируем аутоуротерапию с гипносуггестивной терапией несколько иначе. Но в ранее описанном наблюдении нам хотелось выяснить влияние каждого из методов отдельно, тем более, что, как мы убедились из нашего опыта применения аутоуротерапии, действие ее может нарастать на протяжении 6 недель, после чего уже большего эффекта ждать не следует.

Не менее интересно и следующее наблюдение.

Наблюдение 86. Больная К., 48 лет, врач-гинеколог, на протяжении 2 лет страдает экземой кистей и лба, в виде широкого полумесяца, от корня волос до переносицы. Лечилась у дерматологов, но без особого успеха.

Обострение наступает каждый раз после дежурства и связано с необходимостью надевания резиновых перчаток во время операций.

Клиническая картина возникавших осложнений была однотипной. Множественные мелкие очажки, главным образом на ладонных, меньше на тыльных поверхностях обеих кистей и, что К. было особенно неприятно, — это широкая красная полоса в виде полумесяца на лбу.

Вначале больной были проведены 6 инъекций мочи, давших значительное улучшение, но после одного из дежурств и надевания резиновых перчаток вновь появилось небольшое обострение. Следует отметить, что в это время у К. было много личных переживаний, связанных с психическим заболеванием мужа.

С 10 по 16 марта 1952 г. было проведено 4 сеанса гипносуггестивной терапии, освободивших К. от экземы. Мы наблюдали К. на протяжении многих лет. Несмотря на то, что она оперировала в резиновых перчатках, у нее ни разу не было рецидива. Ее переживания, связанные с психическим заболеванием мужа, также не оказывали влияния на возникновение экземы, как это было раньше.

Хорошие результаты лечения этих больных, когда после аутоуротерапии мы начинали лечить их внушением

в гипнозе, подсказали нам возможность лечения таких больных только внушением в гипнозе, и впоследствии при лечении ряда кожных заболеваний мы пользовались только одним этим методом.

Наблюдение 87. Больная П., 19 лет, студентка медицинского техникума, болевт экземой лица с отечностью его на протяжении трех лет. Лечилась амбулаторно и на протяжении 6 месяцев — стационарно без положительных результатов. Из-за частых обострений вынуждена была пропускать много занятий, из-за чего учение ей давалось с большим трудом. Лицо, особенно вокруг глазных областей, отечно. На нем множественные свежие экзематозные очажки и следы предшествующих высыпаний, гиперемированные участки кожи. Много угрей.

С 7 февраля по 19 марта 1957 г. было проведено 9 сеансов гипносуггестивной терапии. Как всегда, в таких случаях внушалось полное прекращение новых высыпаний, ускорение обратного развития имеющихся очагов, надежда на быстрое выздоровление, укрепление нервной системы, хорошее настроение и т. п.

Начиная с I-го сеанса, у П. новых высыпаний не было. К концу лечения исчезли отеки, значительно очистилось лицо. Не пропустила ни одного занятия.

Последующее наблюдение в течение одного года. Рецидива не наступило.

Нередко экзема на кистях является профессиональным заболеванием медицинских сестер, имеющих дело с антибиотиками — пенициллином, стрептомицином и др. Наиболее часто она возникает от пенициллина.

Нам приходилось лечить внушением в гипнозе эти профессиональные экземы у медицинских сестер наших терапевтических отделений, и, как правило, лечение было успешным. Оно освобождало медицинских сестер от беспокоивших их экзем и давало возможность работать с антибиотиками.

Клиническая картина у всех заболевших была однотипной. Несколько очагов или множественные мелкие экзематозные очажки, главным образом на ладонных поверхностях, меньше и реже — на тыльных поверхностях обеих кистей.

Внушалась невосприимчивость к воздействию антибиотиков, прекращение новых и более быстрое обратное развитие имеющихся высыпаний.

Часто 4—5 сеансов было достаточно для устранения алергизирующего действия антибиотиков и исчезновения имеющихся очагов.

Наблюдение 88. Больная И., 19 лет, медицинская сестра, около месяца страдает экземой обеих кистей, которая связана с инъ-

екциями пенициллина. На обеих кистях и вокруг обоих глаз имеется несколько небольших сухих экзематозных очажков с выраженным шелушением и зудом.

С 20 октября по 10 ноября 1960 г. было проведено 6 сеансов гипнозусуггестивной терапии. К четвертому сеансу исчез зуд и начали очищаться очаги поражения.

К шестому сеансу все прошло. И. продолжает работать с разными антибиотиками. В последующие 2½ года наблюдения экзема не возобновлялась.

Представляет интерес следующее наблюдение.

Наблюдение 89. Больная К., 51 года, домохозяйка, с самого раннего детства страдает кожным заболеванием, которое в детстве трактовалось как экссудативный диатез, позже его считали экземой, и только в последние годы больной был поставлен диагноз нейродермита (все это со слов больной). Больную главным образом беспокоит нестерпимый зуд в очагах поражения, находящихся на внутренних поверхностях обеих лодыжек, округлой формы по 5—6 см в диаметре каждый. В этих местах имеются явные следы расчесов.

Для борьбы с зудом К. применяла оригинальный метод. Она брала кусок пемзы, заостряла ее края в виде гребешка и расчесывала зудящие места до крови.

В больницу она поступила по поводу язвенной болезни, обострения невроза в климактерическом периоде.

Этой больной было проведено 12 сеансов внушения. После 1-го сеанса гипнозусуггестивной терапии, проведенного 12 декабря 1960 г., зуд прекратился и больше не возобновлялся. Прекратились расчесы, больная перестала плакать, стала лучше спать. До 18 января 1961 г. было проведено еще 11 сеансов. За это время кожа в местах очагов стала приближаться к нормальному виду, значительно уменьшились невротические явления. После выписки К. уехала в санаторий и спустя месяц явилась к нам с просьбой провести ей еще 2—3 сеанса для закрепления результатов лечения.

Мы согласились выполнить ее просьбу, хотя никаких жалоб у нее не было. Спустя год К. снова обратилась к нам, на этот раз по поводу невралгии тройничного нерва. Тремя сеансами внушения в гипнозе нам удалось устранить у К. сильные боли в области 2-й ветви правого тройничного нерва, которые длительно мучали ее до этого времени.

Еще спустя примерно через год К. вновь обратилась к нам по такому же поводу. На этот раз боли были устранены одним сеансом. За все это время нейродермит ее не беспокоил.

И у других больных нейродермитом в большинстве случаев удавалось получить вполне удовлетворительные результаты. У некоторых больных результаты были менее удовлетворительными.

Больных псориазом у нас было всего пять, и, хотя мы во всех случаях псориаза получили вполне удовлетворительные результаты, мы не считаем себя вправе сделать какие-либо выводы.

В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Наблюдение 90. Больная Г., 25 лет, инженер, на протяжении 18 лет болела распространенным псориазом. Псориастические бляшки имелись не только на конечностях и на животе, они были и на лице.

Несмотря на энергичное лечение, больная только временами освобождалась от большей части псориастических высыпаний. Это обычно случалось в Сочи, куда она ежегодно ездила на лечение. Осенью заболевание вспыхивало с новой силой, и больная до наступления теплых дней продолжала страдать от распространенного псориаза. Она совершенно не выносила холода. В некоторые годы ремиссии длились до 1½ лет. В этом году в Сочи не ездила, так как в мае родила ребенка.

Спустя 2 месяца после родов высыпание появилось снова и было особенно обильным. Лечилась псориазином. Отец больной также болел псориазом. После родов болела грудницей, которую лечили большими дозами пенициллина. Лечение грудницы закончилось только к 4-му месяцу после родов.

С 15 декабря 1958 г. мы начали проводить лечение внушением в гипнозе.

Перед началом лечения у больной было обильное высыпание на лице, конечностях, спине и ягодицах.

Мы, как всегда, внушали больной, что ее заболевание связано с алергизирующими факторами, общим состоянием нервной системы и что наше лечение направлено на устранение алергизирующих факторов, в том числе и холода, который больше не будет вызывать новых обострений. Мы говорили, что уже после 1-го сеанса новых высыпаний не будет, а старые очаги начнут постепенно ликвидироваться. Это потребует определенного времени, но обратное развитие имеющихся очагов пойдет быстрее, чем обычно. Одновременно мы внушали, что нервная система с каждым сеансом будет укрепляться все больше и больше, и это также будет способствовать ликвидации заболевания и поможет лучше справляться с работой и житейскими делами.

После 1-го сеанса новых высыпаний не было, и это сразу улучшило настроение больной. После двух сеансов новых высыпаний также не было. Лицо больной стало понемногу очищаться. Больная довольна первыми результатами лечения: «Боюсь поверить в свое счастье. Если бы это не было со мною, я бы никогда не поверила в возможность получения таких положительных результатов в столь короткое время».

К 4-му сеансу было отмечено некоторое покраснение старых очагов и появление зуда. Новых высыпаний не было.

Больная связывает эти небольшие осложнения с волнениями, пережитыми из-за заболевания ее ребенка воспалением легких.

К следующему сеансу эти осложнения прошли, стали заметно уменьшаться явления псориаза, новых высыпаний не было. Настроение у больной бодрое.

Следующий сеанс через 2 недели. Новых высыпаний не было. Зуд полностью исчез. Количество псориастических высыпаний уменьшилось. К 25 января псориастические бляшки на лице и на туловище

исчезли, на конечностях еще задержались, но в значительно меньшем количестве.

К 27 января всего было проведено 14 сеансов. Общее состояние удовлетворительное. За весь период лечения, т. е. почти за 1½ месяца, новых высыпаний не было. Лицо, туловище полностью очистились. На конечностях остались лишь следы от бывших высыпаний. Большой было предложено, в случае рецидива, повторно обратиться к нам, но больше она у нас не появлялась.

В других случаях псориаза нам также удалось получить хорошие результаты, и мы склонны поддержать мнение других авторов (А. И. Картамышева и др., 1953), имеющих значительно больше наблюдений, чем мы, и рекомендующих применение внушения в гипнозе при лечении ряда кожных заболеваний, в том числе и псориаза.

В качестве примера успешного лечения крапивницы можно привести следующее наблюдение.

Наблюдение 91. Больная С., 38 лет, врач, на протяжении двух лет страдает часто повторяющейся крапивницей с обильным высыпанием на всем теле и сильным зудом.

Лечилась внутривенным введением хлористого кальция и рядом других медикаментов, но без особого успеха. Особых причин, вызывающих крапивницу, указать не может.

В 1952 г. обратилась к нам с просьбой провести ей курс гипно-суггестивной терапии.

Мы предложили ей комбинированный курс аутоуротерапии и внушения в гипнозе, который и был проведен. С. получила 5 инъекций мочи, ей было проведено 8 сеансов внушения в гипнозе. В результате наступило выздоровление. За 15 лет наблюдения крапивница ни разу не повторялась.

Аналогичные результаты мы получили и у других больных, страдавших крапивницей и леченных только внушением в гипнозе. Это обстоятельство навело нас на мысль о том, что аутоуротерапия могла играть роль косвенного внушения наряду с ее биологическим воздействием.

Мы смогли убедиться и в том, что, когда впрыскивание мочи мы делали собственноручно, оно было эффективнее, чем когда мы поручали его медицинской сестре.

Мы и сейчас не отказываемся от комбинированного метода лечения, особенно в тех случаях, когда налицо аллергический компонент.

В тех случаях, когда один из методов — аутоуротерапия или внушение в гипнозе, — примененные в отдельности, не дают ожидаемых результатов, следует их совместить.

Допускается проведение повторного курса аутоуротерапии, но не ранее 6 недель после окончания первого. Это делается в том случае, если первый курс не дал ожидаемых результатов.

При повторном курсе следует особенно внимательно следить за реакциями, возникающими после очередных инъекций (кроме первой), и прекращать введение мочи, как только проявится одна из трех ранее описанных реакций.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В хирургических клиниках или отделениях больницы лечение внушением в гипнозе, как правило, не проводится.

А между тем, оно должно было бы найти достаточно широкое применение и в этих учреждениях.

Мы знаем, как много переживаний испытывают больные, назначенные на операцию, как много страданий бывает в послеоперационном периоде.

Больные испытывают часто страх перед очередной перевязкой, и этот страх усиливает болезненность самих перевязок.

Проведение внушения в гипнозе в предоперационном периоде может освободить больного от значительной части этих переживаний. Больные спокойнее укладываются на операционный стол и быстрее засыпают под действием наркоза. При предварительном гипнотизировании уменьшается потребность в наркотизирующем веществе.

Наконец, ряд мелких операций может быть проведен под гипноанестезией, об этом будет сказано дальше.

Приведем в качестве примера три наших наблюдения.

Наблюдение 92. Больная К., 39 лет, помощник инспектора пожарной охраны, она же руководитель художественной самодеятельности, по поводу множественного фиброматоза должна была подвергнуться операции удаления матки. В связи с предстоящей операцией больная была нервно напряжена, непрерывно плакала, потеряла сон, стала очень раздражительной, все время испытывала чувство безотчетного страха. Все это было настолько резко выражено, что заведующая гинекологическим отделением обратилась к нам с просьбой провести больной внушение в гипнозе с целью освобождения ее от этих переживаний и страхов. Это было тем более необходимо, что производство операции по ряду причин задерживалось на неделю.

15 мая 1953 г. был проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии. Больная оказалась хорошо гипнабельной, быстро и легко вошла в гипноз II степени.

После сеанса больная стала заметно спокойнее, перестала плакать, стала хорошо спать не только ночью, но и днем.

После 2-го сеанса, 18 мая, настроение стало бодрым, больная продолжала хорошо и много спать, не плакала. Ждет операцию с нетерпением, но уже без страха.

20 мая проведен 3-й сеанс, еще более подбодривший больную.

22 мая — операция. По словам больной, на операцию пошла без страха и особых переживаний, «почти как в театр».

После операции больную беспокоили сильные боли в нижней половине живота.

23 мая в послеоперационной палате больная была введена в гипнотический сон на 3½ часа, после чего боли в нижней половине живота значительно уменьшились, и дальнейшее течение послеоперационного периода проходило нормально.

8 июня, по просьбе больной, перед выпиской ей был проведен еще один сеанс. Больная была выписана в хорошем состоянии, благодарилась за проведенное лечение внушением в гипнозе, которое помогло ей хорошо справиться со своими переживаниями перед операцией и уменьшило страдания в послеоперационном периоде.

Наблюдение 93. Больная К., 32 лет, медицинская сестра, была оперирована по поводу внематочной беременности. Послеоперационный период осложнился атонией кишечника и упорной бессонницей. В течение пяти дней, несмотря на прием снотворных, больная не могла уснуть. Клизмы не освобождали кишечника, в котором скапливалось большое количество газов. Все это причиняло больной большие страдания.

Заведующий отделением попросил нас воздействовать внушением на бессонницу.

22 ноября 1955 г. больная была введена нами в гипнотический сон на 5 часов. В процессе гипноза ей было внушено также, что в 18 часов у нее будет самостоятельный стул и что она уснет в 22 часа и будет крепко спать до утра.

Больная отлично проспала пять часов. Проснувшись бодрой, хорошо настроенной. Вечером, несколько позже назначенного времени у нее был стул. Ночь проспала хорошо, без снотворного. Утром почувствовала себя настолько хорошо, что решила, что гипноз ей больше не понадобится. И действительно, в этот вечер был самостоятельный стул и ночью спала очень хорошо. Больше сеансов не потребовалось.

Из этих двух наблюдений видно, насколько эффективным может быть внушение в гипнозе в до- и в послеоперационном периодах. Можно указать еще на больную, освобожденную внушением в гипнозе от пятидневной послеоперационной рвоты, для устранения которой был безуспешно применен ряд средств и методов, вплоть до новокаиновой блокады, и которую удалось устранить частично одним сеансом и полностью — еще одним сеансом внушения в гипнозе.

И следующее наблюдение представляет немалый интерес.

Наблюдение 94. Больная А., 40 лет, рабочая, поступила в хирургическое отделение больницы им. К. Маркса по поводу спазма пищевода.

Около трех лет назад у нее возникли затруднения при проглатывании пищи. Вначале они были небольшими и ощущались как задержка пищи в грудной области. Затем постепенно эти ощущения усилились. Твердая пища стала проходить плохо, в особенности при волнениях. В некоторые моменты пища проходила более свободно. Жидкая пища проходила лучше, но временами и она создавала у больной впечатление задержки в пищеводе.

При объективном исследовании со стороны внутренних органов особых отклонений не отмечено.

Со стороны нервной системы — повышенная раздражительность, плаксивость, эмоциональная лабильность. Фиксирована на своих ощущениях. Сухожильные и вегетативные рефлексы оживлены.

Атропии спазма не снимал.

При двукратном рентгеновском просвечивании органической патологии обнаружено не было. Диагноз — кардиоспазм.

Анализ желудочного содержимого: общая кислотность — 30, свободная соляная кислота — 0.

С 29 октября по 4 ноября 1953 г. проведено 5 сеансов внушения в гипнозе.

После 3 сеансов пища стала проходить совершенно свободно. На 4-м сеансе больная заявила, что вся пища проходит без всякой задержки, и только яблоки все еще создают старые затруднения. Больной в гипнозе было сделано специальное внушение в отношении яблок, после чего ей было дано яблоко и предложено его съесть. Больная съела половину довольно большого яблока, которое прошло совершенно свободно. После сеанса больная доела яблоко, и это также не вызвало каких-либо неприятных ощущений со стороны пищевода.

В дальнейшем больная больше не жаловалась на затруднения при приеме пищи и после 5-го сеанса была выписана в хорошем состоянии.

И при хирургических заболеваниях устранение функциональных наслоений имеет немаловажное значение.

Не меньшее значение может иметь и гипноанестезия, т. е. внушенная безболезненность на определенных участках тела.

В литературе имеются указания на применение гипноанестезии при производстве ряда хирургических операций, в том числе и полостных.

Имеются описания проведения ингаляционного наркоза в комбинации с внушением в гипнозе. В этих случаях количество наркотического вещества было гораздо меньше обычных доз. Иногда наркотические вещества заменялись каким-либо индифферентным веществом.

Нам кажется, что внушенное обезболивание могло бы иметь значение при болезненных перевязках или процедурах.

Следует вспомнить наше наблюдение № 23, где больной Б., которая не переносила никаких уколов, после однократного внушения обезболивания возможно было провести полный курс внутривенного введения витамина В₁₂.

Как объяснить физиологически наступление гипноанестезии?

Анестезия зависит от распространения торможения на кожный анализатор. Она может быть дифференцированной.

Болевые ощущения по нервным проводникам достигают коры, вступают в ее заторможенный отдел и там как бы тонут, не вызывая рефлекса.

В. М. Бехтерев указывает на то, что, помимо произвольного или внушенного торможения, в получении анестезии, несомненно, играет роль подавление активного сосредоточения, так как устранение последнего сопровождается меньшей восприимчивостью к болевым раздражениям.

Наблюдение 95. Больная Б., 39 лет, служащая, лечилась у нас по поводу невроза и бронхиальной астмы. Была хорошо гипнабельной. Обратилась к нам с просьбой провести ей гипноанестезию при предстоящем ей аборте.

Мы выполнили ее просьбу. Больная была введена в гипноз. Операция прошла успешно. Больная не испытывала никакой боли. Интересно отметить, что она после операции не испытывала никакой боли в имеющемся у нее послеоперационном рубце в правой подвздошной области.

Обычно (у нее это был шестой аборт) после операции у нее возникали довольно значительные боли в этом месте. На этот раз боль не возникла.

Наблюдение 96. Больная М., 34 года, инвалид II группы, поступила в больницу 22 сентября 1969 г. в 12 часов 30 минут в тяжелейшем астматическом состоянии, из которого ее удалось вывести только к 23 часам. Бронхиальной астмой болеет с 1955 г. Периодические обострения особенно часты за последние годы. До утра 23 сентября приступы астмы повторялись 2 раза. По просьбе ординатора, 23 сентября в 10.30 больная была введена в гипноз, было сделано соответствующее внушение, после чего через 30 минут больная была выведена из гипнотического состояния. До гипноза пульс был 104 удара в минуту. Дыхание 26 в минуту. Уже через 5 минут после введения в гипноз пульс и дыхание стали урежаться, а к концу сеанса и после него пульс был 84, а дыхание 18 в минуту. Исчезло затрудненное дыхание. Больная смогла лечь в постель и хорошо отдохнуть.

Выяснилось, что больная находится на третьем месяце беременности, подходят критические сроки для производства аборта, а из-за тяжести ее состояния врачи не решаются прервать беременность. У больной это шестая беременность. 3 беременности были искусственно прерваны, было двое родов. Один ребенок умер, а второй, одиннадцатилетний, болен тяжелой формой эпилепсии. С мужем у больной также неладит, и все эти обстоятельства, наряду с последней беременностью, сильно волнуют больную, которая стремится к производству аборта.

До 6 октября больной было проведено еще 4 сеанса гипносуггестивной терапии. За все это время, т. е. с 23 сентября по 6 октября, был только один небольшой приступ бронхиальной астмы.

Мы предложили провести аборт под гипноанестезией. 8 октября на операционном столе больная была введена в гипноз, и после внушенного обезболивания введение даже самых больших номеров расширителей Эгара не вызывало никакой реакции с ее стороны.

После выведения из гипноза больная была очень довольна, узнав, что операция уже сделана, и заявила, что никакой боли она не чувствует.

10 октября, после заключительного сеанса, больная была выписана во вполне удовлетворительном состоянии.

ГИПНОЗ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Как мы уже указывали, нам не приходилось применять гипноанестезию при производстве хирургических операций, но зато мы довольно часто с успехом применяли гипноанестезию при экстракции зубов.

При производстве больших операций, с учетом наличия хорошо разработанных методик анестезирования, вряд ли целесообразно частое применение гипноанестезии.

В стоматологической же практике при экстракции зубов гипноанестезия имеет ряд преимуществ перед новокаиновой анестезией.

В чем же заключаются эти преимущества?

1. Не нужно выжидать времени до наступления действия анестезирующего вещества, что занимает обычно 10—15 минут. Введение в гипноз занимает значительно меньше времени.

2. Последующее кровотечение обычно меньше.

3. Нет последующих инфильтратов.

4. Совершенно не бывает последующих болей, обычно возникающих с прекращением действия новокаиновой анестезии.

5. Беспокойство и волнение больных до экстракции значительно меньше.

Под гипноанестезией можно одновременно удалить несколько зубов без того, чтобы больные реагировали на это.

Нередко после выведения из гипноза больные спрашивают, когда же им начнут удалять зубы, и удивляются, когда им сообщают, что операция уже закончена.

Интересно отметить, что впервые нам пришлось применить гипноанестезию при экстракции зубов при оригинальных обстоятельствах.

Автору самому необходимо было удалить 2 зуба, для чего он явился в хирургический кабинет стоматологической поликлиники Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. В кабинете автор застал стоматолога М., которая уговаривала больную согласиться на экстракцию двух зубов без анестезии, так как проведение анестезии по характеру имеющегося заболевания было противопоказано. Больная не соглашалась.

Тогда автор данной монографии решил вмешаться и предложил провести экстракцию зубов под гипноанестезией, что обеспечит безболезненность операции и не окажет отрицательного влияния на имеющийся процесс.

Больная легко вошла в гипноз. Опыт прошел удачно. Стоматолог удалил 2 зуба без того, чтобы больная как-нибудь реагировала на это. Она не испытывала ни малейшей боли.

Все это произошло в 1952 г.

С тех пор нам приходилось довольно часто применять гипноанестезию при экстракции зубов, и, как правило, операция проходила совершенно безболезненно для больных. Из 49 случаев гипноанестезии она не удалась только в одном случае.

В последние годы мы перестали заниматься гипноанестезией при экстракции зубов, так как обучили этому методу нашего стоматолога, и он сам стал проводить ее.

Методика гипноанестезии не сложна. Если больные раньше не гипнотизировались, следует проверять их на гипнабельность и способность к анестезии. Для этого мы проводим обычный сеанс гипноза, внушаем безболезненность на одном из кожных участков, например на предплечье, и затем проверяем ее наступление покалыванием

иглой, сначала на анестезированном месте, а затем на соответствующем месте другой конечности.

Анестезия наступает быстро и покалывание иглой анестезированного участка не вызывает болевой реакции. В то же время покалывание на соответствующем участке на другой конечности вызывает явную реакцию больного.

После получения положительной пробы можно приступить к операции в любое время.

Больного мы усаживаем в зубо врачебное кресло и, после введения в гипноз, проводим рукой вдоль места предполагаемой анестезии и внушаем безболезненность в месте предстоящей экстракции зуба.

Обычно мы ограничиваемся одной из половин верхней или нижней челюстей, в которой можно удалять одновременно любое количество зубов.

Если же зубы, подлежащие удалению, находятся в разных половинах челюстей, мы удаляем их в несколько приемов.

Содержание внушения примерно таково. После обычной формулы введения в гипноз мы добавляем: «Ну, вот Вы хорошо и крепко уснули. Сейчас я начинаю проводить обезболивание той области, из которой будет проведено удаление зуба (ов). Это приведет к тому, что Вы не будете чувствовать никакой боли. Стоматолог наложит щипцы на зуб и быстро удалит его без того, чтобы Вы почувствовали боль. Самый момент наложения щипцов и удаления зуба Вы будете ощущать, но боли при этом не будет, и вся операция пройдет для Вас совершенно незаметно. Итак, я начинаю анестезировать».

В это время мы несколько раз проводим рукой вдоль соответствующей половины челюсти (по наружной поверхности щеки) и говорим при этом: «После моих поглаживаний этот участок потерял всякую чувствительность, и, что бы Вам ни делали на этом участке, боли Вы ощущать не будете. Здесь можно колоть, резать, жечь, ударять, можно удалить все зубы, все равно боли Вы чувствовать не будете».

С целью еще большего отвлечения внимания больного от самой операции мы внушаем ему дополнительно следующее:

«Вы находитесь сейчас в кино и смотрите картину «Кубанские казаки». Это очень веселая картина, и Вы

получаете большое удовольствие. Сейчас проходит сцена, в которой поют веселые частушки. Вам очень приятно их слушать. Вы пришли в хорошее настроение. Откройте рот, немного пошире. Так, хорошо. Продолжайте слушать частушки! Вам очень приятно и хорошо».

В это время стоматолог проводит экстракцию.

Иногда бывает и так, что, несмотря на гипноанестезию, больной начинает стонать, но противодействия при этом не оказывает. Это реакция на самый процесс удаления зуба.

При последующем опросе выясняется, что пациент боли не чувствовал, но самый момент удаления зуба, как это бывает и при новокаиновой анестезии, ощущал.

Нам, как мы уже указывали, приходилось неоднократно применять гипноанестезию при экстракции зубов, причем одновременно удалялось и по 2, и по 3 зуба.

Наблюдение 97. У одной пациентки необходимо было провести санацию полости рта, причем удалить нужно было все то, что осталось от 22 зубов. Зубоврачебного кабинета она очень боялась и потому так запустила рот.

По просьбе одной из наших учениц, не имевшей еще опыта проведения гипноанестезии, мы согласились применить ее этой пациентке для удаления первых трех зубов.

Экстракция с помощью гипноанестезии была успешно завершена. Удалены были три зуба. Все остальные экстракции также были проведены под гипноанестезией, которую проводила наша ученица — врач X.

На стр. 102 и 115 приведены наблюдения 46 и 53, где под гипноанестезией были удалены соответственно четыре и три зуба.

Остановимся на одном наблюдении, так как оно представляет интерес.

Наблюдение 98. Больной П., 43 года, инженер, лечился внушением в гипнозе по поводу невралгии. Лечение проходило успешно.

В процессе лечения, без нашего ведома, ему под новокаиновой анестезией была проведена экстракция трех зубов, после чего у него появилась большая припухлость щеки и сильные боли. Когда мы встретили Н. с повязкой и компрессом и спросили, что с ним произошло, он рассказал о том, что ему удалили три зуба и теперь он очень мучается. И раньше, по словам П., у него при удалении зубов под новокаиновой анестезией происходили такие же осложнения.

Когда мы ему сказали, что экстракцию зубов можно было бы проделать под гипноанестезией, без применения новокаина, он ответил, что ему предстоит экстракция еще трех зубов, и попросил применить при этом гипноанестезию. Мы охотно согласились.

Больному предстояло удалить в правой верхней челюсти три зуба: седьмой, пятый и первый. После введения в гипноз и соответ-

ствующего словесного внушения и поглаживания области верхней челюсти справа стоматолог приступил к экстракции.

Вначале он приступил к экстракции седьмого зуба, причем каждый из трех корней пришлось удалять отдельно. Затем он удалил пятый зуб. При этом также пришлось удалять каждый из двух корней отдельно. Больной никак не реагировал на эти сложные манипуляции. Но как только стоматолог приступил к экстракции первого зуба — операции, наиболее простой, пациент закричал, но не успел оказать противодействия, так как удаление было мгновенным.

После выведения больного из гипноза на наш вопрос, почему пациент кричал, он ответил: «Когда мне удалили первые два зуба, я чувствовал, как их тащат, но боли никакой при этом не ощущал. А когда взялись за третий зуб, я почувствовал сильную боль».

Вначале мы не могли найти объяснения этому факту. Трудно было предположить, что действие анестезии кончилось, так как мы ее поддерживали все время.

Несколько позже стоматолог напомнил нам о том, что первые зубы имеют двустороннюю иннервацию, а мы проводили анестезирование только с одной стороны, т. е. только правой половины верхней челюсти.

Это наблюдение показало нам, насколько точной должна быть методика проведения анестезирования. С тех пор при проведении гипноанестезирования мы учтем допущенную нами ошибку.

Нам кажется, что приведенные наблюдения подтверждают целесообразность более широкого применения гипноанестезии в стоматологической практике, причем не только при экстракции зубов, но и при других болезненных манипуляциях (экстрагировании пульпы, применении бормашины и др.).

ГИПНОЗ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Нам не приходилось применять внушение в гипнозе при проведении родов. По этому вопросу имеется довольно обширная литература, указывающая на значение психопрофилактической подготовки и внушения в гипнозе в деле безболезненного проведения родов.

Методом, предложенным К. И. Платоновым и И. З. Вельвовским, удастся обеспечить во многих случаях безболезненность родового акта.

Наши наблюдения относятся к устранению путем внушения в гипнозе неукротимой рвоты беременных, функциональных маточных кровотечений, различных

нарушений менструального цикла, невротических явлений в климактерическом периоде и, как указывалось ранее, женской фригидности.

Результаты лечения, как это видно из табл. 3, были положительными, и они дают нам право настойчиво рекомендовать гипносуггестивную терапию акушерско-гинекологическим клиникам или соответствующим отделениям больниц.

Гипносуггестивная терапия должна найти применение и в поликлинической практике.

Следует подчеркнуть, что гинекологи обращались к нам за гипносуггестивной терапией только тогда, когда им не удавалось получить положительных результатов обычными принятыми методами лечения.

Анализ результатов комплексного лечения, включающего гипносуггестивную терапию, убеждает нас в том, что если бы гинекологи при некоторых заболеваниях шире использовали ее, результаты лечения у этих больных были бы более эффективными, а сроки лечения — более короткими. Поэтому следовало бы хотя бы одному из врачей каждой гинекологической клиники или отделения больницы овладеть методом гипносуггестивной терапии и применять ее при ряде заболеваний.

С целью подтверждения целесообразности высказанных нами соображений приводим несколько наблюдений.

Наблюдение 99. Больная Л., 26 лет, домохозяйка, беременность 2 месяца. Замужем 2 года. Первая беременность была искусственно прервана из-за неукротимой рвоты. В гинекологическое отделение поступила для прерывания беременности из-за вновь возникшей неукротимой рвоты. Рвота наступает сразу же после каждого приема пищи. Бывает она также и вне зависимости от приема пищи. Сильно похудела и ослабела. Очень хочет сохранить беременность.

В течение 7 дней пребывания в гинекологическом отделении врачам никак не удавалось хотя бы уменьшить рвоту.

Ввиду настойчивого желания сохранить беременность решено было прибегнуть к гипносуггестивной терапии.

С 30 сентября по 3 ноября 1958 г. было проведено 19 сеансов гипносуггестивной терапии.

Уже после первых сеансов рвота заметно уменьшилась. Больная стала есть и сохранять съеденное. Но 1—2 раза в сутки небольшая рвота все еще сохранялась до конца пребывания больной в отделении.

После выписки больной было предложено в случае возникновения или усиления рвоты продолжить лечение амбулаторно.

Л. явилась только 8 января 1959 г., т. е. примерно спустя 2 месяца. За все это время рвота не беспокоила ее ни разу. Благополучно родила в срок и осенью пришла, чтобы показать ребенка.

Обычно рвоты прекращаются значительно раньше и не требуют такого большого числа сеансов. В данном случае наша настойчивость и не меньшая настойчивость больной помогли сохранить беременность и довести ее до благополучного конца.

Наблюдение 100. Больная К., 24 года, студентка 4-го курса машиностроительного института, поступила в отделение для прерывания беременности на 6-й неделе из-за неукротимой рвоты.

Первые две беременности были также искусственно прерваны из-за неукротимой рвоты. И третья беременность, как и первые две, сопровождается неукротимой рвотой, что вынудило К. поступить в гинекологическое отделение.

Очень хочет сохранить беременность. Так как обычными методами рвоту не удавалось остановить, было решено прибегнуть к гипносуггестивной терапии.

Со 2 по 22 февраля 1960 г. было проведено 6 сеансов гипносуггестивной терапии, из них последние три — амбулаторно. Рвота прекратилась сразу же после первого сеанса. К. стала нормально питаться и вскоре выписалась на амбулаторное лечение. За все время лечения небольшая рвота была еще только один раз. Беременность в дальнейшем протекала совершенно нормально. Родила в срок.

Из этих двух наблюдений видно, что количество сеансов для получения благоприятных результатов может быть разным. Но заметное улучшение отмечается, как правило, уже после первых сеансов.

Если же после первых сеансов улучшения не наступает, а срок беременности приближается к критическому (2,5 и более месяцев), не следует откладывать прерывания беременности.

Имеет значение еще и степень желания пациентки сохранить беременность.

В имеющейся литературе также указывается на большую эффективность гипносуггестивной терапии для устранения неукротимой рвоты. Наши, хотя и немногочисленные, наблюдения подтверждают это.

Гипносуггестивная терапия очень благоприятно воздействует на функциональные маточные кровотечения. Если же в результате воздействия лечебного эффекта не получается, можно смело утверждать, что причина кровотечения не функциональная, а имеются органические изменения, и это диктует необходимость самого придирчивого дальнейшего исследования.

На стр. 63 (наблюдение 8) описана наша больная К., у которой после отрицательных результатов лечения внушением в гипнозе по поводу предполагаемого функционального маточного кровотечения, по нашему настоянию, было проведено тщательное, более углубленное

обследование, в результате которого был выявлен рак матки.

Число наших наблюдений такого рода больных невелико, потому что, как мы на это ранее указывали, к нам обращались только тогда, когда обычные методы лечения были безрезультатными.

Приводим одно из наших наблюдений.

Наблюдение 101. Больная Г., 44 года, врач-хирург, на протяжении двух лет страдает обильными маточными кровотечениями, что привело к нарастанию у нее анемических явлений. Помимо работы ассистентом хирургической клиники, она была еще председателем местного комитета медицинского института. На этой работе имела и имеет очень много трудностей и волнений, что привело к астенизации нервной системы, нарушился сон, появились частые головные боли и слезы, стала очень раздражительной.

По поводу маточных кровотечений лечилась у гинекологов, производилось выскабливание. Но ни оно, ни ряд других мероприятий не дали положительных результатов. Кровотечения продолжались, что еще в большей мере отражалось на состоянии ее нервной системы.

К нам Г. обратилась по поводу невроза. Узнав об имеющихся у нее маточных кровотечениях и предположив функциональный их характер, мы предложили Г. воздействовать не только на невротические симптомы, но и на маточные кровотечения. Г. охотно согласилась.

Уже после 2 сеансов гипнозусuggestивной терапии кровотечения заметно уменьшились, а после третьего прекратились совсем. Это благотворно повлияло не только на общее состояние Г., но и на ее нервную систему.

В период с 24 февраля по 10 апреля 1956 г. было проведено 8 сеансов внушения в гипнозе. В результате проведенного лечения Г. стала спокойной, перестала плакать, у нее наладился сон, повысилась работоспособность, она стала лучше справляться и с обязанностями председателя месткома. Маточное кровотечение у нее повторилось через 8 месяцев. На этот раз двух сеансов оказалось достаточно для того, чтобы оно прекратилось и больше не возобновлялось. К этому времени Г. была освобождена от обязанностей председателя месткома, что положительно сказалось на состоянии ее нервной системы.

Предметом воздействия внушения в гипнозе могут быть многие нарушения менструального цикла, кроме, конечно, вызываемых беременностью. К их числу относятся: болезненные, длительные, обильные или скудные менструации, отсутствие их (если это не связано с беременностью).

Больше всего мы наблюдали женщин, страдающих болезненными менструациями.

Мы считаем целесообразным начинать лечение внушением в гипнозе за 8—10 дней до очередной менструа-

ции. Двух, трех сеансов часто бывает достаточно, чтобы менструальный цикл прошел безболезненно. Мы рекомендуем также нашим пациенткам повторный курс внушения перед очередной менструацией.

Мы неоднократно проводили внушение в гипнозе лицам, страдающим болезненными менструациями, в порядке неотложной помощи, уже в момент наступления менструации. Несколько наших медицинских сестер страдали болезненными менструациями и с началом их были вынуждены прерывать работу. После сеанса внушения в гипнозе, проведенного в порядке неотложной помощи, они сразу после сеанса смогли вернуться на работу.

Наблюдение 102. Больная З., 34 года, токарь, обратилась к нам по поводу резко болезненных менструаций с момента их наступления.

Непосредственно перед очередной менструацией было проведено три сеанса гипнозусuggestивной терапии, результатом которых была полная безболезненность очередной менструации. Как нам сообщила больная, и следующая менструация прошла также безболезненно.

Каков характер нашего внушения?

В гипнозе мы сообщаем пациенту, что физиологически менструация должна проходить совершенно безболезненно и что болезненность менструации возникла из-за случайно появившейся боязни возникновения этой боли; что эта боязнь закрепилась в коре головного мозга и что страх боли вызывает эту боль. В гипнозе мы устраняем закрепившийся очаг, устраняем страх боли, а раз не будет страха, не будет самой боли. В каждом сеансе настойчиво внушаем отсутствие страха перед болью и ожиданием ее и полную безболезненность очередного цикла.

Наблюдение 103. Больная Ш., 19 лет, медицинская сестра, о которой мы уже сообщали (наблюдение 34), лечившаяся по поводу невроза и предэкзаменационных волнений, обратилась к нам на этот раз по поводу болезненных менструаций с момента их возникновения, о которых она нам в свое время не рассказала.

За 10 дней до очередного цикла мы провели ей 3 сеанса внушения в гипнозе, после чего менструация прошла совершенно безболезненно. Такой же курс мы провели Ш. перед очередной менструацией, которая также прошла безболезненно. В дальнейшем мы встречались с Ш. через 2 и 3 года. Менструации у нее проходили безболезненно.

Большой интерес представляет следующее наблюдение.

Наблюдение 104. Больная К., 38 лет, преподаватель химии в фармацевтическом институте, была доставлена в больницу по поводу потери сознания.

Предъявила жалобу на то, что на протяжении 10 лет во время менструации, если она своевременно не реализует позыв на дефекацию, у нее возникают нестерпимые боли в нижней половине живота и она теряет сознание.

Считает себя очень нервной, повышено раздражительной, часто плачет, страдает головными болями.

После обследования больной был поставлен диагноз: вегетососудистая дистония, по поводу которой и сопутствующего невроза, 13 января 1969 г. она была направлена для лечения внушением в гипнозе.

Условия на работе и в семье вполне благоприятные. Свою нервность объясняет страхом перед каждым менструальным периодом.

Со стороны внутренних органов без особенностей, эмоционально лабильна, небольшой тремор вытянутых пальцев, игра вазомоторов.

На рентгеноскопии: спайка в синусе слева с ограничением подвижности диафрагмы — следствие перенесенного в 1949 г. экссудативного плеврита.

С 13 по 24 января 1969 г. было проведено 6 сеансов гипносуггестивной терапии с целью общего воздействия на нервную систему и снятия страха перед очередной менструацией и возникновением болей при задержке дефекации.

23 января началась менструация с небольшими кратковременными болями, без обморока.

24 января, в день последнего сеанса, чувствовала себя хорошо и выписалась.

К. было рекомендовано проведение повторного курса гипносуггестивной терапии перед очередной менструацией.

10 и 12 февраля было проведено еще 2 сеанса, после чего наступила очередная менструация, прошедшая совершенно безболезненно, о чем больная сообщила нам 21 февраля.

Благополучно прошла и мартовская менструация.

Больше больная к нам не обращалась.

Наблюдения больных с другими нарушениями менструального цикла, леченными внушением в гипнозе, также показали, что этот метод достаточно эффективен и при них и что он должен быть принят на вооружение соответствующими специалистами.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

В литературе имеется много указаний на роль внушения в гипнозе для устранения вредных привычек (курение, алкоголизм, онанизм и др.).

В условиях терапевтической клиники нам больше всего приходилось заниматься курильщиками. Наш небольшой опыт подтверждает целесообразность применения гипносуггестивной терапии для лечения этих больных.

Наблюдение 105. Больной Н., 58 лет, профессор-медик, будучи в командировке в Корейской Народной Демократической Республике, во время военных действий пристрастился к алкоголю настолько, что потом, вернувшись в Ленинград, на протяжении 3 лет не мог справиться со своим пороком.

Он чувствовал и понимал, что начинает деградировать, стал хуже справляться с практической работой и руководством клиникой. Понял, что если так пойдет дальше, то ему будет грозить увольнение. Еще в 1960 г. он собирался обратиться к нам, но несколько раз откладывал это и обратился лишь в 1961 г.

После обстоятельной предварительной беседы Н. заявил, что он твердо решил больше не пить, сам приложит все усилия для этого и просит нас подкрепить соответствующим внушением это его решение.

За время с 15 ноября 1961 г. по 27 января 1962 г. было проведено 9 сеансов гипносуггестивной терапии.

Уже после 2 сеансов Н. заявил, что ему легче справляться с тягой к алкоголю. Затем в течение 2 лет он совершенно не употреблял никаких алкогольных напитков.

Спустя 2 года Н. было присвоено высокое звание.

Это обстоятельство, связанное с многочисленными поздравлениями и торжествами, привело к возобновлению злоупотребления алкоголем. На этот раз оказалось достаточным проведение только трех сеансов, чтобы вновь затормозить тягу к алкоголю.

Мы не очень охотно занимаемся лечением курильщиков, так как в условиях нашей работы есть много более серьезных больных, нуждающихся в помощи, и большее внимание к курильщикам пошло бы в ущерб этим больным.

Все же, как видно из табл. 3, под нашим наблюдением было 58 человек, из них 27 бросили курить совсем, 12 резко уменьшили курение, а 9 продолжали курить, хотя и выкуривали в день меньшее количество папирос. На 10 человек гипноз не оказал никакого воздействия.

Надо подчеркнуть, что воздействовать на курильщиков удается только в тех случаях, когда сам курильщик осознал необходимость отказаться от курения. В тех же случаях, когда такого желания у курильщика нет и он надеется только на гипнолога, положительного результата не будет. Лечение курильщиков можно проводить коллективно, это считается даже более целесообразным.

Еще один пример успешного устранения многолетней вредной привычки.

Наблюдение 106. Больная Г., 12 лет, ученица 6-го класса, с детства сосет указательный палец правой руки. Никак не может отучить себя от этой привычки. Конечная фаланга правого указательного пальца тоньше левой.

Девочка физически хорошо развита, контактна. Менструации появились год назад. В прошлом болела лямблиозным холециститом.

Прошла соответствующий курс лечения. Учится хорошо. Бытовые условия хорошие.

С 24 ноября по 3 декабря 1969 г. проведено 5 сеансов. Уже после первого сеанса сосать палец стала значительно реже, а после второго прекратила совсем. Для закрепления результатов было проведено еще 3 сеанса гипносуггестивной терапии.

Как сообщила нам ее родственница в конце января 1970 г., больная палец больше не сосала.

Глава IX

ЛЕЧЕНИЕ ВДУШЕНИЕМ В ГИПНОЗЕ В САНАТОРИЯХ

Лица, направляющиеся на санаторное лечение, в основном страдают теми же заболеваниями, о которых мы сообщали в предшествующих главах.

Мы считаем целесообразным выделить в отдельную главу лечение внушением в гипнозе санаторных больных только потому, что это лечение в комплексе с санаторными методами и курортными факторами давало особенно положительные результаты.

И в прошлом у нас был опыт лечения курортных пациентов, но особенно большое число наблюдений было сделано нами в 1966 и 1967 гг., когда мы проводили лечение больных Кисловодского санатория им. С. М. Кирова (главный врач — Л. И. Костяева). Это дает нам право сделать ряд выводов и главный из них — это целесообразность введения внушения в гипнозе в комплекс лечебных мероприятий санатория.

Вначале лечащие врачи не особенно охотно направляли своих больных на лечение внушением в гипнозе, но вскоре, убедившись в эффективности этого метода, они стали направлять больных в большом количестве.

Направлялись главным образом отдыхающие (этот термин принят в санаториях), страдавшие выраженными неврозами, упорной бессонницей, головными болями, стенокардией, бронхиальной астмой и отдельными симптомами (потеря обоняния и др.).

Результаты лечения, как и следовало ожидать, были лучше, чем в условиях других лечебных заведений, несмотря на то, что лечение в санаториях проводилось в более укороченные сроки.

Об этом говорит сравнение результатов у больных, леченных в больницах и поликлиниках, с результатами у лиц, леченных в санаториях.

ТАБЛИЦА 6

Распределение отдыхающих по возрасту

Возраст	До 20 лет	От 20—29	От 30—39	От 40—49	От 50—59	От 60 и выше	Всего
Число отдыхающих	7	4	28	65	30	10	144

Отдыхающие, как правило, направлялись на лечение не ранее 10-го дня с момента поступления в санаторий, т. е. когда они уже прошли полное обследование и когда первые дни пребывания и лечения на курорте не давали заметного улучшения.

ТАБЛИЦА 7

Распределение отдыхающих по социальному положению и профессии

Наименование категорий	Число
Рабочие	11
Служащие	36
Члены семей	5
Пенсионеры	9
Учащиеся	3
Медработники	7
Врачи	21
Инженеры	11
Педагоги	26
Прочие с высшим образованием	9
Студенты	6
Всего с высшим образованием	73
Всего	144

Больные находились в санатории 26 дней. Таким образом, в лучшем случае они могли получить 5—8 сеансов гипнотерапии.

В прилагаемых таблицах приведены данные о поле, возрасте, профессии и распределении отдыхающих по диагнозам, а также указаны результаты лечения (табл. 6, 7, 8).

В санатории им. С. М. Кирова в Кисловодске всего прошли лечение 144 больных. Им было проведено 854 сеанса гипносуггестивной терапии.

Мужчин было 51, женщины — 93.

Если по нашей многолетней статистике число больных в графе «Без результатов и небольшое улучшение»

ТАБЛИЦА 8

Распределение отдыхающих по диагнозам
и результатам* лечения

Диагноз или симптомы	Всего	0	+	++	+++
Неврастения	25	—	—	12	13
Истерия	5	—	1	2	2
Невроз навязчивых состояний	6	—	—	1	5
Синдром амбулаторного авто- матизма	3	—	—	—	3
Сексуальный невроз**	4	—	—	2	—
Ситуационный »	4	1	1	—	2
Патологический климакс	3	—	—	—	3
Психастения	1	1	—	—	—
Логоневроз	2	—	1	—	1
Синдром Меньера	2	1	1	—	—
Бронхиальная астма	15	1	2	2	10
Вазомоторный ринит	5	—	—	2	3
Крапивница	1	—	—	—	1
Гипертоническая болезнь	4	—	1	1	2
Стенокардия	16	1	1	3	11
Пароксизмальная тахикардия	2	—	—	—	2
Привычные запоры	2	—	—	1	1
Ночное недержание мочи	2	—	—	—	2
Псориаз	1	—	—	1	—
Спазм пищевода	1	—	1	—	—
Болезненные менструации	2	—	—	—	2
Дисфункция яичников	1	1	—	—	—
Курение	1	1	—	—	—
Фантомные боли	1	1	—	—	—
Афония	1	—	—	1	—
Головная боль	13	—	—	4	9
Бессонница	20	3	3	4	10
Зуд	1	—	—	—	1
Итого	144	11	12	34	85
%	100	7,74	8,45	25,2	58,61

* 0 — без результата; (+) — небольшое улучшение; (+ +) — улучшение; (+ + +) — значительное улучшение и выздоровление.

** У 2 больных сексуальным неврозом результат лечения не известен.

составляло 19%, «Улучшение» — 43,7% и «Значительное улучшение» — 37,26%, то по статистике, касающейся 144 человек, леченных нами в санатории им. С. М. Кирова, число «Без результатов и небольшое улучшение» составило 16,12%, «Улучшение» — 25,2% и «Значительное улучшение» — 58,63%.

Следует учесть еще то, что вначале врачи санатория не вполне отчетливо представляли себе показания для направления на гипнотерапию, и часть отдыхающих из неправильно отобранных попала в рубрику нулевых результатов.

Интересно также отметить, что число лиц с высшим образованием, прошедших лечение в санаториях, составило более 50%, в то время как по многолетней статистике оно было 25,3%. Число врачей, прошедших курс лечения внушением в гипнозе в санатории, составило 14% против 6% в многолетней статистике.

Указанные цифры настолько демонстративны, что вывод о целесообразности введения внушения в гипнозе в комплекс лечебных мероприятий в санаторно-курортных условиях напрашивается сам собой.

На этом мы заканчиваем изложение наших клинических наблюдений.

На основании всего изложенного мы еще раз утверждаем, что гипносуггестивная терапия является весьма эффективным методом лечения, диапазон применения ее достаточно широк, и она должна быть внедрена в повседневную практику в большинстве лечебных учреждений.

Мы можем также указать и на то, что большинство практических врачей имеет весьма смутное представление об этом методе лечения, а некоторые и вовсе ничего не знают о нем и поэтому относятся к нему скептически и, говоря об этом больным, снижают успешность метода.

К сожалению, и ряд руководителей лечебных учреждений и органов здравоохранения явно недооценивает значение и возможности гипносуггестивной терапии.

Некоторые из них смотрят на гипносуггестивную терапию скептически и не только не способствуют ее внедрению, но даже ставят препятствия тем врачам, которые по своей инициативе хотели бы заняться ею.

Кое-кто из врачей, прошедших у нас специальную подготовку и овладевших методикой гипносуггестивной

терапии, при попытках внедрения этого метода лечения у себя на работе встречал противодействие со стороны своих руководителей.

В качестве примеров клинических наблюдений нами приводились больные, у которых результаты лечения были демонстративно положительными. Нам не хотелось бы, чтобы у читателя сложилось впечатление, что в нашей работе все было так хорошо и что гипносуггестивная терапия является панацеей при всех заболеваниях. Поэтому мы обращаем внимание читателя на то, что, как это видно из нашей сводной табл. 3, в 6,27% наших наблюдений мы не получили никакого улучшения и в 12,73% результаты лечения были весьма скромными.

Мы старались в каждом случае анализировать причины наших неудач. В ряде случаев они были связаны с негипнабельностью больных. Некоторые больные по неизвестным причинам прекращали лечение, несмотря на предварительные положительные результаты. У некоторых больных причина крылась в больших органических изменениях, при наличии которых трудно было рассчитывать на успех. Но как уже указывалось, мы и у таких больных пытались добиться хотя бы некоторого улучшения. Были и такие больные, у которых мы вообще не смогли определить какой-либо причины неудач. Наконец, некоторые больные несерьезно относились к гипнотерапии, и мы отказывались от их дальнейшего лечения.

Нам хочется еще раз подчеркнуть, что негипнабельность не является противопоказанием к лечению внушением в гипнозе. В этих случаях внушение должно проводиться у больного, лежащего в состоянии покоя с закрытыми глазами (метод В. М. Бехтерева). При этом результаты могут быть благоприятными, но наступают они несколько медленнее.

Наш гипнокабинет используется и как учебная база для студентов VI курса 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова. Большое число врачей также посещают наш гипнокабинет. Многие из них стали гипнологами.

Интересно еще раз отметить, что многие из наших учеников начинали посещение гипнокабинета в качестве пациентов. Убедившись на себе в эффективности гипносуггестивной терапии, они стали ее приверженцами, продолжали посещать гипнокабинет и после своего выздо-

вления для освоения теоретических и практических основ метода.

Большинство из них стали применять внушение в гипнозе в своей практической работе. К сожалению, число их (55) все же является весьма скромным, а условия работы значительной части из них не позволяют им по настоящему развернуть этот род деятельности.

Многолетний опыт работы в области гипносуггестивной терапии, наряду с опытом других гипно- и психотерапевтов, убедил нас в целесообразности более широкого применения этого метода лечения, чем это имеет место в настоящее время.

Однако для этой цели должен быть проведен ряд мероприятий, к числу которых следует отнести:

1. Более широкую пропаганду гипносуггестивной терапии среди медиков, начиная уже со студенческой скамьи, путем:

а) ознакомления студентов-медиков старших курсов с теоретическими основами внушения в гипнозе и практическим его применением с лечебной целью;

б) постановки докладов по гипносуггестивной терапии на заседаниях научных обществ разных медицинских специальностей с соответствующими демонстрациями;

в) более широкого освещения результатов применения гипносуггестивной терапии не только в психоневрологических журналах, но и в других медицинских журналах с акцентом на применении этого метода в рамках соответствующих специальностей.

2. Подготовку кадров специалистов-гипнологов на специальных кафедрах и курсах в институтах усовершенствования врачей или путем прикомандирования врачей на рабочие места в действующие гипнокабинеты.

Для врачей, имеющих опыт работы по своей специальности, такая подготовка может быть проведена в течение 1½ месяцев.

3. Выделение специально оборудованного помещения для гипнокабинета, в котором необходимо предусмотреть:

а) надежную изоляцию от внешних шумов;

б) удобные кровати или мягкие кушетки и обязательно одно мягкое кресло вольтеровского типа. Число кроватей будет зависеть от размеров помещения;

в) шторы на окнах;

г) изоляцию кроватей друг от друга хотя бы мягкими перегородками.

4. Возложение на одного из специально подготовленных врачей отделения или клиники обязанностей гипнолога.

5. Включение в штат больничного объединения должности старшего гипнолога для работы в поликлинике и в терапевтическом стационаре и для руководства врачами, занимающимися гипнотерапией в других отделениях больницы.

6. Организацию изучения сравнительных результатов лечения на специальных отделениях больных, леченных как обычными методами лечения, так и с применением внушения в гипнозе.

Как показал опыт работы, применение гипносуггестивной терапии в качестве компонента комплексного лечения больных разных категорий значительно укорачивает сроки пребывания их на стационарном лечении. В условиях пока еще имеющегося недостатка коек это имеет немаловажное значение. Наконец, само лечение получается более полноценным.

Все это быстро оправдывает те затраты, которые необходимо будет произвести для организации лечения внушением в гипнозе.

Как мы уже указывали, основной целью этой книги является привлечение внимания медицинской общественности к более широкому внедрению метода гипносуггестивной терапии в практическую работу лечебных учреждений — клиник, больниц, поликлиник, санаториев, диспансеров и др. Если знакомство с опытом нашей работы будет содействовать достижению намеченной цели, мы будем считать поставленную задачу разрешенной.

В заключение выражаем нашу признательность акад. АМН Н. С. Молчанову, засл. деят. науки проф. В. А. Бейеру, проф. В. А. Баронову и проф. А. С. Фоминной, взявшим на себя труд по просмотру рукописи и сделавшим ряд ценных замечаний.

ЛИТЕРАТУРА

- Бернгейм И. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Пер. с франц. Одесса, 1887—1888.
- Бехтерев В. М. Лечебное значение гипноза. СПб., 1900.
- Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.
- Бирман Б. Н. Экспериментальный сон. Л., 1925.
- Бонн К. Гипнотизм. Исследование физиологическое и психологическое. Пер. с франц. СПб., 1888.
- Булатов П. К. Современное лечение бронхиальной астмы. Л., 1954.
- Булъ П. И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. Л., 1968.
- Геренштейн Г. Б. Введение в практическую психотерапию. Л., 1927.
- Данилевский В. Я. Гипнотизм. Харьков, 1925.
- Дюбуа П. О психотерапии. Пер. с франц. М., 1911.
- Желтаков М. М., Скрипкин Ю. К., Сомов Б. А. Электросон и гипноз в дерматологии. М., 1963.
- Зеневич Г. В., Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. Л., 1965.
- Иванов Н. В. Психотерапия в психоневрологическом диспансере. М., 1959.
- Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. М., 1953.
- Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психические особенности человека, т. I. Характер. Л., 1957.
- Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. Изд. 2-е. М., 1962.
- Копиль-Левина З. А. К вопросу о терапии некоторых истерических состояний. Вопросы психотерапии. М., 1958.
- Лебединский М. С. Очерки психотерапии. Изд. 2-е. М., 1971.
- Левенфельд Л. Гипноз и его техника. Пер. с нем. Житомир, 1927.
- Молль А. Гипнотизм. Пер. с нем. СПб., 1909.
- Мясищев В. Н. Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 7—20.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. М., 1960.

- Николаев А. П. Очерки теории и практики обезболивания родов. М., 1953.
- Павлов И. П. Полное собрание сочинений. Т. 1—6. М., 1951.
- Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Изд. 3-е. М., 1962.
- Рожнов В. Е. Гипноз в медицине. М., 1954.
- Рожнова М. А., Рожнов В. Е. Гипноз и чудесные исцеления. М., 1965.
- Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Изд. 2-е. Киев, 1966.
- Скворцов К. А. Очерки по психотерапии соматического больного. М., 1958.
- Уэльс Г. Павлов и Фрейд. Пер. с англ. М., 1959.
- Форель А. Гипнотизм и лечение внушением. Пер. с нем. Изд. 2-е. Л., 1925.
- Ходза М. Я. Вопросы психоневрологии. Автореф. научн. работ за 1949—1951 гг. Л., 1954.
- Шрайбер Я. Л. Вопросы психотерапии. М., 1958, с. 139—142.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава I. Краткая история гипноза	13
Глава II. Теоретические основы гипноза	19
Глава III. Методика гипнотизирования и словесного внушения в гипнозе	27
Все ли поддаются гипнозу?	27
Организация гипнокабинета и психологическая подготовка больных	31
Приемы гипнотизирования	35
Формулы введения в гипноз и дегипнотизации больных	36
Как определить, вошел ли больной в гипнотический сон?	41
Глава IV. Показания для лечения внушением в гипнозе	49
Есть ли какая-либо опасность от гипноза?	50
Как часто следует проводить сеансы гипносуггестивной терапии?	52
Глава V. Клинические наблюдения	53
Глава VI. Гипносуггестивная терапия при неврозах	59
Неврастения	66
Истерические моносимптомы	68
Невроз навязчивых состояний	77
Профессиональные неврозы	86
Легкие формы амбулаторного автоматизма	88
Эпилепсия	90
Сексуальные неврозы	90
Патологический климакс	95
Логоневрозы	98
Синдром Меньера	102
Глава VII. Роль гипносуггестивной терапии в устранении отдельных симптомов	104
Головная боль	105
Бессонница	110
Боли	117
Рвота	121
Кожный зуд	123

<i>Глава VIII. Роль гипносуггестивной терапии в различных разделах лечебной медицины</i>	125
Бронхиальная астма	125
Вазомоторный ринит	132
Гипертоническая болезнь	133
Стенокардия	135
Пароксизмальная тахикардия	140
Заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь, гастриты, привычные запоры и поносы)	142
Заболевания печени и желчных путей	145
Заболевания периферической нервной системы	147
Сахарный и несахарный диабет	152
Дизурические расстройства	154
Кожные заболевания	158
Хирургические заболевания	167
Гипноз в стоматологической практике	171
Гипноз в акушерско-гинекологической практике	175
Вредные привычки	180
<i>Глава IX. Лечение внушением в гипнозе в санаториях</i>	182
Литература	189