Сд 949 к

В ОБМЕН

Проф. И. С. СУМБАЕВ

К ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Электронный архив

ОГИЗ
ИРКУТСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ИРКУТСК—1948

Проф. И. С. СУМБАЕВ

С 949 к

К ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на психопатологические состояния

1946

Государственная
Научная медицинск.
библиотека
НКЗ СССР

360002

ОГИЗ
ИРКУТСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ИРКУТСК—1046

ПРЕДИСЛОВИЕ

Тема нашей работы нуждается в некотором пояснении, так как, насколько нам известно, ещё никто до сих пор не ставил аналогичной задачи или, во всяком случае, не подверг её достаточно систематическому исследованию. Несколько схематизируя, мы можем так сформулировать эту основную задачу нашего клинико-экспериментального исследования: возможно полно сопоставить механизмы воздействия фармакосредств и гипнотического внушения на некоторые психопатологические состояния и определить пределы подобных влияний. Выяснение этого вопроса, помимо приобретения определённых знаний, а, следовательно, и нашей власти над соответствующими фактами, обеспечивает косвенную, но всё же достаточно значительную возможность судить о некоторых патогенетических моментах, лежащих в основе тех или иных психопатологических состояний.

Ещё врачи древности признавали три основных метода лечения: хирургический нож, медикаменты и слово. Границы приложимости всех этих методов несомненно перекрывают те более узкие области, где они являются единственно специфическими. Часто хирургический нож вторгается в область терапии, а медикаментозное воздействие находит своё применение при хирургических заболеваниях. Но всё же, если между хирургом и терапевтом происходят нередко споры о сравнительной эффективности «радикального» и «консервативного» методов лечения, то никто не сомневается, что есть такие патологические формы, где или нож или медикаменты являются наиболее соответствующим, а следовательно и решающим типом воздействия.

Далеко не так просто обстоит дело с разграничением сфер приложимости медикаментозного метода и психических воздействий (психотерапии), и многие врачи до сих пор не склонны допускать (а ещё чаще и совсем не ставят такого вопроса), что и в этом направлении фармако-динамические влияния имеют определённый предел, за которым начинается область, подвластная иному методу. Вопрос осложняется ещё и тем, что существует практически необозримое количество химических средств и поле их воздействия на организм человека буквально с каждым днём расширяется.

Прибавьте сюда значение доз, определяющих иногда совершенно обратный тип влияния фармакосредств, одновременное и последовательное действие нескольких веществ, и, таким образом, создаётся впечатление, что в сущности нет оснований (или, по крайней мере, преждевременно) ставить вопрос о «пределах» фармакодинамических воздействий в этом направлении.

Мы думаем, что такое мнение является ошибочным, ибо ничто так не препятствует прогрессу науки, как попытки выходить за пределы той области, к которой данный метод приложим.

Но как же обойти при сопоставлении фармако-динамического и гипнотического типа воздействия указанное нами затруднение— существование громадного количества различных химических веществ с неодинаковым влиянием на организм? Можно ли найти нечто общее в характере действия фармаковеществ на нервно-психическую деятельность человека и сопоставить этот основной механизм с влиянием гипнотического внушения, которое также выступает при этом в виде «представителя» психотерапии вообще? Мы думаем, что такая возможность существует

Как известно Бонгёффер создал учение о так называемом экзогенном типе реакции, согласно которому существует единый однородный тип реагирования мозга на различные экзогенные вредности (интоксикации, инфекции и травматические повреждения). Хотя это положение имеет ряд ограничений, которые частично признаёт и сам Бонгёффер, тем не менее в основном оно принимается почти всеми авторами. По мнению Бонгёффера, вышеуказанная однородность типа психических реакций зависит от так называемого «промежуточного звена». Однако, во-первых, можно сомневаться в его существовании (Штерц, Гольденберг и др.), а во-вторых, если даже допустить такую возможность (Бонгёффер, Бондарев Н. И. и др.), то она только вскрывает механизм возникновения реакции, но, конечно, не меняет фактической стороны дела, которая нас в данном случае преимущественно интересует.

Но раз это так, то мы вправе, ставя в данном случае акцент не на реакции, а на воздействующие факторы, утверждать, что они имеют определённый предел в своём воздействии на организм, так как не в состоянии вызвать иных, кроме экзогенной формы реакции, психических нарушений. С другой стороны, конечно, не подлежит сомнению, что в механизмах действия самых разнообразных фармаковеществ больше общего, чем в механизме влияния любого из представителей фармаковеществ и действием гипнотического внушения. Таким образом, получается возможность, отвлекаясь от деталей, усматривать определённое единство в действии на организм самых разнообразных фармаковеществ и сравнивать это действие с другим, качественно иным, типом психи-

ческого влияния (психотерапия), к которому относится, в частности, изучаемое нами здесь гипнотическое внушение.

Этому вполне соответствует необходимость отграничения экзогенного от психогенного типа реакции, хотя действующая причина в обоих случаях исходит извне. Что касается эндогенных психозов, то там мы сталкиваемся с другими закономерностями, не препятствующими, однако, как мы увидим, сопоставлению действия фармаковеществ и гипнотического внушения.

Поэтому мы не столько стремились увеличить количество применяемых нами фармакологических веществ, сколько подыскать такие, которые давали бы определённый результат в смысле их действия на психопатологические состояния. Равным образом в нашу задачу не входило выяснение процента душевнобольных, у которых возможно вызвать гипнотические явления, а мы пользовались теми случаями, где таковые развивались в достаточно выраженной степени, чтобы можно было учесть их влияние в провоцировании тех или иных изменений в психике.

Хотя применяемый нами метод фармако-гипнотических влияний на психопатологические состояния граничит с соответствующими, чисто терапевтическими, мероприятиями, однако он отличается от них (помимо других, менее важных моментов, которые будут подробно изложены в самой работе) тем, что учитывается лишь непосредственный эффект влияния тех или иных веществ или гипнотического внушения, а не отдалённые результаты. Только при этом условии мы вправе (и то с известными ограничениями), на основании полученных сдвигов в психотическом состоянии, делать известные заключения о тех или иных патогенетических моментах, лежащих в основе психопатологических проявлений.

Общий план нашей работы построен таким образом, что мы приводим основную часть литературы в контексте собственных исследований (в соответствующих главах работы) и поэтому ограничиваемся лишь кратким общим вводным очерком, применительно к интересующим нас сторонам весьма сложного и обширного вопроса. Многие особенности применяемого нами метода, данные в общих чертах в соответствующем разделе работы, подвергаются более детальному разбору в дальнейшем изложении, особенно в главах: о механизме действия гипнотического внушения и влиянии фармакологических веществ на гипноз. Эти два тесно связанные друг с другом вопроса хотя и не соответствуют в полной мере заглавию работы, однако по существу являются необходимой составной её частью, так как позволяют более хорошо уяснить как природу применяемых факторов, так и границы их действия.

Кроме того, эти исследования также проводились на нервно- и психически больных и являются как бы попыткой установить общепсихопатологические предпосылки к излагаемым позже фармако-

гипнологическим исследованиям, применительно к отдельным формам душевных болезней.

При всём этом, конечно, не следует забывать и о том, что психопатологические изыскания не представляют собою замкнутых логических систем, а скорее являются рядом взаимнопроникающих эмпирических наблюдений, объединённых одной общей идеей. Такой идеей для нас было убеждение в существовании двух типов нервно-психической регуляции: одного, тесно связанного с химизмом и условными рефлексами, другого—соединённого с высшей психической деятельностью и соприкасающегося при каких-то, ещё не совсем изученных, условиях с механизмом условного рефлекса.

Соответственно этим двум типам нервно-психической регуляции, применяемые нами фармакосредства и гипнотическое внушение или являлись специфическими воздействиями, или оказывали лишь косвенное—положительное или отрицательное—влияние на область, подвластную иному методу.

Переходя к вопросу, ещё более непосредственно связанному с предметом наших исследований, следует прежде всего сказать, что допускаемая ранее прямолинейная связь между этиологией и патогенезом, патогенезом и терапией в значительной степени не оправдалась более глубокими экспериментальными и клиническими изысканиями.

А. Д. Сперанский особенно ясно показал, что действие болезнетворного фактора не исчерпывается только местным раздражением, но что в процесс всегда вовлекается нервная система, причём в дальнейшем она сама становится источником болезненных раздражений, создавая патологические процессы на периферии. Равным образом, устранение болезненного фактора не может привести к восстановлению здоровья, если в организме уже создалась патологическая система взаимоотношений, обусловленная отдалёнными нервными влияниями. Однако, как известно, в области функциональных заболеваний связь между причиной и патологической реакцией, равно как и связь между последней и терапией, выступает более непосредственно. По крайней мере, в принципе многие считают, что функциональные нарушения полностью прекращаются, как только будет устранена причина их возникновения. С другой стороны, и факторы, способные провоцировать определённые (и притом не только чисто функциональные) психозы, дают право делать заключение, что гомологичные этим факторам болезненные процессы играют известную роль в патогенезе данного заболевания.

Исходя из подобных соображений, Гиляровский пытался подойти к разрешению вопроса о роли токсических факторов в патогенезе схизофрении, изучая, какие процессы (органические или токсические) чаще провоцируют это заболевание. На основе полученных им данных (о преобладании в провоцировании схизофрении

интоксикаций) он, как и В. П. Осипов, приходит к заключению, что схизофрения в своей биологической основе относится не к органическим заболеваниям, а к группе интоксикационных психозов. С другой стороны, многие авторы подчёркивают, что лечение заболеваний несоответствующими патогенезу приёмами, например, лечение истерии одними медикаментами, игнорируя психотерапию, не только бесполезно (Дежерин и Гоклер), но даже вредно (Беннет).

Наши исследования о влиянии фармакологических веществ и гипноза на психопатологические состояния несомненно граничат с терапевтическими вмешательствами, так как в некоторых случаях сами опыты (вне зависимости от применения терапии в тесном смысле этого слова) обусловливали или выздоровление, или более или менее выраженное улучшение состояния больных.

И все же наши фармако-гипнологические исследования отличаются от настоящей терапии в следующих важных пунктах: 1) их прямой целью является не лечение, а психопатологическое изучение состояния душевнобольных; 2) они протекают в условиях «острого опыта» с непосредственным учётом полученных изменений в состоянии больных.

Такой метод, несомненно, даёт бо́льшие основания делать известные заключения о патогенезе и структуре тех или иных психопатологических состояний, чем это возможно при обычных терапевтических мероприятиях.

Глава I

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

Как известно, исследования действия различных химических веществ на психическую деятельность человека производились не только на душевнобольных, но и на здоровых. Еще Крепелин в 1892 г. опубликовал своё исследование влияния алкоголя на умственную продуктивность, ассоциативный процесс, способность понимания и т. д., заложив научные основы фармако-психологии (по выражению Ясперса). В последнее время Станоевич при помощи метода Крепелина провёл исследования действия сомнифена у здоровых и психически ненормальных личностей, причём установил, что сомнифен (25 к.) вызывает ускорение интеллектуальной работоспособности (счёт, сложение) как у здоровых, так и у некоторых психопатов; наоборот, аллонал (2 табл.) заметно снижает интеллектуальную работоспособность, затрудняя счётные операции. Джиакомо после приёма бульбокапнина испытывал тяжесть в голове и затруднения в интеллектуальных процессах. Даже от однократных приёмов химических веществ, как известно, могут возникать и выраженные психопатологические состояния, которые наиболее ярко выступают у человека при приёмах сантонина, гашиша и в особенности мескалина, притом в количествах, не оказывающих заметного вреда на организм. Нередко под влиянием приёмов сантонина и гашиша наступает патологическое цветное зрение, причём при сантонине преобладают жёлтые, а при гашише синие тона.

Очень любопытны описания отравления гашишем, данные Бодлэром в его Paradis artificiels[1]. Как оказывается, под влиянием гашиша могут развиваться состояния, близкие к переживаниям некоторых схизофреников, когда ясное противопоставление между «я» и внешним миром стирается и происходит своеобразная идентификация личности с объектами действительности. Случается иногда, пишет Бодлэр, что личность исчезает и объективность, соответствующая вкусам пантеистических поэтов, развивается в вас настолько анормально, что созерцание внешних предметов застав-

---

[1] Цитир. по Ясперсу: «Psychopathologie générale», Paris. 1928.

ляет вас забыть собственное существование и вскоре слиться с нею.

Наиболее богатый материал дали исследования с мескалином, которые наиболее полно собраны Беринге́ром[1] в его известной монографии.

В целом психические явления, вызываемые мескалином, напоминают некоторые схизофренные состояния. Экспериментируемым кажется, например, что их пальцы приобрели способность проникать в твёрдые тела; движения кажутся замедлёнными и торжественными; возникают такие зрительные обманы, что переживающие их не в состоянии отличить кажущихся движений от действительных и т. д.

Исключительный интерес представляют наступающие иногда под влиянием мескалина изменения в переживании времени и пространства. Серко, в состоянии мескалинового опьянения, не мог фиксировать настоящего или утрачивал чувство времени совершенно. Иногда время ему казалось расширенным. События прошлого отодвигались на необычно большое расстояние, напротив, близкое будущее как-будто низвергалось прямо на него. Майер-Гросс и Штейн сообщают, что один испытуемый во время мескалинового опьянения пережил своеобразное расщепление ощущения качества и места. Сначала он пережил чистое ощущение, которое как бы всплывало в «чужом пространстве», причём не локализировалось. Непосредственно затем наступало переживание места раздражения, и оно получало соответствующее обозначение. Таким образом, качество и пространство временами переживались раздельно.

Другой испытуемый, отравленный мескалином, вёл себя, как душевнобольной, так как у него чувственные впечатления не подчинялись ни пространству, ни времени: они были очень разнообразны и лишены всякой структуры, не вступали в отношения с окружающими предметами и не объективировались. Время не казалось идущим вперёд. Определить время возможно было лишь благодаря обдумыванию, переживание времени отсутствовало и т. д. Очень часто при мескалиновом отравлении возникают галлюцинации, преимущественно зрительного типа.

С. П. Ронче́вский особенно глубоко изучил механизмы образования галлюцинаторных явлений при мескалиновом отравлении, а Александровский показал относительное значение экзогенных и эндогенных факторов в их структуре.

Как показали исследования Лапика, под влиянием стрихнина понижается порог восприятия: цвета кажутся более насыщенными,

---

[1] K. Beringer: „Der Mescalinrausch, seine Geschichte und Erscheinungweise", 1927.

цветные материалы, аномально воспринимаемые неокрашенными, приобретают свойственный им вид, время реакции на раздражение (хронаксия) уменьшается.

Исследования Гесса, который вводил в организм человека различные вегетативные яды (адреналин, атропин, пилокарпин, физостигмин), выяснили, что в адаптации высших органов чувств имеет большое значение вегетативная нервная система.

Ионг и Барюк показали в 1928 г., что у кошек, под влиянием бульбокапнинового отравления, развиваются не только явления более или менее выраженной каталепсии с сохранением положения, но также наступает ясное ослабление двигательной инициативы (с сохранением автоматических движений), негативистические реакции, органо-вегетативные нарушения и т. д. Барюку (совместно с Клодом) удалось также установить в мускулах кататоников наличие токов действия, аналогичных тем, которые, как показал Ионг, существуют при экспериментальной кататонии. Равным образом Барюк совместно с Бургиньоном установил сходные изменения мышечной хронаксии как у кататоников, так и при бульбокапниновой кататонии.

Ферраро и Баррера, подтвердив данные Ионга и Барука в отношении возможности вызвать бульбокапниновую кататонию, тем не менее настаивают, что эти нарушения являются моторными, а не психомоторными. В. С. Дерябин в своих интересных опытах на собаках изучал влияние бульбокапнина на пищевые условные рефлексы. В контексте наших исследований наибольшее значение имеет то установленное им положение, что от бульбокапнинового отравления высшие нервные процессы поражались в первую очередь и наиболее длительно. В опытах Дерябина, при отравлении бульбокапнином, процессы условного возбуждения нарушались при той дозировке, которая ещё не оказывала заметного влияния на моторную сферу и, соответственно этому, при сильных степенях отравления, условнорефлекторная деятельность позднее освобождалась от тормозящего действия яда, чем моторная.

Не вдаваясь в детали вопроса о бульбокапниновой кататонии, следует сказать, что кататоническое состояние удавалось вызывать не только бульбокапнином, но также при помощи целого ряда других химических веществ (мескалином, гашишем, сомнифеном, скопохлоралозой, окисью углерода и т. д.)

Злоупотребление различными наркотическими веществами создаёт как бы естественный эксперимент в отношении целой группы отравлений, однако, результат их непосредственного действия на психику наркоманов обычно ускользает от наблюдений врачей. Кроме того, однократные приёмы большинства наркотиков (в употребляемых дозах), как правило, не вызывают резких психопатологических нарушений, например галлюцинаций и т. д.

Атропин, окись углерода, бром-этил и т. д. хотя и вызывают галлюцинации и другие психопатологические явления, однако доступны для исследования их в указанном смысле только по мере накопления казуистики случайных отравлений, а не экспериментально. Тем не менее, время от времени описываются случаи подобных отравлений. Так, например, В. В. Шостакович имел возможность наблюдать у 8 больных галлюцинаторные явления, развивающиеся непосредственно после приёмов атропина. Преобладали зрительные галлюцинации, носившие динамический характер, иногда очень рельефно выступали явления микро- и макропсии; галлюцинаторные образы часто представлялись окрашенными в синий, зелёный, красный и другие цвета; наблюдалось изменение пространственных восприятий.

Как правило, более заметно и отлично влияние фармакологических веществ на психику душевнобольных. Многие вещества, индиферентные для здорового человека, приобретают в этих случаях способность вызывать или усиливать известные психопатологические явления или, наоборот, их устранять или уменьшать. Ещё Кандинский отмечал, что опий или экстракт индийской конопли вызывали у больного Долинина очень живые гипнагогические галлюцинации; от непосредственного действия спиртных напитков псевдогаллюцинации также исчезали, но зато на следующий день после опьянения становились особенно обильными и отчётливыми. В. П. Осипов указывает на случай появления галлюцинаций у расположенного к ним субъекта после приёмов бромурала; приёмы трионала, наоборот, подавляли галлюцинации. Тинель сообщает о случае с галлюцинаторным синдромом преследования и влияния, при котором после инъекции арсенобензола (в дозах от 0,15 до 0,6) голоса каждый раз исчезали на несколько часов и появлялись снова только на следующий день. Клод и Барюк приводят три случая с характерными припадками типа absence (с потерей сознания и последующей амнезией), автоматизм которых под влиянием медленно увеличиваемых доз гарденала и рутонала перешёл в психомоторный, без полной потери сознания и без амнезии. Сантенуаз при помощи атропина и адреналина в некоторых случаях купировал маниакальные приступы.

По наблюдениям Джиакомо у одного схизофреника с лёгкими кататоническими явлениями уретан вызвал резко выраженную кататонию, у другого же, без кататонических симптомов, введение уретана дало отрицательный результат. Крамер, замещая 50—60 куб. см ликвора стерильным 1% раствором бромистого натра, обрывал на несколько минут алкогольный делирий, который, однако, затем вновь появлялся и только через 12—15 часов прекращался совершенно. Согласно исследований, произведённых Е. А. По-

новым и Любарской, бромистые соли в определённой дозе (2,5) способны провоцировать резкое усиление галлюцинаций, возникших у одной больной после двусторонней глаукомы. Познанский, применяя однократно или повторно кофеин при алкогольных психозах и схизофрении, убедился, что это средство, при подборе соответствующей дозы, вызывает в ряде случаев полное устранение или значительное ослабление галлюцинаций.

Переходя к изложению литературных данных, касающихся применения гипноза при психических заболеваниях, следует прежде всего отметить, что возможность вызывать гипнотические состояния у душевнобольных, как совершенно правильно указывают Форель, В. П. Осипов, Гейер и другие, довольно ограничена. Соответственно этому, литературные сообщения о применении гипноза при психозах весьма скупы. Тем не менее, в отдельных случаях, особенно по миновании острых психотических явлений, некоторым гипнологам удавалось получать даже глубокие степени гипнотического сна, иногда комбинируя внушение с дачей снотворных веществ.

Гартманн и Шильдер, применяя нарко-гипноз (комбинируя внушение с дачей мединала и хлорал-гидрата) в 14 случаях прогрессивного паралича у 11 паралитиков получали гипноз в выраженной степени. Принимая во внимание, однако, наши фармако-суггестивные исследования, показывающие относительную независимость механизмов действия внушения и химических веществ, можно сомневаться, что в случаях Гартманна и Шильдера дело шло о глубоких степенях гипноза, а не об обычном наркотическом сне, с некоторыми, так сказать, гипнотическими наслоениями, зависящими от внушения как такового. По крайней мере, наши попытки получить гипноз у паралитиков (в периоде развития и стационарного состояния), без дачи наркотических средств, во всех случаях (10) дали отрицательный результат.

Консторуму, при помощи гипнотического внушения, удалось устранить у одного постпроцессуального схизофреника бредовую вспышку, что, впрочем, также требует проверки. Наоборот, Каудерс вызывал с помощью гипноза у постпроцессуальных схизофреников состояния двигательного беспокойства со спутанностью сознания, бредовыми идеями и галлюцинациями. Берингер проводил аналогичные гипнотические опыты при алкогольных отравлениях и получил у лиц с психопатологическими проявлениями в анамнезе специфические для последних реакции.

Хаймович, вызывая у алкоголиков (спустя 34—48 час. после окончания белой горячки) гипноз, наблюдал в периоде пробуждения кратковременное появление галлюцинаций. П. П. Подъяпольскому удалось при помощи гипнотического внушения разрушить амнезию припадочного состояния у одного эпилептика, причём

больной припомнил пережитые им галлюцинации устрашающего характера. Гейер и другие применяли внушение при нерезко выраженных формах маниакально-депрессивного психоза, причём в отдельных случаях удавалось получать неглубокий гипнотический сон, а также некоторое улучшение самочувствия.

Глава II

МЕТОДИКА

К несомненно положительным сторонам применяемого нами метода, который можно назвать методом фармако-гипнотических воздействий, относится, прежде всего, то, что он является активным способом изменения состояния больных, что результаты фармако-гипнотических воздействий на психотические явления всегда можно достаточно точно определить и, зная механизм и границы влияния провоцирующего фактора, сделать соответствующие выводы о патофизиологических и патопсихологических условиях возникновения того или иного психопатологического феномена.

Не случайно, конечно, нами взяты в качестве воздействующих факторов одновременно и фармакологические вещества и гипнотические внушения, так как первые способны вызывать безусловные рефлексы, тогда как вторые по механизму своего влияния приближаются, а может быть, как считает И. П. Павлов, и всецело совпадают с условными рефлексами.

Такое сочетание двух различных факторов, но при известных условиях использующих одни и те же или, по крайней мере, сходные пути воздействия на организм, позволяет более тонко, по сравнению с обычными наблюдениями, подойти к изучению структуры психозов, знание которой, как показал Бирнбаум, даёт возможность более глубоко оценить состояние больного как психопатологически, так и в отношении применения надлежащей терапии.

Но, разумеется, как в любой методике при фармако-гипнотических воздействиях на психотические явления, имеется ряд трудностей, на которых следует остановиться. Прежде всего, нередко встречаются значительные препятствия в осуществлении самой процедуры введения в организм душевнобольных тех или иных веществ. Как и при обычном лечении душевнобольных, мы сталкиваемся с негативистическими реакциями, с наличием бредовых идей и обманов чувств и другими психопатологическими проявлениями, которые мешают адэкватному отношению больных к проводимым исследованиям. Особенно часто отказываются больные от инъекций и от внутривенных вливаний. Ещё большие трудности, уже

чисто теоретического характера, возникают при оценке фармакологического действия вводимых в организм больных химических веществ. Между тем, только при этих условиях можно сделать известные заключения о патофизиологических механизмах, лежащих в основе или способствующих возникновению тех или иных изменений в психопатологических состояниях. Помимо того, что действие большинства веществ вообще с достаточной отчётливостью не выяснено, приходится считаться, по крайней мере, со следующими моментами: доза вводимого вещества, способ его введения, фазы его воздействия, влияние изменённой функции одного органа на другие, индивидуальные особенности данного организма, характер заболеваний и т. д.

Не меньшие трудности возникают и при применении гипнотического внушения у душевнобольных. Здесь, прежде всего, особенно ярко выступает различие между внушаемостью в широком смысле этого слова и способностью впадать в гипнотическое состояние как таковое. Белогорячечный больной, например, как известно, очень внушаем в отношении зрительных обманов чувств, но это вовсе не значит, что у него столь же легко можно вызвать гипнотический сон. С другой стороны, мы знаем, что многие лица, находящиеся в глубоком сомнамбулизме, очень плохо поддаются тем или иным, как лечебным, так и нетерапевтическим внушениям, особенно если последние идут наперекор аффективным установкам гипнотика. Ингвэрсон и Линберг производили исследование внушаемости душевнобольных при помощи видоизменённого обонятельного теста Binet-Henri: испытуемым предлагалось определить, какое пахучее вещество находится в 6 флаконах, из которых в действительности только 2 флакона содержали пахучее вещество. Внушаемыми оказались: психически-неполноценные в 86%; больные с органическим повреждением мозга в 64%; истерики в 48%; маниакально-депрессивные в 29%; схизофреники в 20%; астеники в 7%. Среди душевноздоровых процент внушаемости оказался равным 27.

Крепелин наблюдал иногда большую внушаемость при эпилептическом ступоре. Бумке отмечает, что идеи парафреников довольно аффективны и развиваются в безусловной зависимости от внушающих вопросов. В значительно меньшем проценте случаев, как мы видели выше (в литературном обзоре), удаётся получить у душевнобольных гипнотическое состояние. Поскольку, однако, наша задача состояла не в психотерапии психических заболеваний, а в производстве специальных клинико-экспериментальных исследований, этот момент, интересный в смысле понимания сущности внушения и гипноза, не имеет особого методического значения. Вся трудность гипнотических исследований в этом отношении заключалась только в том, чтобы подыскать действительно редкие случаи,

где при наличии несомненного психического заболевания, всё же возможно было получить выраженный гипнотический сон, а у некоторых больных и достаточный эффект от суггестивного воздействия.

Другой момент, осложняющий гипнотическую методику при душевных заболеваниях, связан с тем, что некоторые авторы (Гейер и др.) считают применение гипноза при известных психозах (например, при схизофрении) строго противопоказанным, ввиду возможности его патологической переработки. Как показывают, однако, наши исследования, эти опасения в значительной степени преувеличены. Схизофреники (а душевнобольные с другими психозами тем более), как правило, прекрасно отличают гипнотические внушения от испытываемых ими, например, галлюцинаторных явлений типа влияния и преследования и далеко не всегда склонны в связи с применением гипноза вовлекать врача в свой бред. В тех же случаях, когда это при наших исследованиях, до известной степени имело место, с больными устанавливался более глубокий, чаще тёплый контакт, возможно, даже содействующий улучшению их состояния.

Гораздо более трудно избежать известного субъективизма при оценке степени выраженности и качественных особенностей гипноза у душевнобольных. Несомненно, что гипноз у последних, особенно у схизофреников, как правило, протекает атипично, и развивающиеся в связи с процессом гипнотизации изменения в состоянии больных не всегда легко отличить от сноподобных или кататоноидных явлений. Весь ход гипноза принимает необычные формы. Так, например, описанная нами дальше (в главе о действии фармаковеществ и гипноза на психическое состояние схизофреников) схизофреничка после нескольких гипнотических сеансов стала спонтанно входить или выходить из гипноза, временами нарушался «раппорт», и больная почти не подчинялась внушениям или давала реакции, противоположные содержанию последних и т. д.

Но зато как раз в этих, так сказать, патологических формах гипноза, как мы увидим в дальнейшем, скрывается много интересных моментов, позволяющих лучше понять некоторые стороны в вопросе о сущности внушения и гипноза.

Разумеется, в зависимости от формы заболевания и особенностей случая, необходимо строго индивидуально подходить к процессу гипнотизации. Предварительный контакт с душевнобольными, конечно, желателен во всех случаях, так как от него в значительной степени зависит успех суггестивного воздействия.

Исключительно важный вопрос о механизме и границах действия гипнотического внушения требует специальных исследований и составит предмет рассмотрения следующей главы настоящей работы.

Глава III

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ И ЕГО ПРЕДЕЛЫ

Как совершенно правильно указывает Иолович, проблема о сущности внушения исторически развивалась таким образом, что одни авторы чрезвычайно расширяли границы внушения, другие, наоборот, были склонны резко ограничить это понятие путём исключения сходных, но всё же различных, психологических состояний. По весьма широкому определению Бернгейма внушение представляет собой акт, благодаря которому «идея ,вводится в мозг и усваивается последним». Равным образом, по мнению Штрауса суггестивный фактор является необходимой составной частью каждого отношения между людьми. Но уже Дюбуа, как мы полагаем, вполне основательно протестовал против стремления рассматривать любое психическое воздействие одного человека на другого как акт внушения. Целый ряд выдающихся гипнологов, независимо от взглядов и психотерапевтического метода Дюбуа, пытаются внести определённые ограничения в понятие о том, что такое внушение. По Молю, внушение есть такой процесс, при котором известное действие наступает при несоответствующих условиях, в силу того, что было возбуждено представление об его наступлении. Аналогичное определение внушения даёт Форель, но подчёркивает особенно действенное значение при внушении фантастических представлений. По П. Жанэ внушение характеризуется выпадением всех противоположных тенденций, оказывающих в норме контролирующее и регулирующее действие на поведение субъекта. По Дюпре внушение есть процесс, посредством которого один человек вызывает у другого торможение высших психических центров. По Куэ и Ш. Бодуэну, в основе всякого внушения лежит самовнушение. Внушение— это подсознательное осуществление представлений, или, иначе выражаясь, идея, которая в подсознании превращается в соответствующую действительность. По Бехтереву, внушение есть непосредственное привитие к психической сфере данного лица мыслей, эмоций и актов, помимо его «я».

Подтверждением этого более узкого понимания процесса внушения является также и то, что в настоящее время, как известно, существует целый ряд других методов психотерапии (катартический метод, психоанализ, так называемая психоортопедия и т. д.), воздействие которых было бы по меньшей мере рискованно свести только к механизму прямого или косвенного внушения.

Другой очень важный вопрос, который до некоторой степени имеет отношение к определению понятия о сущности внушения, состоит в следующем: нужно ли рассматривать «внушение» и гипноз

как нечто единое или же видеть в них два самостоятельные, хотя и связанные друг с другом, явления. Как известно, в своё время Бернгейм просто утверждал: «Гипноза нет, существует только внушение». Не менее категоричен Бабинский, который отвергает особенности гипноза и выражает своё мнение в виде краткого, но сильного «афоризма»: «гипноз—это фикция».

Другие гипнологи, в частности П. Жанэ, Филипс и Каннабих, напротив, полагают, что хотя два термина (внушение и гипноз) долгое время употреблялись как равнозначащие, между тем, по содержанию они не имеют ничего общего: «гипноз есть сноподобное состояние, а внушение—акт передачи какого-либо состояния одного человека другому, что имеет место на каждом шагу, совершенно независимо от гипноза» (Каннабих). Подтверждением подобной точки зрения может служить известный гипнологам факт, когда, с одной стороны, наблюдается глубокий гипноз с очень незначительной внушаемостью, с другой—существует массивная внушаемость без гипноза. Известно также, что гипноз иногда переходит в настоящий сон, что во время гипноза организм гипнотика реагирует иначе, чем в бодрствующем состоянии, на введение некоторых химических веществ, что ваготоническая конституция и дача снотворных веществ облегчает развитие более глубоких степеней гипнотического сна и т. д. Всё это свидетельствует о том, что гипноз представляет собой особое явление, не сводимое всецело к внушению, хотя и не может наступать без такового.

Для целей нашего исследования наибольшее значение имеет выяснение вопроса о действии внушения на соматику и установление пределов такового влияния. Как известно, физиолог Вебер сконструировал очень тонкий аппарат, позволяющий регистрировать отдельно изменения веса головы, рук и ног человека, находящегося в состоянии полного покоя. Побуждая субъекта концентрировать мысли на правой руке, он констатировал повышение веса этого члена. Повышение веса свидетельствует, по мнению Десфосса, о приливе крови, который подготовляет к движениям и к совершению мышечной работы. Следовательно, заключает он, «одна мысль возможного движения, одна идея, направленная на часть тела, в состоянии изменить кровоснабжение».

Несравненно, ещё более демонстративно сказывается на соматике влияние гипнотического внушения. Не касаясь во всём объёме обширной литературы по этому вопросу, которую можно найти в трудах Шварца, Гейера, Платонова и других авторов, остановимся только на некоторых основных данных. В настоящее время имеется ряд неоспоримых исследований, доказывающих возможность вызывать при помощи гипнотического внушения вазомоторные расстройства, влиять на секрецию, обмен веществ,

360002

Государственная Научная Медицинск. библиотека

температуру тела, на деятельность сердца и дыхание, на рефлекторные акты, хронаксию

Ещё в 1884 г. аптекарь в Шарме Фокахон достиг образования пузырей, как от ожога, тем, что прилепил к левому плечу гипнотизируемого почтовые марки, внушая, что прилепил нарывной пластырь. Жендрассик и Крафт-Эбинг вызывали у одной истерички ожоги, нажимая на кожу каким-нибудь предметом и внушая, что она обожжена. Бернгейм и Дюмонпалье получили красноту от мнимых горчичников. Внушённые ожоги (первой и второй степени) получили также Форель, Бехтерев, Констамм, Геллер, Шульц, П. П. Подъяпольский, Смирнов и др. Последнее время (1926) Финне удалось (с соблюдением всех контрольных предосторожностей) также вызвать внушённый волдырь (ожог второй степени). Бахтиаров, при столь же тщательном выполнении эксперимента, вызвал при помощи внушения в глубоком гипнотическом сне синяк от мнимого удара.

Ряд гипнологов, например, Льебо, Брунберг, Сперлинг и др., соответствующими внушениями провоцировали, или, наоборот, останавливали месячные, или кровотечения из матки. Буррю, Бюро и др. вызывали внушением кровотечение. Шарко удалось путём внушения вызвать так называемый синий отёк истеричных, хотя возможность этого некоторыми гипнологами отрицается. О чрезвычайно интересных опытах сообщает Зайцев, которые он проделал у 38-летней больной с невполне выясненным диагнозом, но с психотическими явлениями. У этой больной наблюдался ряд вегетативных расстройств трофического характера (по автору)—высыпи, мелкие кожные кровотечения, отёки век, пузыри, наполненные серозным и кровянистым содержимым. Убедившись в психогенном происхождении означенных явлений, автор сам, путём внушения в гипнозе («в состоянии слабой стадии Шарко»), вызывает на определённых местах кожи образование пузырей, наполненных кровянистой жидкостью, а также сыпи.

Шильдер считает, что даже Herpes labialis может возникнуть благодаря гипнотическому внушению.

Как указывает Ш. Бодуэн, в кантоне Waudt в Швейцарии, где практикует особенно много шарлатанов, существуют самые невероятные способы вызывания и устранения бородавок, основанные, по его мнению, на использовании самовнушения. В СССР Картамышев в течение ряда лет с успехом применяет гипноз в дерматологии.

О влиянии гипнотического внушения на отделительные процессы имеются сравнительно скудные материалы. Бюро указывает на возможность вызывать внушением отделение слюны, Бот—испарины, а Рише—эрекции с отхождением семени. Внушением гипнотику представления о том, что он нюхает лук, вызывали выделение

слёз; аналогичный эффект достигался и путём внушения гипнотику соответствующего аффективного состояния печали, тоски и т. д. Процессы отделения молока, мочи, желудочного, панкреатического и кишечного соков, как оказалось, также подвластны влиянию внушения. Стейер в 1921 г., внушая гипнотику приём различных питательных средств (молока, бульона, хлеба) и исследуя во время гипноза желудочный сок через постоянный зонд, мог совершенно точно констатировать различные кривые желудочного сока. Делгун и Ганзен показали, что при внушении приёма определённой пищи выделяется желудочный и специфический секрет соответственно качеству пищи. Так, если внушать гипнотику приём белковой пищи, то происходит подъём пепсина и трипсина, при покое остальных ферментов.

При интересных опытах Левина оказалось, что при внушении в гипнозе у ребёнка выделяется бо́льшее количество капель слюны, чем в бодрствующем состоянии. Так, в опыте, который Левин демонстрировал И. П. Павлову, при внушении в бодрствующем состоянии выделялось 12 капель, а при том же внушении в гипнозе выделялось 28 капель. Не менее интересны исследования, пока сравнительно немногочисленные, о влиянии внушения на обмен веществ. Граф, исследуя троих субъектов, которым в гипнозе внушались тяжёлые депрессивные переживания, нашёл, что основной обмен веществ повысился на 25%; радостные внушения оказывали незначительное влияние. Деуч вызывал в гипнозе различные аффекты и исследовал при этом обмен веществ. Он нашёл, что влияние аффектов в общем сказывается только в умеренной степени и у различных субъектов протекает в аналогичной форме. Переживания, действующие шокоподобно, обусловливают снижение основного обмена.

Долин, Минкер-Богданова и Поваринский установили, что при словесном внушении о принятии сахара наблюдается повышение сахара крови, которое сопровождается косвенными изменениями со стороны жирового и солевого обмена.

Температура тела также доступна влиянию гипнотического внушения. Дюмонпалье получил при помощи внушения местное повышение температуры до 3°. Крафт-Эбингу удалось посредством словесного внушения вызвать у истерички Ильмы Сцандор колебание температуры в пределах от 36° до 37°. Интересны также опыты Мареса и Гелиха, которые неоднократно вызывали понижение температуры с 37° до 34,5°, причём перемена температуры обусловливалась не прямым внушением, а внушением утраты у гипнотизируемого чувства холода и тепла.

Имеются также многочисленные наблюдения о влиянии на деятельность сердца, кровяное давление и дыхание. Алтенбургер и Кроль показали, что при помощи внушения можно повысить или

уменьшить на степень поддающуюся измерению хронаксию ретины, но это возможно достигнуть лишь при условии, если органо-вегетативный участок между корой и периферией остаётся неповреждённым в функциональном отношении. Мург считает возможным внушением через посредство органо-вегетативной системы вызвать у гипнотика истинные галлюцинации.

После этих кратких литературных сведений, объём которых можно было значительно расширить, перейдём к сообщению наших собственных наблюдений.

Дело касается одного 30-летнего фельдшера, страдающего травматическим неврозом после перенесённой в 1917 г. контузии[1]. Каждое сильное душевное потрясение реактивно вызывало у этого больного более или менее длительное истерическое сумеречное состояние с последующей амнезией. В Томскую психиатрическую лечебницу, где он и наблюдался, больной поступил 21 марта 1926 г. как испытуемый, в сумеречном состоянии, с явлениями так называемого Ганзеровского синдрома. Обвинялся в фабрикации фальшивых денег, имелась налицо угроза применения к нему высшей меры наказания. В анамнезе больного отмечается: алкогольное отягощение (по линии отца); неустойчивый, слабовольный характер со склонностью давать истерические реакции даже на небольшие, неприятно окрашенные переживания; попытки к нюханию кокаина и злоупотребление алкоголем. Со стороны нервной системы—при отсутствии очаговых симптомов—имелась полная анестезия всей кожи тела, кроме небольшого участка на передней поверхности бедра левой ноги (чувствительность на бедре появилась лишь после укуса этого места пчёлами). Резко выраженная внушаемость: во всех случаях применения внушения получался глубокий гипнотический сон (сомнамбулизм) с последующей амнезией и постгипнотическими явлениями.

При наличии столь благодарного случая для гипнотического эксперимента вполне естественно возник вопрос—нельзя ли использовать его для выяснения влияния внушения на соматику, в частности в смысле возможности вызвать искусственный ожог. В то время только два пункта в методике вызывания подобных явлений были для меня известны: это указание Подъяпольского на то, что «волдырь от мнимого ожога, повидимому, вызывается только тогда, когда подобный процесс был испытан в действительности ранее», а также важность наличия сомнамбулизма как optimum'a состояния при внушении. У больного, находящегося в сумеречном сознании, в состоянии гипноза было выяснено, что он перенёс в жизни только один ожог от огня на большом пальце правой руки.

Опыт № 1 (4/VI 1926 г. в 11 ч. 45 м. утра). Воспользовавшись этим обстоятельством, я взял слегка запачканную чернилами крышку от чернильницы и ее головкой в месте, свободном от анестезии (на передней поверхности бедра левой ноги) сделал последовательно один рядом с другим два лёгких надавливания со словами: «Сейчас я зажёг огонь и прикасаюсь его пламенем; неминуемо образуется такой же пузырь, какой образовался при ожоге пальца». Больной тотчас же произвёл ряд защитных движений, на глазах появились слёзы, лицо покраснело. Пробуждённый, он начал жаловаться на сильную боль. Был снова усыплён с внушением, что боль почти

---

[1] В клиническом отношении этот случай более подробно описан нами в статье «К вопросу о синдроме Ганзера». Советская психоневрология, № 5, 1928.

прошла, после чего больной успокоился. Полного исключения болезненности не было сделано из опасения задержки в образовании пузыря. Больного отправили на койку. Он лёг, находясь попрежнему в сумеречном состоянии.

В 5 ч. 30 м. вечера я увидел несколько выше места прикосновения один волдырь величиной, примерно, 0,5×0,25 см, наполненный серозной жидкостью, а рядом другой, содранный, такой же величины, оба окружённые поясом неправильной формы покраснения и ясно выраженной припухлостью кожи. Входя в кабинет, больной прихрамывал на левую ногу и жаловался, что она сильно болит. Быстрое усыпление с внушением, что боль прекратилась, вернуло больному его радостное, эйфорическое настроение.

Так как условия эксперимента не могли с полной уверенностью исключить, несмотря на сумеречное состояние больного, возможность подсознательной симуляции, то 17 апреля эксперимент с вызыванием мнимого ожога был повторен.

Опыт № 2. В 6 ч. 30 м. вечера больной был усыплён: сомнамбулизм; формулировка внушения прежняя, но добавлено, что боль будет очень сильной. Оставлен в состоянии гипноза. Дежурю, не отходя ни на минуту около больного. В 8 ч. 40 м. на месте ожога появилась незначительная краснота отдельными точками, которые, постепенно расширяясь, заняли место, примерно, 0,75×0,5 см, приблизительно в местах прикосновения. Вскоре больной разбужен. (Больной до и после гипноза находился в ясном сознании). На следующее утро можно было констатировать вполне отчётливую гиперемию, однако, волдырей не образовалось. 20/IV в области ожогов появилась тёмная пигментация, которая осталась до самой выписки больного из лечебницы (21/VIII 1926 г.). Больной уверен в том, что у него начал образовываться пролежень.

Опыт № 3. Третий опыт был произведён при аналогичных условиях (в присутствии д-ра Смирнова Б. П.) с той только разницей, что был внушён ожог не только на передней поверхности бедра левой ноги, но также и на соответствующем участке кожи правого бедра. Результат опыта: слева—как бы явления ожога первой степени в виде красноты, припухания и боли в месте прикосновения к коже; справа—каких-либо изменений в состоянии кожи не отмечено.

Опыт № 4. 1/V в 11 ч. 45 м. утра больной был снова усыплён: сомнамбулизм. В качестве объекта «приложения» внушения взято то же место на левом бедре, но формулировка внушения уже иная. Внушено, что экспериментируемый находится на пожаре, стремится подойти к огню возможно ближе, вдруг крыша дома обваливается, взлетает целый вихрь пламени, искр, головней; народ, а вместе с ним и он, бежит в сильном волнении в сторону (аффективный момент), и в это время на его ногу падает два раскалённых угля (фактически слегка касаюсь в двух точках к коже ноги). Тотчас у испытуемого возникает резкая боль в ноге. Запрещено дотрагиваться до места ожога. По пробуждении жалуется на интенсивную боль в ноге и на частые позывы к мочеиспусканию. Около 6 час. вечера у больного образовались, не совсем точно в местах прикосновения, два волдыря—один продолговатый, величиною, примерно, 1,5×0,5 см, другой круглый, величиною около 0,5×0,5 см; оба резко выступающие над уровнем окружающей кожи, с ровными краями. (Место ожога зафотографировано).

Перейдём теперь к двум опытам вызывания мнимого обмораживания,—относящегося, конечно, также к группе вазомоторных расстройств и, насколько мне известно, не описанного прежними экспериментаторами. Следуя первоначальному методу, я постарался в первую очередь узнать—перенёс ли мой пациент обмораживание в действительности. Как оказалось, ему не раз приходилось ознабливать уши, но обмораживание всегда ограничивалось только краснотой, опуханием и небольшой болью (первая степень).

Опыт № 5. 28/IV 12 ч. 5 м. дня. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. В состоянии гипноза больному сделано внушение, что он, отправившись зимой в лес за дровами, обморозил себе уши. 29 апреля. Уши резко опухшие, покрасневшие, особенно правое. Ощущает небольшую боль в ушах, особенно при прикосновении. К вечеру опухание и прочие явления несколько уменьшились. 30 апреля. «Воспалительные явления» в ушах постепенно уменьшаются, имеются незначительные болезненные ощущения.

Опыт № 6. 15/VII 1 ч. 30 м. дня. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Больному снова было сделано внушение, что он обморозил оба уха и кожу передней поверхности бедра левой ноги. На этот раз больной оставлен в гипнотическом состоянии до образования явлений мнимого обмораживания. Установлено непрерывное наблюдение. Появление покраснения ушей и кожи на ноге отмечено в 4 ч. 30 м. дня. В 6 час. вечера отмечается вполне выраженное покраснение и опухание обоих ушей, особенно левого, закрытого марлей. Больной всё это время ушами к подушке не прикасался, равно и не притрагивался к ним руками. Вскоре был разбужен; жалобы на жжение и боль в ушах. Больной до и после гипноза находится в сумеречном состоянии. Около 10 час. вечера снова усыплён: внушено, что правое ухо смазано жиром и к утру следующего дня будет совершенно здоровым; левое же ещё сильнее станет болеть, краснеть и опухать. 16 июля. Пришёл в сознание; говорит, что ничего не помнит с воскресения (12 июля), жалуется на боль в левом ухе и ноге; левое ухо распухшее, покрасневшее, правое—почти в нормальном состоянии; на ноге—припухлость, краснота.

18 июля. Левое ухо—краснота, припухлость и боль. Правое в норме. На ноге краснота и припухлость исчезли; небольшая боль. Кожа на ноге в месте бывшего опухания и в окружности явственно синюшного цвета. Размер поля 4,5×3,0 см. Сам больной это явление объясняет возможным ушибом во время болезни. Говорит, что картина очень похожа на почернение, которое бывает при обмораживании второй степени и которое он неоднократно наблюдал во время своей фельдшерской работы.

17 июля утром у больного сильно распухли концевые фаланги обеих рук, болезненных ощущений нет; боится, что началась лейкемия, которая приведёт к смертельному исходу; он помнит, такие же явления наблюдались у него и ранее, всегда совпадая с ухудшением состояния.

Вечером сумеречное состояние.

Опыт № 7. 18 июля. В 12 час. дня ввиду подозрения на психогенное происхождение отёков больной усыплён; внушено: исчезновение к утру следующего дня отёков на концевых фалангах правой руки и появление таковых на средних фалангах левой руки. В 7 час. вечера явственно заметно уменьшение припухлости на концевых фалангах правой руки и увеличение таковой на концевых фалангах левой руки.

19 июля. Концевые фаланги на левой руке резко опухшие и покрасневшие; средние фаланги—слегка. На концевых фалангах правой руки покраснения нет; припухлость меньше. В 7 час. вечера внушено (в состоянии гипноза) распространение опухания на всю левую руку.

Размеры рук следующие (до внушения): плечо=24 см, предплечье около локтя=25 см, предплечье около кисти=17 см, предплечье на 12 см выше proc. styl. uln.=22 см.

20 июля. В 10 час. утра жалуется, что левая рука опухает, покрылась красными пятнами. Объективно—на левом предплечье рассеяны в небольшом количестве красные пятна размером, примерно, с серебряный пятачок.

22 июля. В 11 ч. 45 м. утра усыплён; внушено: увеличение левой руки вдвое по сравнению с правой рукой, а также появление на ней синюшнего окрашивания и твёрдости кожи; приказано не обращать внимания на «флегмону» и отнюдь не делать никаких попыток применения той или иной «терапии». При измерении рук вечером (примерно, около 7 час.) установ-

лено: размер правой руки без перемен (см. выше); левая рука: плечо=24 см, предплечье около локтя=25 см, предплечье около кисти=18 см (вместо 17 см) на 12 см выше proc. styl. ulnae=23 см (вместо 22 см). Левая рука, по сравнению с правой, наощупь более плотной консистенции.

24 июля. Сумеречное состояние. Рука без изменения.

25 июля. На руке опухание стало меньше. Встречается противодействие со стороны больного подвергнуть его внушению.

26 июля. Усыплён; внушено прекращение болезненного состояния. По пробуждению больной пришёл в сознание; начал сильно плакать от мысли, что не помнит, как попал в кабинет; спросил, какой день, число.

27 июля. В 12 ч. 30 м. дня усыплён; внушено дальнейшее развитие явлений «флегмоны»: припухания, красноты, затвердения, боли, повышения температуры.

В 6 час. вечера—левая рука очень опухшая, багрово-синюшного цвета, при проведении по коже пальцем остаётся белая полоса; больной жалуется на сильную боль в руке, температура 37,5 (утром была 36,5). Размер руки: объём предплечья около кисти—18 см (вместо 17 см); выше на 3 см—19 см; остальные размеры без изменения. Больной демонстрирован конференции врачей.

29 июля. Сумеречное состояние. Рука почти в нормальном состоянии; имеется только едва заметное припухание.

Из дальнейших экспериментов, произведённых мною, остановим внимание на опытах вызывания высыпи и изменения температуры тела.

Опыт № 8. 4 августа. В 12 ч. 30 м. дня, пользуясь тем, что у больного имелись на лице acne vulgaris, сделано в состоянии гипноза внушение, что таковые распространились по всему телу.

В 1 ч. 40 м. больной прибежал в кабинет с жалобами, что по всему телу стала появляться какая-то сыпь, при образовании которой ощущается лёгкий зуд, вскоре исчезающий. Раньше у него была такая сыпь, но только на груди. Озабочен этим обстоятельством.

6 ч. 15 м. вечера. Жалуется на головокружение. По всему телу рассеяна мелкая красная сыпь, бледнеющая при надавливании. При появлении розеол больной ощущает небольшой зуд.

Опыт № 9. 19/V. В 8 час. вечера больному, находящемуся в гипнотическом состоянии, было сделано внушение, что его правая рука помещена в сосуд с тёплой водой, примерно 50°, а левая рука в воду с температурой в 12°. Минут через 15—20 можно было явственно чувствовать наощупь, что кисть и предплечье, особенно с ладонной стороны (сосуды) правой руки теплее соответствующих частей левой руки. Указанную разницу, кроме меня, вполне отчётливо ощущал присутствующий при опыте д-р Б. П. Смирнов.

Опыт № 10. В состоянии гипноза больному было сделано внушение, что он, искупавшись в реке, почувствовал озноб, недомогание и жар в голове, короче—заболел лихорадкой.

11 ч.	дня	до	внушения	температура	под левой мышкой	—36,2°
11,5	„	после	„	„	„ „	—36,7°
11 ч. 50 м.		„	„	„	„ „	—36,9°
12½ ч.		„	„	„	„ „	—37,3°
12 ч. 40 м.		„	„	„	правой „	—36,7°
12 ч. 50 м.		„	„	„	левой „	—37,1°
1 ч. 25 м.		„	„	„	„ „	—36,7°
1 ч. 35 м.		„	„	(кожа стала потной)		„ —36,6°

(На заданный в гипнозе вопрос о самочувствии, ответил, что стало холодно)

1 ч. 45 м.	после	внушения температура под левой мышкой	—36,4°
2 ч.	»	»	» —36,0°
2 ч. 10 м.	»	»	» —36,1°

Разбужен, самочувствие хорошее.

Прежде чем перейти к объяснению вышеизложенных опытов, конечно, необходимо задаться вопросом, насколько достоверны сами наблюдаемые факты. Не было ли здесь сознательно или подсознательно обмана со стороны экспериментируемого.

Лично у меня нет сомнения в этом отношении, так как: 1) на моих глазах образовались в одном случае ожог первой степени, в другом—высыпь, причём наблюдение за экспериментируемым было самое внимательное; 2) экспериментируемый при совершении многих опытов находился в сумеречном состоянии; 3) было трудно, почти невозможно, вызвать с целью обмана такие разнообразные явления, как ожог, обмораживание, отёк, образование сыпи и т. д., тем более в обстановке психиатрической больницы и при специальном наблюдении и 4) было невозможно симулировать изменения температуры тела во время опыта. (Попыток со стороны экспериментируемого тереть термометр при помощи движения руки в плечевом суставе отмечено не было).

Систематизируя описанные нами выше явления, обусловленные, несомненно, действием гипнотического внушения на органо-вегетативную систему, мы должны их в основном помимо температурных изменений отнести к группе вазомоторных расстройств.

Пигментация, наступившая спустя некоторое время (дня через 2—3) в местах бывших ожогов, хотя и относится к группе трофических нарушений, однако является несомненно вторичной и не связана с непосредственным действием гипнотического внушения.

Перейдём теперь к анализу этих явлений.

Прежде всего наши эксперименты, как и многочисленные исследования вышеприведённых авторов, лишний раз подтверждают, что мы можем при определённых условиях, которые мы попытаемся сейчас установить, путём гипнотического внушения вызвать целый ряд морфологических изменений в теле.

При разборе нервно-психического состояния нашего больного, обращает на себя внимание, что он относится к группе психопатических личностей со склонностью к истерическим реакциям и вегетативным расстройствам, возникающим в связи с острыми аффективными переживаниями. Следовательно, в самой конституции больного заложена «рефлекторная готовность», по выражению Кречмера, к вегетативно-инстинктивным реакциям, которые только пускаются в ход при помощи гипнотического внушения.

Подобное понимание согласуется со взглядами Мурга, который считает, что истинные галлюцинации могут быть обусловлены не только интоксикацией, но психической травмой и гипнотическим внушением, так как последние, при известных условиях, оказывают своё влияние через органо-вегетативную систему, через «сферу инстинкта».

Как мы убедимся ниже, в этих случаях гипнотическое внушение по механизму своего действия приближается к условному рефлексу.

Интересно, что и в вышеприведённом случае Зайцева, который вызывал внушением пузыри с серозным и кровянистым содержимым, больная страдала каким-то заболеванием, видимо истерического характера, с явлениями вегетативного расстройства.

Во всех случаях мы вызывали внушением только те явления, которые были испытаны экспериментируемым ранее в действительности или как симптом какого-то лихорадочного состояния (общее изменение температуры), или в качестве нервно-сосудистой реакции организма на термические раздражители (ожог, обмораживание, местное повышение температуры). Что касается отёка и высыпи, то таковые были вызваны, как упоминалось выше, путём «распространения» имеющихся у больного отёка и acne vulgaris, на новые участки тела.

И даже, возможно, нельзя объяснить случайностью, что нам удавалось вызывать ожог второй степени, а обмораживание только первой степени. Опрос больного, как мы видели выше, показал, что в жизни ему приходилось обжигать палец до образования пузыря, а обмораживать уши только до покраснения. П. П. Подъяпольский, как мы уже упоминали, давно высказывает мысль, что внушением можно вызвать только те изменения, которые раньше запечатлелись в мозгу, благодаря личному опыту.

Менее понятен, с точки зрения механизма условного рефлекса, тот установленный нами и другими гипнологами факт, что раз то или иное явление было испытано организмом, то таковое может быть вызвано внушением не только в реактивном месте, но также и в других частях тела. Впрочем, это «перенесение» возможно, повидимому, только в пределах одной ткани. Во всяком случае, мы имеем лишь факты такого рода. В нашем случае экспериментируемый, по его словам, имел за всю свою жизнь только один ожог от огня на большом пальце правой руки; мы же, как известно, вызывали мнимый ожог на передней поверхности левого бедра; обмораживание вызывалось, как в этом месте, так и в «реактивном», т. е. на ушах; отёк был «распространён» с концевых фаланг на всю руку. Равным образом и сыпь была «перенесена» с областей, занятых acne vulgaris, на другие части тела.

Эти очень интересные факты, как мы полагаем, могут быть объяснены тем вероятным допущением, что вазомоторы, подобно кожной протопатической чувствительности, дают, при раздражении их нервных окончаний, общую диффузную вегетативную реакцию, которая не может быть локализирована, т. е. отнесена к определённому участку пространства. И только при участии эпикритической чувствительности, т. е. когда при гипнологическом эксперименте мы дотрагиваемся до определённого участка кожи, в этом месте развиваются те или другие вазомоторные расстройства, хотя реально, в личном опыте данного субъекта, они были испытаны в другом участке кожи. Это напоминает известный опыт Геда, у которого при раздражении участка кожи с чисто протопатической чувствительностью боль проецировалась не туда, где происходил укол, а туда, где касались ваткой или волоском. Возможно, однако, что подобные факты можно объяснить эффекторной генерализацией условного рефлекса. Следует, однако, отметить, как в наших опытах, так и в экспериментах других авторов (в частности, П. П. Подъяпольского), что место мнимого ожога не всегда точно совпадает с местом прикосновения к коже. Вполне вероятно, что причина этого явления заключается в том, что и при тактильной чувствительности не происходит абсолютно точной локализации места раздражения, а возможны незначительные смещения, размеры которых, как известно, колеблются на различных участках кожи.

Наблюдаемое иногда при повторных опытах покраснение кожи в местах прежних ожогов следует, повидимому, объяснить общей тенденцией нервного возбуждения, в частности и при условных рефлексах, итти по старым, «проторённым» путям, что мешает быстрому и полному переключению на новую систему физиологических отношений.

Кроме того, несомненно, что новое внушение в силу ассоциативных связей не может не дать известного резонанса в отношении прежних аналогичных внушений, пробуждение которых, естественно, сопровождается и соответствующими физиологическими эффектами («интерференция двух внушений» по П. П. Подъяпольскому).

Как показывают наши опыты № 1—3, попытка получить внушённые ожоги повторно наталкивается на всё большие и большие трудности и не всегда удаётся в полной мере (например, вместо волдыря появляется только покраснение кожи). С таким затруднением мы сталкивались и в других аналогичных случаях; оно отмечено также Ганзеном и некоторыми другими гипнологами. Ганзен, основываясь на своих исследованиях, произведённых им совместно с Делгуном и Гесслером, а также на опытах Гейера с

внушёнными температурными колебаниями и отделением желудочного сока, приходит к совершенно определённому выводу, что после нескольких повторных внушений их действие исчерпывается, если они время от времени не заменяются настоящими раздражителями. Следовательно, мы здесь сталкиваемся с механизмом, сходным с угашением неподкрепляемых условных рефлексов.

Среди других многочисленных условий этот момент при опытах с вызыванием внушённых соматических нарушений должен всегда учитываться экспериментатором-гипнологом, дабы не оказаться несостоятельным там, где возможно предусмотреть и заранее устранить источник неудачи.

В опытах с вызыванием мнимого ожога мы убедились также и в том, что положительный результат опыта зависит от внесения в формулу внушения всего комплекса ощущений, возникающих при действительном ожоге, а также создания известного эмоционального напряжения у испытуемого. В опыте № 3 попытка получить внушённый ожог на анестезированном участке кожи дала отрицательный результат. В опыте № 4, где мы, напротив, вызвали одновременно и интенсивные болевые ощущения, и напряжённое эмоциональное состояние, нам вновь, как в опыте № 1, удалось получить два внушённых ожога второй степени.

Роль эмотивного состояния, как момента, благоприятного для внедрения идеи, приобретающей особенно интенсивный характер, отмечалась многими гипнологами. Мой уважаемый учитель, П. П. Подъяпольский, всегда не забывал указывать на это обстоятельство: эмоция, по его словам,—гипноидное состояние, закрепитель идеи.

Несомненно, боль и эмоциональное волнение (в опыте № 4 преимущественно чувство страха) не могли не сопровождаться определёнными вегетативными сдвигами, выражающимися клинически у испытуемого в опыте № 4, в частности, в повышенных позывах к мочеиспусканию.

При анализе наших опытов, обращает на себя внимание длительность промежутков времени от момента внушения до момента образования объективно констатируемого изменения в соматическом состоянии организма. «Инкубационный период» при этих условиях, несомненно, может обнаруживать довольно значительные колебания, которые зависят от многих факторов: формулировки внушения, характера вызываемого процесса, производится ли внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии, от индивидуальных особенностей испытуемого и т. д.

Если говорить о роли характера процесса, вызываемого внушением, то очевидно, что ожог первой степени образуется скорее, при прочих равных условиях, чем ожог второй степени.

В опыте № 2 внушение ожога было сделано в 6 ч. 30 м. вечера, а в 8 ч. 40 м. уже была обнаружена незначительная краснота отдельными точками, т. е. скрытый период был равен 2 ч. 10 м.; в опыте № 1 (ожог второй степени) этот период был равен 5 часам; при обмораживании (опыт № 6)—инкубационный период равнялся 3 часам, в другом опыте (№ 5)—6 часам; при отеке (опыт № 7)—около 6 час.; при высыпи (опыт № 8)—около 1 часа.

Как известно, и при действительном ожоге объективные признаки такового обычно наступают не сразу после действия термического раздражителя, а иногда спустя несколько часов. Тем более это касается обмораживания, при котором явления гиперемии наступают только через некоторое время после того, как перестал действовать термический раздражитель, когда орган, подвергнувшийся действию холода, уже находится в достаточно тёплой среде

При анализе полученных при помощи внушения соматических изменений нельзя не упомянуть о тёмных пигментациях, появившихся на местах бывших внушённых ожогов и сохранившихся в течение 4 месяцев. Форель также отмечает в одном случае образование бурой пигментации после мнимого ожога, ещё вполне отчётливой через 7 недель после опыта. Эти факты показывают, насколько тесно связаны трофические функции кожи с изменением деятельности вазомоторов, вызывающих при определённых условиях нарушение кровообращения in loco. Зная роль вегетативной нервной системы в отношении трофической и сосудистой регуляции, возможность образования только-что описанных пигментаций становится вполне понятной.

Таким образом подход к действию внушения на соматику с физиологической точки зрения, даже при наличии известных затруднений в деталях, является как-будто наиболее убедительным и заставляет нас поставить вопрос, насколько механизм гипнотического внушения сводим к механизму условного рефлекса и каковы пределы его воздействия на организм человека. Как известно, И. П. Павлов рассматривает сон как один из видов внутреннего торможения. Гипноз, по его мнению, также имеет в своей основе процесс внутреннего торможения и отличается от сна лишь ограниченностью в распространении тормозного процесса. Незаторможённый участок мозговой коры обеспечивает так называемый гипнотический «раппорт». С этой точки зрения внушение является «типичным условным рефлексом», а гипнотизирование сводится к вызыванию сна путём применения условных снотворных раздражителей.

П. П. Подъяпольский совершенно определённо причисляет к группе условных рефлексов как получение пузыря от мнимого ожога, так и психогенную гипертермию, метроррагию и т. д.

Некоторые гипнологи, например Платонов, считают, что всякое внушение осуществляется по механизму условного рефлекса, вне зависимости от того, в какой области (психической или соматической) и при каких условиях оно возникает. Мы лично в основном согласны с правомерностью подобной точки зрения только для понимания, если так можно выразиться, соматического гипноза, а не в качестве общей теории о сущности внушения и гипноза. Причины такого ограничения в возможности полного сведе́ния внушения к механизму условного рефлекса нами будут изложены позже.

Продолжая физиологический анализ произведённых нами гипнотических опытов, мы не можем оставить без внимания тот факт, установленный ещё работами школы Бехтерева (Цитовичем), что сосудисто-двигательные рефлексы могут быть как безусловными, так и условными и что последние характеризуются теми же признаками, как и вообще все условные рефлексы.

Но раз это так, то мы должны по возможности разрешить вопрос: где же, в каких отделах нервной системы залегает дуга безусловного и условного рефлексов, какой процесс следует отнести за счёт безусловного рефлекса и что действует в качестве условного раздражителя.

При образовании действительного ожога мы прежде всего должны отметить чисто местный процесс, связанный с нанесением известной травмы коже, обусловливающий, при достаточной силе раздражения, некроз эпидермиса и вызывающий, благодаря изменению осмотического давления, выхождение плазмы сквозь стенки сосудов. Есть основания думать, что действие ожога не ограничивается лишь сферой чисто местного процесса, но что в реакцию вовлекается соответствующий спинальный сегмент и при известных условиях дуга сосудисто-двигательного рефлекса может пройти и через кору головного мозга. Во всяком случае, многие невропатологи давно (например, ещё Даркшевич) склонны были там локализировать центральные невроны вазомоторов и даже с опредёленностью указывали на двигательный отдел мозговой коры. В настоящее время Быков и его школа показали, что в порядке условного рефлекса возможно влиять, в сущности, на все органы. Доказана кортикальная иннервация таких процессов, как мочеотделение, желчеотделение, движение селезёнки и пр. В отношении сосудистых реакций корковое представительство помимо Цитовича, установлено также Роговым и Пшенником из лаборатории проф. Быкова.

В качестве условных раздражителей при вызванных нами внушенных ожогах и обмораживаниях могли действовать, вероят-

но, только два: словесное и тактильное, причем первое определялось чисто звуковой (фонетической) частью слова, а второе вызывалось прикосновением к коже при гипнотических опытах, что, однако, имело место не во всех случаях.

Таким образом, переходя к наиболее трудному вопросу о сущности внушения, о механизме и пределах его действия, мы, на основании вышеизложенного, должны считать, что внушение, при известных обстоятельствах, может действовать по механизму условного рефлекса. В этом смысле внушение, как всякий условный рефлекс, развивается на основе безусловного рефлекса; может дать лишь такие формы реакции, которые в качестве эффекторной части безусловного рефлекса имели место в индивидуальном опыте данного человека; угасает при многократных его повторениях, если при этом время от времени не производится реального раздражения; действуя через вегетативную нервную систему, в состоянии влиять одновременно и на соматику и на психику и т. д.

Но исчерпывается ли этим сущность внушения в широком смысле этого слова, который детерминирован всем историческим развитием учения по этому вопросу. Мы полагаем, что нет. Ведь при процессе гипнотизации у человека мы пользуемся словесным внушением, а слово является сложным образованием: не только звуковым раздражителем, но и носителем определенного смысла (Выгодский и др.), т. е. в нём, кроме фонетической части, содержится ещё и семантическая. Эта смысловая часть слова, несомненно, действует относительно независимо от чисто звуковой (способной при некоторых обстоятельствах, как показали Платонов и другие, быть условным раздражителем) и через воображение и кататимическую аффективность обеспечивает определённый тип психического влияния одного человека на другого.

Исходя из подобных взглядов (которые мы попытаемся сейчас развить дальше), Каннабих считает, что все гипнозогенные факторы, в том числе монотонные раздражения, действуют не сами по себе, а приобретаемым смыслом в сознании гипнотика; сами же по себе монотонные раздражения вызывают физиологический сон, а не гипноз.

До известной степени аналогичные взгляды высказывает Бенусси, по мнению которого, чтобы внушение оказалось успешным, необходимо существование суггестивных представлений. Таковые заключаются в особой психической установке субъекта, что он благодаря применению известных приёмов «должен быть захвачен». Сущность этой установки неизвестна.

Исследуя гипнотическое состояние при помощи кривой дыхания, Бенусси убедился, что гипноз представляет собой бодр-

ствующее состояние психических функций, которое сопровождается соматическим сном.

Только что приведённые высказывания Каннабиха и Бенусси нам представляются наиболее адэкватным пониманием сущности внушения и гипноза. Развивая их взгляды, мы можем так сформулировать нашу точку зрения на данный вопрос.

Существуют как бы два типа внушения и гипноза. Один тип внушения подчиняется механизму условного рефлекса и способен при соответствующих обстоятельствах вызывать частичный физиологический сон с неполным торможением коры (соматический тип гипноза). Другой тип внушения схематически может быть представлен следующим образом: как одна из разновидностей высшей психики, он свойственен только человеку; действуя через воображение и кататимическую аффективность, использует семантическую (смысловую) часть слова. Это внушение неспособно вызвать полный или частичный сон, а лишь своеобразное психическое состояние с сужением сознания (психический тип гипноза).

Есть основание полагать, что в патологии соматическому гипнозу соответствуют некоторые сновидные состояния при неврастении; психический гипноз имеет своего гомолога в истерических сумеречных состояниях.

Таким образом, наше разграничение гипноза на соматический и психический типы проводится, примерно, на тех же основаниях, которые позволили Гофману признавать существование функциональных заболеваний соматического и психического типа (неврозы). В. Иенш, как известно, также выделяет два типа эйдетических представлений, причём, по его мнению, тетаноидные эйдетические образы имеют соматическую, а базедовоидные образы—психическую природу. Надо думать, что у человека, как правило, при гипнотизации участвуют оба механизма внушения (условно-рефлекторный и аффективно-кататимический), благодаря чему возникают сложные гипнотические состояния в смысле Бенусси, т. е. сосуществование своеобразного психического ониризма с сужением сознания и частичного соматического сна. В некоторых же случаях, в зависимости от разных факторов (тип конституции, методика гипнотизации и пр.), возможно преобладание соматического или психического гипноза, причём по своему генезису и природе гипнотические состояния могут быть преимущественно эндогенного или экзогенного, психоконституционального или психогенного типа.

Таким образом, с нашей точки зрения, гипноз, подобно всем другим психофизиологическим и психопатологическим состояниям (маниакальным, депрессивным, кататоническим и т. д.), может иметь различный генезис и природу, хотя и сохраняет при этом специфические характерные особенности, которые ему присущи.

Глава IV

О ВЛИЯНИИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ГИПНОЗ

Уже давно в ряде наблюдений, не подвергшихся, впрочем, достаточной систематизации, отмечалось, что некоторые инфекционные или токсические состояния содействуют или препятствуют развитию гипнотического сна, что от предварительной дачи некоторых химических веществ внушаемость повышается и т. д.

П. Жане сообщает, что большинство туберкулёзных больных очень легко впадает в глубокий гипнотический сомнамбулизм, хотя у них не отмечается истерических симптомов. По его же наблюдениям, при тифе очень легко можно добиться частичной каталепсии, внушённых движений и т. д. Гейер, так же как и Жане, отмечает, что туберкулёзные больные, как правило, легко гипнотизируются. Период менструаций также, по Жане, нередко вновь повышает внушаемость у тех женщин, которые перестали поддаваться суггестивным воздействиям.

Обращено внимание и на обратную сторону явления: действие психогенного фактора на развитие инфекционных заболеваний. Как указывает Гейер, Куэ, Ш. Бодуэн и другие, например, при туберкулёзе лёгких при помощи внушения возможно уменьшить кашель, ночной пот, запоры, улучшить аппетит и вызвать таким образом значительное объективное улучшение состояния.

Эти разрозненные наблюдения, которые можно было бы пополнить, однако, сравнительно мало содействовали прогрессу наших знаний в этом отношении, пока вопрос не подвергся экспериментально-клиническому изучению.

Ещё Рифа предложил комбинировать гипноз с химическими наркотиками (наркогипноз) в тех случаях, когда одним внушением не достигается достаточно глубокого сна. Значительно позже Фридлендер и Галлауер стали для подкрепления наркоза пользоваться гипнотическим внушением (гипнонаркоз), так как при этих условиях для получения глубокого наркоза требуется меньше эфира или хлороформа

Гофф, Шильдер и Каудерс показали, что паральдегид, меминал, веронал и другие снотворные и наркотические вещества содействуют развитию гипноза. Гауптман впервые рекомендовал для этой же цели Evipan-Natrium, который раньше употреблялся исключительно в хирургии для скоропреходящего наркоза.

Кандоу высказывается за применение, при недостаточной внушаемости пациентов, нарко-гипноза с эвипаном. Он сообщает о двух пациентах, у которых одним внушением вызвать гипноза не удалось (2 сеанса); при комбинировании же внушения с дачей эвипана развился внушённый гипнотический сон (вторая степень).

Что касается эвипан-натрия, то применение его Кандоу считает противопоказанным, так как этот препарат даёт слишком глубокие степени сна, при которых невозможен контакт с пациентом.

Другие интересные исследования касаются вопроса, в какой мере внушение в состоянии «нейтрализовать» действие различных фармакосредств. Ещё Менье в Нанси показал, что при помощи соответствующего внушения возможно воспрепятствовать действию нарывного пластыря (по Молю). Мурель сообщает об одном субъекте, которому дали в гипнозе рвотное с внушением, что это херес. Пока Х. оставался в гипнозе, у него не появлялось ни рвоты, ни колик, ни каких-либо других следствий приёма рвотного. Позывы на рвоту начались лишь после пробуждения Х. и тотчас были устранены новым гипнозом.

Платонов, внушая гипнотикам, что они вдыхают не нашатырный спирт, а фиалки, наблюдал, как обычная реакция на вдыхание нашатырного спирта сменялась на совершенно парадоксальную: испытуемый с выражением удовольствия на лице начинает вдыхать полной грудью, при исчезновении брюшных рефлексов. Равным образом, Сальгрену удалось заметно ослабить обычное фармакологическое действие адреналина, атропина и пилокарпина. Гейер сообщает о таких экспериментах, когда гипнотик вместо «слабительного средства» получал опий или вместо внушаемого средства, вызывающего запор, давался ol. Ricini, причем закономерно наступало не медикаментозное, а суггестивное действие.

Шильдер и Каудерс на основании своих опытов с наркогипнозом пришли к интересному общему выводу, что «психические и фармакологические средства чередуются в своём воздействии на аппарат сна».

Вне сомнения, вопросу о комбинированном действии внушения и фармаковеществ принадлежит будущее, так как подобные исследования, помимо чисто практического терапевтического значения, могут открыть новую главу в психофизиологии и совершенно иначе объяснить многие клинические факты. Достойно внимания, что В. М. Бехтерев и А. А. Певницкий ещё более 35 лет тому назад настойчиво рекомендовали при лечении алкоголиков комбинировать гипноз с фармако-терапией (с успокаивающими, тонизирующими и сосудисто-сердечными средствами).

Методика комбинированного действия гипнотического внушения и фармакологических веществ, несмотря на свою простоту, должна проводиться очень осторожно, во избежание невольных ошибок. Не нужно забывать, что сам приём тех или других медикаментов вызывает у испытуемых самовнушения, которые оказывают определённое, но независящее от дачи фармакосредств, влияние на их психофизиологическое состояние. Как показал, однако, опыт, размер «косвенного внушения» (самовнушения) не отли-

чается особенно от эффекта, получаемого прямым внушением, так как по существу в обоих случаях мы пользуемся одним и тем же психо-физиологическим механизмом и, следовательно, «величина» косвенного внушения доступна более или менее точному определению, хотя и подвержена известным колебаниям, как сама восприимчивость к внушениям.

Наши фармако-гипнологические исследования производились в различных вариациях в смысле: 1) последовательности применения фармакологических веществ и внушения во времени, т. е. по типу нарко-гипноза или гипно-наркоза; 2) направления их действия по отношению друг к другу, т. е. по типу «синергизма или антагонизма».

В наших опытах мы употребляли (кроме бромистого натра и индийской конопли) три группы фармакологических веществ: 1) снотворные и наркотические вещества жирного ряда (хлоралгидрат, веронал и алкоголь); 2) алкалоиды (атропин, скополамин, кофеин, стрихнин, морфий); 3) опопрепараты (адреналин и инсулин).

Фармакологические вещества обычно или вводились подкожно, или давались per os; только в виде исключения производились внутривенные вливания.

Как правило, употреблялись максимально допускаемые фармакопеей дозы, чтобы иметь дело с более выраженным действием того или другого вещества. Усыпление производилось по методу словесного внушения; глубина гипнотического сна определялась по Форелю (сонливость, гипотаксия, сомнамбулизм), причём учитывались особенности фармако-гипноза[1].

Все фармакологические исследования произведены в процессе психотерапии на пациентах, страдающих теми или иными нервно-психическими заболеваниями, развившимися в некоторых случаях у конституционально-неполноценных субъектов. В отношении пола преобладают женщины; в одном случае исследования проводились на 12-летней девочке, страдающей enuresis nocturna.

Сведения об исследуемых ограничиваются возрастом, полом, диагнозом болезни и степенью внушаемости. Повторные опыты с одним и тем же веществом приводятся лишь в том случае, если они имеют особое значение. Все приведённые опыты нумеруются в последовательном порядке, а также римской цифрой отмечается, на каком испытуемом опыт производился (например опыт 2, случай I и т. д.).

---

[1] Под этим общим названием объединялись все состояния, при которых к гипнозу присоединяется действие того или другого фармакологического вещества.

Краткие сведения об исследуемых и о максимальной глубине гипнотического сна, вызываемого у них одним внушением до начала опытов

I. А., 54 лет, мужчина. Дипсомания. В анамнезе delirium tremens. Степень гипноза: сомнамбулизм.

II. Б., 43 лет, мужчина. Хронический алкоголизм. Степень гипноза: сомнамбулизм.

III. В., 36 лет, мужчина. Хронический алкоголизм. Легко переносит большие дозы наркотиков. Степень гипноза—сонливость.

IV. Г., 33 лет, мужчина. Хронический алкоголизм. Степень гипноза—гипотаксия.

V. Д., 25 лет, мужчина. Невропатия. Заикание. Степень гипноза—гипотаксия.

VI. Е., 25 лет, женщина. Истерия. Степень гипноза: гипотаксия с частичной амнезией.

VII. Ж., 15 лет, девочка. Истерия с параличём правой руки и языка (устранены внушением). Степень гипноза—сомнамбулизм.

VIII. З., 12 лет, девочка. Невропатия. Гипнотических явлений вызвать не удалось.

IX. И., 36 лет, мужчина. Психастения. Степень гипноза—сонливость.

X. К., 22 лет, женщина. Истерия. Степень гипноза: сомнамбулизм, иногда с неполной амнезией. Гипнотический сон носит несколько патологический характер.

XI. Л., 27 лет, женщина. Конституциональная истерия. Степень гипноза: гипотаксия, иногда с частичной амнезией. Гипнотический сон носит несколько патологический характер.

XII. М., 22 лет, женщина. Истерия. Заикание. Степень гипноза: сонливость.

XIII. Н., 23 лет, женщина. Неврастения. Гипнотических явлений вызвать не удалось.

XIV. О. 25 лет., женщина. Истерия. Общее истощение. Сомнамбулизм.

XV. П., 43 г., женщина. Хронический алкоголизм. Гипотаксия.

XVI. Р., 22 лет, женщина. Конституциональная истерия. Сомнамбулизм.

Имея в виду, с одной стороны, что для физиологического сна характерно (по Гессу, Гильому и др.) наличие ваготонии (по мнению некоторых авторов, гипосимпакатонии), а с другой, что лица ваготонической конституции, по сравнению с другими, впадают в гипноз легче, мы решили прежде всего экспериментально проверить, в какой мере вегетативные яды (атропин и адреналин), приводящие в известных дозах к симпатикотоническому сдвигу, могут препятствовать развитию гипноза. Выяснение этого момента нам вместе с тем косвенно дало бы в известной мере ответ на вопрос, как далеко идёт сходство между физиологическим сном и гипнозом.

Приведём сначала некоторые, наиболее показательные опыты с атропином (всего было сделано 8 опытов), который вводился или под кожу, или внутривенно. Прежде всего мы хотели выяснить: изменяется ли глубина уже наступившего гипнотического сна от введения в организм гипнотика атропина.

Опыт № 1. Случай I. 6/X 1934 г. 5 ч. 10 м. Пульс— 72; кровяное давление: 100 mn—148 mx. Гипнотический сеанс—сомнамбулизм. Пульс в гипнозе—72. 5 ч. 17 м.—инъекция Atropini sulfurici в дозе $^1/_2$ мг. Пульс—64. Гипнотический сон продолжается без изменений в смысле своей глубины. 5 ч. 50 м.—Разбужен. Небольшая головная боль, ощущение холода в теле.

Как показывает приведённый опыт, подкожное введение атропина в общей дозе 1 мг ни в коей мере не повлияло на глубину гипнотического сна. Для бóльшей точности исследования мы решили проверить полученные результаты, вводя атропин уже не подкожно, а внутривенно. Описываем этот опыт, давший несколько неожиданный результат.

Опыт № 2. Случай I. 16/X 1934 г. 10 час. утра. Пульс—74; кровяное давление 80 mn—138 mx. 10 ч. 10 м. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Пульс, лёжа,—72. 10 ч. 15 м. Внутривенное вливание Atropini sulfurici в дозе $^1/_2$ мг. 10 ч. 20 м. Пульс, лёжа,—76. 10 ч. 30 м. Пульс, лёжа,—76, 10 ч. 35 м. Внутривенное вливание Atropini sulfurici в дозе $^1/_2$ мг. 10 ч. 39 м. Пульс—82. 10 ч. 43 м. Пульс—84. 10 ч. 49 м. Пульс—82. 10 ч. 52 м. Пульс—82, ортостатическое ускорение—85, клиностатическое замедление—80. 10 ч. 55 м. Самопроизвольно проснулся; перед пробуждением несколько раз повторил: «мост, мост, мост». Проснувшись, сказал, что ему приснилось, что он упал с моста. Стал жаловаться на холод. Самочувствие хорошее.

Только что приведённый опыт интересен тем, что испытуемый (в отличие от результатов первого опыта), самопроизвольно проснулся 17 минут спустя после повторного вливания атропина (по $^1/_2$ мг), причём в это время пульс лёжа был 82 удара в минуту вместо 72 обычных.

Зная о влиянии вегетативной нервной системы на центральную (Л. А. Орбели, А. В. Тонких, Асратян), можно было бы предположить, что пробуждение испытуемого обусловлено ослаблением торможения, которое, по мнению многих физиологов и психиатров (И. П. Павлов, Протопопов и др.), лежит в основе гипнотического сна. Однако, в данном случае нет никаких оснований думать о подобном физиологическом механизме, весьма вероятном при устранении атропином онероидного синдрома у энцефалитиков (такой случай нами подробно разбирается в VI главе настоящей работы), так как пробуждение исследуемого вполне объясняется тем кошмарным сновидением, которое у него возникло в гипнотическом сне. Но, может быть, предварительное возбуждение вагуса, вызываемое малыми количествами атропина, и полное выключение при введении более значительных доз, способно отразиться в первом случае положительно, а во втором отрицательно на восприимчивости к гипнозу. Для выяснения этого вопроса мы проделали следующие опыты.

Опыт № 3. Случай II. 10/X 1933 г. 6 ч. 45 м. Пульс—60. Инъекция Atropini sulfurici в дозе $^1/_2$ мг. 6 ч. 50 м. Пульс—60. 7 ч. Пульс—70. Чувство слабости, сухости во рту. 7 ч. 15 м. Пульс—80. Гипнотический сеанс:

сомнамбулизм. 7 ч. 30 м. Пульс—80. Разбужен: полная амнезия периода гипноза. Самочувствие хорошее.

Опыт № 4. Случай II. 14/X 1933 г. 10 ч. утра. Пульс—64. Кровяное давление 95 mn—134 mx. Последовательные внутривенные вливания атропина по 1/2 мг, в общей дозе 1 1/2 мг. 10 ч. 55 м. Пульс—82; кровяное давление 100 mn—140 mx. 11 ч. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 11 ч. 10 м. Пульс, лежа, в гипнозе—78. 11 ч. 20 м. Разбужен. Полная амнезия. 11 ч. 22 м. Пульс—74. 11 ч. 30 м. Пульс—70.

Как видно из приведенных опытов, предварительное введение атропина как в малых (1/2 мг), так и в относительно более значительных дозах (1 1/2 мг) не оказало определённого влияния на восприимчивость ко внушению, и гипноз развился такой же глубины, как обычно, без применения фармакосредств.

Скополамин, дважды примененный у одного человека (случай V) в дозе 0,65 мг, в общем не оказал определённого влияния на течение гипноза, но всё же создалось впечатление, что скополамин облегчает наступление более глубокого сна.

Перейдём теперь к рассмотрению опытов с адреналином. Поскольку адреналин представляет собою наиболее активный возбудитель окончаний симпатических нервов, можно было бы думать, что предварительное введение адреналина будет в какой-то мере препятствовать наступлению гипноза, а введение адреналина уже при наличии гипнотического сна окажется способным снизить его глубину.

Всего нами сделано 4 соответствующих опыта, два из которых нами сейчас и приводятся.

Опыт № 1, случай V. 4/II 1931 г. 7 ч. 25 м. Пульс—64. 7 ч. 40 м. Инъекция Sol. Adrenalini 1 : 1000 1 см³. 7 ч. 45 м. Лицо бледное. Пульс—72, напряженный. 7 ч. 55 м. Сонливость (самовнушение). 8 ч. 5 м. Пульс—70. Гипнотический сеанс. Гипотаксия 8 ч. 15 м. Разбужен. Самочувствие хорошее.

Опыт 2, случай I. 31/I 1934 г. 7 ч. 15 м. вечера. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Пульс—68. Инъекция Sol. Adrenalini 1 : 1000 1 см³. 7 ч. 20 м. Пульс—66. 7 ч. 30 м. Разбужен. Пульс—62. Самочувствие хорошее.

Наши опыты с адреналином имеют тот существенный недостаток, что он применялся нами лишь подкожно, а не внутривенно. Тем не менее, опыты дают право сделать вывод, что введение адреналина (в обычных дозах) не оказывает определённого влияния на течение гипноза, из чего, принимая во внимание аналогичные результаты опытов с атропином, следует заключить, что колебания тонуса вегетативной нервной системы не отражаются определённым образом на развитии гипнотического сна.

Интересно, что во втором опыте на введение адреналина в период гипноза, вместо обычно наступающей тахикардии, получилось некоторое замедление пульса, т. е. намёк на ваготоническую реакцию. Такой результат следует сопоставить с наблюдениями Шлиф-

фер, которая получала (после инъекции Sol. Adrenalini 0,1% 1 см³) ваготоническую реакцию в гипнозе, в противоположность симпатикотонической в бодрствующем состоянии. По исследованию Гейлиха и Гоффа, после инъекции адреналина во время гипноза или совсем не происходит повышения кровяного давления, или отмечается лишь незначительное.

Применённый нами в трёх случаях инсулин точно также не показал определённого влияния на восприимчивость к внушению, может быть несколько содействуя наступлению более глубокого сна.

Разберём теперь влияние на гипноз других фармаковеществ. Начнём наш разбор со стрихнина. Как известно, стрихнин возбуждает центральную нервную систему, а также снижает порог восприятия и уменьшает время реакции (хронаксию). Всего нами для выяснения действия стрихнина на гипноз сделано 5 опытов, из которых мы приводим два.

Опыт № 1, случай II. 9/XI 1933 г. 7 ч. вечера. Пульс—68. Инъекция Strychnini nitrici в дозе 0,001 7 ч. 15 м. Пульс—65. 7 ч. 20 м. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Пульс в гипнозе—70 (!). 7 ч. 30 м. Разбужен. Самочувствие хорошее. Пульс—64.

Опыт № 2, случай V. 4/I 1934 г. 6 ч. 50 м. Пульс—66. Инъекция Strychnini nitrici (0,001) 7 ч. 40 м. Пульс—64. Гипнотический сеанс: гипотаксия с частичной амнезией. 7 ч. 50 м. Разбужен. Самочувствие хорошее.

Из произведённых опытов вытекает, что подкожное введение стрихнина (в дозе 1 мг) не отражается на ходе гипноза.

Такой отрицательный результат, нам думается, вполне объясним тем, что стрихнин по своим фармакологическим свойствам не влияет на функцию сна, так как только снотворные и наркотические средства, как мы убедимся в дальнейшем, оказывают определённое воздействие на глубину гипнотического сна и облегчают его наступление.

Рассмотрим теперь влияние на ход гипноза таких химических веществ, которые сказываются в той или иной степени на функции сна. С этой целью обратимся сначала к опытам с индийской конопле́й, которая, как известно, обладает наркотическими свойствами и в небольших дозах иногда употребляется в медицинской практике как успокаивающее, болеутоляющее и снотворное средство. Однако, в более значительных дозах, как нами указывалось выше, гашиш (препарат индийской конопли) вызывает у человека целый ряд своеобразных переживаний, напоминающих отчасти схизофренические.

Мы произвели всего 4 опыта с Tinc. Cannab. indic., давая её перед гипнотизацией.

Опыт № 1, случай XIV. 10/V 1935 г. Дано 25 капель Tinc. Cannab. indicae. 11 ч. 20 м. Чувство усталости, расслабления в теле. 11 ч. 25 м. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. После пробуждения чувствует себя «прекрасно отдохнувшей». Постгипнотические внушения выполнила.

Опыт № 2, случай XV. 8/V 1935 г. Дано 20 капель Tinc. Cannab. indicae. 1 ч. 15 м. Чувство успокоения. 1 ч. 30 м. Сонливость. Гипнотический сеанс: гипотаксия с частичной последующей амнезией периода гипноза.

Как показывают настоящие опыты, приём внутрь Tinc. Cannabis indicae (до гипноза) не влияет определённым образом на восприимчивость к внушению.

Опыт № 3, случай XVI. 8/IV 1935 г. Пульс—72. Дано 30 капель Tinc. Cannabis indicae. 11 ч. 20 м. Жалуется на чувство жара, настроение более весёлое, чем обычно. 11 ч. 30 м. Пульс—90 ударов в минуту. Беспричинно смеётся. Испытывает временами такое ощущение, что предметы вращаются перед глазами; предметы воспринимаются необычно яркими и блестящими. 11 ч. 45 м. Чувство страха и тревоги за своё состояние. Пульс—96. Гипнотическое состояние. Вместо характерного для испытуемой сомнамбулизма, развилось менее глубокое гипнотическое состояние. По словам испытуемой, она хотя всё воспринимала и в дальнейшем припомнила, однако не в состоянии была двинуть ни одной частью тела. Застывает в придаваемых ей позах; постгипнотическое внушение не выполнила.

Приведённый опыт показывает, что при относительно более глубоких дозах Tinc. Cannabis indicae (близких к токсическим) последняя, вызывая определённое изменение в психическом состоянии испытуемых, может препятствовать наступлению более глубоких степеней гипноза, причём, помимо прямого действия Tinc. Cannabis indicae, известное значение могла иметь и субъективная реакция экспериментируемой на отравление.

Нет оснований сомневаться, что ещё более значительные дозы Tinc. Cannabis indicae (уже явно токсические) могут и совсем уничтожить способность к восприятию внушений, как это наблюдали Шильдер и Каудерс при нарко-гипнозе с паральдегидом (при дозах свыше 8 г), когда у пациентов развивалось состояние сновидной спутанности.

Перейдём теперь к разбору действия на гипноз кофеина и морфия, оказывающих вполне определённое влияние на функцию сна.

Учитывая всем известное действие кофеина (в виде крепкого кофе) при состоянии мозгового утомления, сонливости и опьянения, можно было бы думать, что введение кофеина перед гипнозом воспрепятствует или, по крайней мере, затруднит его развитие. Так, Клейтманн в своих наблюдениях над людьми, подвергнутыми искусственной бессоннице, отмечает, что питьё кофе всегда рассеивает чувство сонливости.

Вот некоторые из наших опытов с кофеином, которых всего сделано 10.

Опыт № 1, случай XI. 4/I-1934 г. 7 ч. 20 м. Инъекция Coffeini natriobenzoici в дозе 0,2. 7 ч. 35 м. Сонливость (заметила, что ей ввели лекарства больше, чем в прошлый раз: самовнушение). Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 7 ч. 45 м. Разбужена. Полная амнезия периода гипноза.

Опыт № 2, случай VII. 26/XI 1933 г. 7 час. вечера. Пульс—56. 7 ч. 5 м. Инъекция Coffeini natriobenzoici—0,1. 7 ч. 30 м. Пульс—56. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 7 ч. 40 м. Разбужен. Самочувствие хорошее.

Опыт № 3, случай I. 22/X 1933 г. 11 ч. 35 м. утра. Пульс—64. Кровяное давление: минимальное 95, максимальное 130. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 11 ч. 45 м. Инъекция Coffeini natriobenzoici—0,2. 11 ч. 50 м. Пульс—68. 11 ч. 55 м. Пульс—64. 11 ч. 58 м. Пульс—60. 12 ч. 3 м. Пульс—58. 12 ч. 15 м. Разбужен. Самочувствие хорошее. Пульс—68. Кровяное давление: минимальное—100, максимальное—150.

Из опытов №№ 1—2 видно, что кофеин не оказывает определённого влияния на возникновение гипноза. Равным образом и введение кофеина (опыт № 3) в период уже наступившего гипноза не сказалось на его глубине.

В своё время Блюменбах, затем Моссо, Тарханов, позже Хилл пытались объяснить происхождение сна анемией мозга; наоборот, по Бродману во время сна сосуды мозга расширяются, причём, по мнению Эббеке, одновременно происходит уменьшение скорости тока крови. Гиббс Ф., Гиббс, Е., Леннокс, регистрируя скорость тока крови во внутренней яремной вене человека при помощи введения в неё термоэлектрической иглы, показали, что засыпание, сон и пробуждение не сопровождаются заметными изменениями в мозговом кровообращении. Как бы то ни было, но расширение сосудов головного мозга, вызываемое приёмом кофеина, не препятствует наступлению гипнотического сна.

Другой важный вопрос, который мы пытаемся выяснить, это—действие кофеина на постгипнотические внушения, так как в опытах с дачей алкоголя (приводятся ниже) оказалось, что алкоголь, вызывая явления оглушённости сознания, тем самым препятствует точному выполнению постгипнотических внушений.

Приведём один из опытов.

Опыт № 4, случай XVI. 5/III 1935 г. 8 час. вечера. Инъекция Coffeini natriobenzoici—0,15. 8 ч. 20 м. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Сделаны постгипнотические внушения (воспринять электрическую лампочку окрашенной в синий цвет, спросить—действует ли электрический чайник), которые как обычно осуществились полностью и точно.

Таким образом следует притти к заключению, что кофеин в обычных дозах не только не изменяет течения гипноза, но также не влияет и на постгипнотические внушения.

Как известно, фармакологическое действие морфия, в частности на функцию сна, во многих пунктах остаётся неясным, тем

не менее не подлежат сомнению его наркотические и снотворные свойства.

Всего нами с морфием проведено 4 фармако-гипнологических опыта.

Опыт № 1, случай XII. 14/I 1934 г. 6 ч. 50 м. Пульс—54. Инъекция Morph. muriatici—0,01. 7 ч. 10 м. Субъективных ощущений нет. Гипнотический сеанс: веки отяжелели, рука застыла в приданном ей положении. 7 ч. 25 м. Разбужена: тяжесть в голове, частичная амнезия периода гипноза. Пульс—52. По мнению испытуемой сон был более глубоким, по сравнению с вызываемым одним внушением.

Учитывая аналогичное действие морфия и в других произведённых нами опытах, можно считать с определённостью, что морфий способствует развитию более глубоких степеней гипнотического сна.

Остановимся теперь на анализе влияния наркотических и снотворных веществ в тесном смысле этого слова (алкоголь, хлоралгидрат, веронал).

Физиологическое действие алкоголя на психику человека, в общем, как известно, сводится к торможению высших психических процессов и, соответственно этому, к активизации более примитивных установок личности; умственная работоспособность снижается даже от небольших доз алкоголя (Крепелин).

В наших опытах с алкоголем мы стремились выяснить три момента: содействует ли предварительная дача алкоголя наступлению гипноза, как влияет алкоголь на постгипнотические внушения; в какой мере при помощи внушения можно нивелировать действие алкоголя.

Всего мы провели с алкоголем 8 опытов.

Опыт № 1, случай XVI. 3/V 1935 г. 5 ч. 5 м. Дан 40% раствор спирта в количестве 100,0. 5 ч. 20 м. Явления опьянения: смеётся, много говорит, отвлекается и т. д. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено, по пробуждении спросить о том, что написано в газете. Разбужена. По мнению испытуемой сон был более глубоким, чем обычно. Вскоре испытуемая обнаружила видимое беспокойство и произнесла следующее: «Тревожит меня какая-то мысль, о чём-то вас нужно спросить, но о чём? Да, глупости это... я отстала от жизни... Что нового в газете? Право, не знаю, почему мне захотелось это спросить, но мысль настойчивая: спросить, спросить... сразу не могла припомнить, думая о том, о другом и т. д.».

Как показывает опыт, приём алкоголя не только не препятствует наступлению гипноза, но даже способствует развитию более глубокого сна. В другом опыте, произведённом с иной целью на той же больной, хотя постгипнотически внушённая эмоция печали реализовалась, вопреки наличию эйфории, однако общая способность к воспоминанию и выполнению заданных внушений, как и в данном опыте, оставалась сниженной.

Таким образом, следует придти к выводу, что постгипнотические внушения при нарко-гипнозе с алкоголем выполняются хуже, чем при обычном гипнозе или при комбинировании его с дачей кофеина.

В других опытах с алкоголем мы пытались выяснить, в какой мере при помощи внушения возможно уменьшить или устранить явления опьянения.

В исследованиях Платонова два гипнотика после приёма 200,0 портвейна не давали обычного опьянения, когда им было внушено, что они пьют не вино, а лимонад.

Опыт 1, случай II. 13/X 1933 года. 5 ч. 10 м. Пульс—62. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Дано 200,0 50% раствора винного спирта, причём испытуемому настойчиво внушалось, что он пьёт чистую воду. 5 ч. 10 м. Пульс—75. 5 ч. 25 м. Пульс—68. 5 ч. 30 м. Разбужен. Пульс—72. Лицо покрасневшее. Впечатление такое, что психика слегка угнетена. Явных признаков опьянения незаметно.

Опыт № 2, случай X. 1/I 1934 г. 4 ч. 55 м. Пульс—84. Дано 200,0 50% раствора алкоголя. 5 ч. 5 м. Чувствует себя совсем пьяной; ощущение такое, что тело чужое, головокружение. Настроение обычное. Пульс—88. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм (с полной амнезией). Внушено, что действие алкоголя аннулировалось и что по пробуждении будет чувствовать себя совершенно бодрой. 5 ч. 15 м. Разбужена. Признаков опьянения незаметно. Слегка кружится голова. По мнению К., сон был более глубоким, чем обычно. Пульс—84. Заснула в обычное время (11 час. вечера); весь вечер чувствовала себя хорошо.

Приведённые опыты дают основание подтвердить наблюдения Платонова, так как при помощи соответствующих внушений оказалось возможным «нейтрализовать» действие алкоголя, т. е. устранить видимые признаки опьянения. К сожалению, в силу сложившихся обстоятельств, мы не могли проверить, в какой мере изменяется внимание и умственная работоспособность испытуемых после «устранения» опьянения, благодаря внушению.

Рассмотрим теперь наши фармако-гипнологические исследования с хлорал-гидратом (9 опытов), в отношении которого мы стремились выяснить: 1) в какой мере предварительная дача хлорал-гидрата облегчает наступление гипноза; 2) в какой степени внушение способно препятствовать действию хлорал-гидрата.

Разберём сначала опыты с дачей хлорал-гидрата перед гипнотизацией.

Опыт № 1, случай IV. 13/X 1933 г. 5 ч. 10 м. вечера. Гипнотический сеанс: незначительная тяжесть в веках, сонливость. Пульс—80. 5 ч. 22 м. Разбужен. Дан раствор хлорал-гидрата в дозе 1,0. 5 ч. 40 м. Клонит ко сну. Гипнотический сеанс: веки отяжелели больше, однако, открывал их с некоторым усилием; слегка путались мысли. Рука не онемела, несмотря на соответствующее внушение. 5 ч. 52 м. Разбужен. Пульс—74.

Опыт № 2, случай VIII. 10/XII 1933 г. 7 ч. вечера. Пульс—70. Дан раствор хлорал-гидрата в дозе 1,0. 7 ч. 15 м. Клонит ко сну. Гипнотиче-

ский сеанс: сонливость; веки отяжелели, рука онемела. 7 ч. 25 м. По окончании гипноза хочет спать, несмотря на сделанное внушение быть бодрой. Придя домой, заснула.

Только что приведённые опыты прежде всего свидетельствуют о том, что предварительная дача хлорал-гидрата облегчает развитие у испытуемых гипнотического сна. В опыте № 4 после приёма хлорал-гидрата наступил более глубокий сон. Очень демонстративен опыт № 2, когда после предварительной дачи хлорал-гидрата у девочки впервые развились гипнотические явления (Somnalentia), тогда как до этого случая все попытки вызвать гипноз были безуспешны, в частности и при фармако-суггестивных воздействиях с использованием для этой цели другого препарата (бромистого натра).

Важно, что у всех пациентов в дальнейших опытах с внушением в чистом виде никогда не удавалось получить гипноза такой же глубины, как с хлорал-гидратом; вместе с тем следует отметить, что у девочки, после нарко-гипноза с хлорал-гидратом, стало вообще возможным вызывать лёгкий гипнотический сон при помощи одного внушения.

В нижеследующих опытах мы пытались при помощи внушения «нейтрализовать» снотворное действие хлорал-гидрата.

Опыт № 3, случай I. 19/X 1933 г. Пульс—72. 5 ч. 5 м. Дан раствор хлорал-гидрата в дозе 1,5. 5 ч. 20 м. Клонит ко сну. Пульс—72. 5 ч. 25 м. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено, что проснувшись будет себя чувствовать бодро, несмотря на принятие хлорал-гидрата и что заснёт только в 3 часа ночи. 5 ч. 35 м. Разбужен. 5 ч. 55 м. Чувствует себя бодрым. Ощущение такое, что освежился после сна. Пульс—74. 6 ч. 55 м. St. idem. Пульс—68. Вечером не мог уснуть до 2 час. ночи. На следующий день встал, как всегда, в 6 ч. 30 м. утра с лёгкой головной болью.

Опыт № 4, случай II. 31/X 1933 г. 6 ч. 5 м. вечера. Пульс—58. Дан раствор хлорал-гидрата в дозе 2,5. 6 ч. 25 м. Сонливость. Явления лёгкой оглушённости. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено, что, несмотря на принятый хлорал-гидрат, после пробуждения будет себя чувствовать совершенно бодрым и заснёт в обычное время (в 11 час. вечера). 6 ч. 35 м. Разбужен. Чувствует себя свежим. Пульс—58. Вечером заснул около 11 час.

Опыт № 5, случай III. 10/X 1933 г. 6 ч. 15 м. вечера. Пульс—62. Гипнотический сеанс: онемение в левой руке; ощущение, что она стала, «как бревно»; чувство сонливости не развилось. 6 ч. 25 м. Разбужен. Дан раствор хлорал-гидрата в дозе 1,5 6 ч. 40 м. Уравновешенное настроение. Клонит ко сну. Гипнотический сеанс: сонливость, рука непроизвольно притянулась ко лбу, хотя смог бы противодействовать её движению. Не в состоянии был определить, какое положение занимает рука. 6 ч. 55 м. Разбужен. Пульс—60. Чувствует себя довольно бодрым. Очень хорошо спал ночь.

В опытах №№ 3 и 4 мы столкнулись с тем замечательным фактом, что при помощи постгипнотического внушения устраняется хлорал-гидратный сон, несмотря на применение таких доз, которые при обычных условиях неизбежно вызывают сон (Кравков).

Даже больше: в опыте № 3 не только испытуемый, согласно внушению, не впал в хлорал-гидратный сон, но даже естественный сон был нарушен до 2 час. ночи.

Эти опыты дают право сделать важные выводы. Прежде всего, они лишний раз подчёркивают, насколько в некоторых случаях интенсивно влияет гипнотическое внушение на физиологические функции организма, вплоть до устранения, до полной «нейтрализации» действия фармакологических веществ. Но в данном случае для нас ещё более интересно, что при помощи внушения можно воспрепятствовать наступлению как наркотического, так и естественного сна. Ещё П. Жане доказал, что в некоторых случаях бессонница истериков зависит от наличия у них фиксированных идей (в форме стереотипных тягостных сновидений) и волнений, причём от применения снотворных веществ вместо ожидаемого сна наступало только усиление головных болей и умственной спутанности. Лишь устранение фиксированных идей при помощи гипнотического внушения возвращало более или менее нормальный сон пациентам. Однако, как мы убедились в опыте № 1, внушение оказывалось не в состоянии воспрепятствовать действию хлорал-гидрата, и у девочки развился сон, несмотря на сделанное ей внушение быть бодрой. О таких наблюдениях сообщают также Шильдер и Каудерс в отношении мединала, который давался пациенту в дозе 0,75.

Всё это даёт право сделать вывод, что соотношение двух действующих в противоположном направлении факторов (фармакологические вещества и внушение) может в итоге дать результат в ту или другую сторону.

Выяснив индивидуальную восприимчивость пациента к наркотическому или снотворному средству и давая его в той дозе, которая может «нейтрализовать» эффект противоположного по направлению действия гипнотического внушения, можно, так сказать, установить «силу внушения» в каждом отдельном случае. Иногда такой приём определения «силы внушения» может быть полезен.

Из произведённых нами 10 нарко-гипнологических опытов с вероналом некоторые несомненно заслуживают внимания. Прежде всего: способствует ли веронал развитию гипноза?

Вот соответствующие опыты.

Опыт № 1, случай V. 8/I 1934 г. 6 ч. 30 м. Пульс—62. Дан порошок веронала 0,5 в стакане тёплой воды. 7 ч. 5 м. Хочет спать. Пульс—60. Гипнотический сеанс. Рука протянулась ко лбу, застывала в придаваемых ей положениях. Сделано внушение, что по пробуждении будет чувствовать себя совершенно бодрым. 7 ч. 30 м. Разбужен. Частичная амнезия периода гипноза. Никакого желания спать не испытывает.

Опыт № 2, случай XIII. 4/I 1934 г. 5 ч. 55 м. Пульс—78. Дан порошок веронала в дозе 0,6. 6 ч. 55 м. Слабость в руках. Ощущение опьянения. Гипнотический сеанс. Гипнотических явлений не развилось.

Как видно из опыта № 1, веронал, аналогично хлорал-гидрату, облегчает наступление гипнотического сна. Из опыта № 2 с очевидностью вытекает, однако, что в некоторых случаях, когда одно внушение неспособно вызывать гипноз, то и комбинирование внушения с вероналом не в состоянии дать положительного эффекта.

Интересен также следующий опыт.

Опыт № 3, случай XVI. 2/IV 1935 г. 6 ч. 50 м. Дан веронал в тёплой воде, в дозе 0,5. 7 ч. 25 м. Хочется спать, но не сильно. 7 ч. 40 м. Сонливость. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено, что действие веронала прекратилось, что испытуемая чувствует себя бодрой и заснёт не ранее 10 час. вечера. По пробуждении оживлена, никаких признаков сонливости не заметно; заснула вечером, согласно внушения, около 10 час. Постгипнотические внушения (увидеть на столе три совершенно одинаковые конфетки в пёстрой обложке; в течение одной минуты воспринимать комнату неосвещённой) в точности осуществились.

Настоящий опыт показывает, что гипнотическое внушение в некоторых случаях может препятствовать снотворному действию веронала, аналогично тому, как это отмечалось нами в отношении хлорал-гидрата.

В отличие, однако, от алкоголя, веронал не оказал заметного влияния на постгипнотические внушения, что, по нашему мнению, объясняется незначительной дозой веронала (0,5), действие которого при этих условиях неспособно существенно помрачить сознание и, следовательно, помешать осуществлению внушения. К этому важному положению мы ещё вернёмся при обобщении материала настоящей главы.

В заключение наших фармако-гипнологических исследований, остановимся на выяснении вопроса, в какой мере влияет на ход гипноза бромистый натр.

Как известно, исследования Петровой, Майорова и Яковлевой из лаборатории И. П. Павлова, установили, что соли брома (бромистый натрий и бромистый кальций) устраняют гипнотическое состояние у собак, причём Майоров отмечает, что указанное положительное действие брома на работе загипнотизированной собаки сказывается лишь при условии применения достаточных доз (3,0—4,0 на приём) и надлежащего промежутка времени от момента введения брома до наступления гипнотического состояния (1—1½ часа). Петрова пишет: «Таким образом при помощи солей брома, многократно применяемого у Бека, мы всякий раз смогли констатировать исчезновение гипнотических состояний». Тщательный анализ действия брома на загипнотизированных собак показал, что, вопреки принятому фармакологами мнению, бром не понижает возбудимости головного мозга, а даже повышает её; вме-

сте с тем бром восстанавливает и усиливает тормозной процесс. т. е. регулирует нервную деятельность.

В целом школа Павлова приходит к выводу, что бром рассеивает гипнотическое состояние при помощи концентрирования торможения.

Всё вышеуказанное заставило нас с особым интересом обратиться к фармако-гипнологическим исследованиям с бромистым натром. Всего нами в разных вариациях сделано 15 опытов.

Вот некоторые из них.

Опыт № 1, случай II. 22/X 1934 г. 5 час. вечера. Пульс—64. Дан раствор Natr. bromati 4% 50.0. 6 ч. 16 м. Пульс—50. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 6 ч. 30 м. Разбужен. Пульс—54.

Опыт № 2, случай II. 25/X 1934 г. 6 час. вечера. Пульс—64. Дан раствор Natr. bromati 6% 50,0. 7 ч. 40 м. Пульс—68. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. 8 час. Разбужен. Пульс—58.

Опыт № 3, случай V. 26/XI 1933 г. 6 ч. 15 м. вечера. Пульс—62. Дан раствор Natr. bromati 6% 50,0. 6 ч. 50 м. Пульс—60. Гипнотический сеанс. Веки слиплись. Рука застывала в придаваемых ей положениях. Полная сохранность воспоминания. 7 ч. 10 м. гипноз прекращён. По словам испытуемого, сон был несколько более глубоким, по сравнению с вызываемым одним внушением.

Опыт № 4, случай XII. 8/I 1934 г. 5 ч. 25 м. Пульс—64. Дан раств. Natr. bromati 5%—50,0. 6 ч. 50 м. Пульс—62, хочется спать (самовнушение). Гипнотический сеанс: веки отяжелели, с трудом смогла бы их поднять. Рука застывала в придаваемых ей положениях. 7 час. Разбужена. По словам испытуемой, сон был более глубоким, по сравнению с вызываемым одним внушением.

Опыт № 5, случай VIII. 7/XII 1933 г. 7 ч. 15 м. Пульс 74. Дан раств. Natr. bromati 5% 40,0. 7 ч. 30 м. Пульс—74. Гипнотический сеанс. Гипнотических явлений не развилось.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дальнейшем при нарко-гипнозе с хлоралгидратом (опыт № 6) удалось получить лёгкую степень гипноза.

В начале наших опытов с бромистым натром (в 1934 г.) мы не знали о вышеуказанных работах школы И. П. Павлова и потому не могли придерживаться установленных в них положений В дальнейшем же мы точно соблюдали эти условия в отношении промежутков времени от дачи брома до гипнотизации, однако, даваемые дозы не превышали 3 г на приём.

Из опытов №№ 2 и 3 вытекает, что бромистый натрий в дозе 2—3 г не препятствует развитию гипнотического сна и не устраняет уже наличный гипнотический сон, по крайней мере, при введении Sol. Natr. bromati за 40—90 мин. до начала внушения. Даже больше: из опытов №№ 3 и 4 создаётся впечатление, что предварительная дача брома слегка содействует развитию более глубоких степеней сна. Однако вероятнее всего, что бром (в обычных дозах, употребляемых в медицине) вообще не оказывает влияния на течение гипноза. В некоторых опытах мы пользовались бромистым калием, с аналогичным результатом.

Такое явное расхождение между данными, полученными при опытах на собаках и у человека, требует какого-то объяснения. Ближайший вывод, который можно сделать, состоит в том, что гипнотический сон человека отличается в некоторых отношениях от гипноидных состояний, возникающих у собак в условиях павловских экспериментов.

Для того, чтобы более или менее основательно разобраться во всей сумме произведённых нами фармако-гипнологических исследований и попытаться объяснить их с определённой точки зрения, необходимо обобщить полученный нами фактический материал.

В этом отношении, прежде всего, важно отметить, что на ход гипноза в смысле развития более глубокого сна оказывают влияние лишь такие вещества, которые имеют определённое отношение к функции сна (снотворные и наркотические вещества жирного ряда, морфий, индийская конопля). Что же касается действия на гипноз вегетативных ядов, опопрепаратов и брома, то нужно считать, что они, в допускаемых фармакологией дозах, не изменяют его течения. Во всяком случае, если иногда и намечается какое-нибудь влияние этих веществ, то оно весьма незначительно и, как правило, могло быть объяснимо участием привходящих факторов (обычно самовнушением). Ни одно применённое нами фармакологическое вещество не устраняло гипнотического сна, в частности бромистый натр, рассеивающий гипнотическое состояние у собак. На постгипнотические внушения, как мы видели, кофеин не оказывает влияния; напротив, алкоголь, несомненно, препятствует в большей или меньшей степени их осуществлению. При помощи внушения возможно в известных пределах «нейтрализовать» фармакологическое действие хлорал-гидрата, веронала и алкоголя.

Как же объяснить эти, как будто противоречивые факты, исходя из одной гипотезы о сущности внушения и гипноза; возможно ли вообще такое обобщение?

Прежде всего, как понимать действие снотворных и наркотических веществ на гипнотический сон? Повышает ли предварительная их дача степень внушаемости или при этом происходит как бы сложение действия фармакосредств и внушения? Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо более точно охарактеризовать те состояния, с которыми мы имеем дело.

Можно ли отождествлять фармако-гипноз и обычный гипнотический сон?

Как показывает наблюдение, испытуемые при фармако-гипнозе ведут себя, как обычные гипнотики. Однако тщательный анализ заставляет думать, что при этом состоянии наблюдается несоответствие между глубиной сна и остальными признаками, свойственными определённой степени гипноза. Так, например, в неко-

торых случаях у испытуемых отмечается полная амнезия периода гипноза (один из признаков сомнамбулизма по Форелю), тогда как все остальные признаки не выходят за пределы гипотаксии и все попытки вызвать внушённые галлюцинации или постгипнотические внушения (два других признака сомнамбулизма) оказываются безуспешными. В полном соответствии с этим находятся те указанные нами факты, что вещества, помрачающие сознание (например алкоголь), препятствуют осуществлению постгипнотических внушений, а следовательно понижают и степень восприимчивости к внушению. Таким образом, как справедливо указывает Иолович, известная ясность сознания необходима для успеха суггестивных воздействий. Отсюда понятно, что кофеин (в обычных дозах) ни в коей мере не препятствует реализации постгипнотических внушений. Следовательно, создаётся определённое впечатление, что действие фармакологических веществ на психическое состояние загипнотизированных аналогично действию этих веществ на психику человека, находящегося в бодрствующем состоянии.

Таким образом, нужно считать, что роль фармакологического вещества ограничивается лишь тем, что оно своим действием на организм создаёт как бы «физиологический фон», на котором, в принципе совершенно независимо, развивается гипноз. То, что наркотический и гипнотический сон наступает одновременно, ни в какой мере не позволяет сближать их природу и механизмы возникновения и устранения. Такой взгляд согласуется с мнением Барюка, что гипнотическая каталепсия не может быть приравнена к экспериментальной органической каталепсии токсического и токси-инфекционного происхождения.

Как показывают исследования Лумиса, Ньютона-Гарвея и Гобэрда о «мозговом потенциале во время гипноза», необходимо весьма осторожно даже сопоставлять гипнотический и нормальный сон, хотя в происхождении последнего роль химических веществ ещё остаётся далеко не ясной. Как оказалось, во сне токи действия типа Wellenzüge сменяются на Spindeln. Однако, в гипнозе Wellenzüge не прекращаются; равным образом и психическая деятельность не изменяет Wellenzüge. При помощи внушения, при известных условиях (например, внушая гипнотику эмоциональные переживания) возможно устранить Wellenzüge; последние поддаются также и условнорефлекторному воздействию.

Но мы обязаны, исходя из защищаемой нами точки зрения, объяснить те несомненные случаи, когда гипнотическое состояние наступало именно при применении фармако-гипноза, а первоначальные попытки загипнотизировать при помощи одного внушения не приводили к положительному результату. Мы полагаем, что такие факты в основном объяснимы тем, что в подобных случаях к снотворному или наркотическому действию фармакологи-

ческих веществ примешивается косвенное внушение, которое, в совокупности с последующим «прямым» внушением, и вызывает гипноз как таковой. Это доказывается тем, что в дальнейшем у тех же лиц удавалось получить гипноз при помощи одного внушения. В тех же случаях, когда внушение оказывалось безуспешным, фармакологические вещества производили лишь обычное, присущее им действие, но гипноза не развивалось. Важно отметить, что при «косвенном внушении», связанном с дачей фармакологических веществ, испытуемые сами приписывают им те или иные свойства, реагируют на количество введенного вещества и т. д., то есть создают самовнушение, которое как бы прокладывает путь для последующих «прямых» внушений со стороны гипнолога.

Таким образом, на поставленный нами выше вопрос следует ответить так: фармакологические вещества прибавляют своё физиологическое действие к гипнозу (или, наоборот, гипноз присоединяется к наличному наркотическому сну) и введение их, не повышая степени внушаемости испытуемых, может обусловить «косвенное внушение» (самовнушение).

Итак, следовательно, мы присоединяемся к взглядам нансийской школы гипнологов, рассматривающих гипноз (психический, согласно нашему разграничению) как проявление внушения и отвергающих значение соматических моментов (к каковым следует отнести и действие фармаковеществ) в его образовании, но только пополняем это представление тем, что поскольку «носителем» внушения является слово, содержащее в себе, помимо смысловой, также и чисто-звуковую часть, последняя при известных обстоятельствах может быть настоящим условным раздражителем, вызывающим соматический гипноз.

В соответствии с этим мы считаем возможным утверждать: то, что возникло благодаря внушению, понимаемому в вышеуказанном смысле, может быть и устранено лишь при помощи соответствующих психических воздействий.

Разумеется, это положение не носит абсолютного характера, так как очень большими (по существу токсическими) дозами можно устранить гипноз, однако, надо полагать, лишь при условии, если введенного количества достаточно для устранения так называемого «нижнего сознания». Интересно в этом отношении наблюдение Кронфельда, когда у эпилептика, находящегося в гипнозе, во время врачебной демонстрации наступил припадок (эпилептический), по окончании которого прекратился и гипноз.

В действии фармакосредств на гипноз, как и на другие психические проявления, важно то, что они не в состоянии непосредственно, подобно внушению, влиять на то или другое психическое содержание, а способны оказать более массивное действие на весь аппарат психического функционирования в целом.

Такое представление согласуется с фило-и онтогенезом, т. е. с существованием различных нервно-психических уровней, которым соответствуют «адэкватные» психо-физиологические факторы воздействия.

Таким образом, только при тщательном анализе двойственной природы (соматической и психической) гипноза и нормального сна можно рассчитывать на дальнейшие успехи в познании этих крайне интересных и важных вопросов.

Глава V

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ИСТЕРИКОВ

В нашу задачу отнюдь не входит постановка вопроса об истерии во всей сложности этой проблемы, и мы не стремимся, хотя бы в общих чертах, изложить существующие взгляды и как-то суметь отразить необозримую литературу, касающуюся этого заболевания. Наша цель—сопоставить влияние фармакосредств и гипнотического внушения на истерические проявления и, соответственно, оценить значение физиогенных и психогенных моментов в генезе истерии.

Все авторы, занимающиеся последнее время изучением истерии (Кречмер, Бумке, Гохе и др.), единодушно и, несомненно, правильно подчёркивают, что прогресс наших знаний о сущности истерии тесно связан с выяснением границ и взаимоотношений между органическим и функциональным, соматическим и психогенным, произвольным и автоматическим и т. д. Как известно, Бабинский создал учение о так называемом питиатизме, полагая, что истерическими симптомами являются только те, которые возникают и устраняются при помощи внушения и самовнушения. По Бабинскому, истерия не может быть ответственна за органические нарушения, с которыми её путают. Она способна их имитировать, однако, всегда несовершенно, так что возможно отличить копию от оригинала. Из пределов истерии необходимо исключить все висцеральные расстройства, лихорадку, вазомоторные и трофические нарушения, кожные проявления (отёки, гангрены, кровоподтёки, пемфигус, purpurias и т. д.) Такие нарушения Бабинский и Фроман относят к «группе промежуточных между органическими нарушениями в собственном смысле и истерическими расстройствами». Будучи последовательным в своей точке зрения на истерию, Бабинский упорно отрицал возможность вызывать гипноти-

ческим внушением вегетативные нарушения в форме мнимого ожога, температурных колебаний и т. д.

Хотя реальность питиатизма Бабинского почти всеми единодушно принимается, но многие не могут согласиться со столь значительным сужением границ истерии. Маринеско, Ван-Богаэрт и другие считают, что вазомоторные, секреторные, термические и другие аналогичные нарушения могут быть истерической природы и устраняются при помощи внушения. Интересно, однако, отметить, что, например, моторные нарушения (паралич или контрактура) исчезают не сразу после внушения, а лишь постепенно, вместе с возвращением активной мобилизации конечности и нормальной деятельности сегмента поражённого члена. Таким образом, остаётся ещё не совсем ясным, насколько велика при этом роль внушения.

По мнению Буассо, для возникновения вегетативных нарушений при истерии необходимо участие трёх факторов: предрасположение в виде вегетативных отклонений, иммобилизация и психическое состояние, позволяющее существовать иммобилизации в течение длительного времени. Кречмер подчёркивает значение при истерии «рефлекторной готовности», «предобразованных механизмов», которые облегчают пускание в ход «примитивных реакций». Кузнецов и Широков обращают внимание на функциональное состояние периферических нервных приборов, которое может облегчить или затруднить реализацию тех или иных невротических представлений.

Значение внепсихических моментов в генезе истерии нашло своё наиболее яркое выражение в токси-инфекционных теориях о происхождении истерии, позволяющих некоторым авторам трактовать её с чисто соматической точки зрения. Мы остановимся только на некоторых моментах, имеющих значение для наших исследований.

Как отмечает П. Жанэ и другие, резкие невротические, в частности истерические, реакции особенно часто возникают на почве туберкулёзного истощения, нередко встречаются также при тифах, при анемии и даже втором периоде сифилиса (Фурнье). При отравлении бензином, которое иногда на резиновых фабриках приобретало массовый характер, наблюдались не только обморочные состояния, но иногда и истерические припадки. Говорят также о так называемой «алкогольной истерии», наблюдающейся при алкогольном опьянении и выражающейся в некоторой театральности поведения, аггравации болезненных явлений и истерических припадках. В. П. Осипов указывает, что истерические явления нередко обостряются в периоде воздержания от наркотических средств (морфия, кокаина).

Эндокринные сдвиги, например, в период menstrua, беременности и т. д., также часто сопровождаются «истеризмом». Как известно, Бумке, Т. А. Гейер и Гиляровский развили учение о так называемой инволюционной истерии, в генезе которой, однако, помимо эндокринных сдвигов, имеет значение целый ряд других факторов (возрастные изменения личности, конституция, психогенные моменты). Некоторые и явно органические поражения нервной системы, как рассеянный склероз, сирингомиэлия,—могут комбинироваться с истерическими проявлениями; последние встречаются также у эпилептиков. Повидимому, как полагает В. П. Осипов, и некоторые из явлений, свойственных истеричным и наблюдаемые при схизофрении, вопреки мнению Ниссля, должны рассматриваться как истерические (характерные припадки).

Особенно большую роль сыграл в привлечении внимания к органическим моментам в происхождении истерии эпидемический энцефалит. В 1924 г. Маринеско, Радовичи и Драгенеско впервые описали у паркинсоников при эпидемическом энцефалите—les crises oculogyres, причём эти авторы заметили, что их больные обнаруживают преувеличенную внушаемость: начало приступа почти всегда провоцируется психическим шоком или психическим заражением или наступает от простого внушения в состоянии бодрствования. Этот синдром, неопровержимо свидетельствующий о стриарном поражении, Родовичи обозначил несколькими сходными названиями: «органическое истероидное состояние», «постэнцефалитический истеризм», «истероидный синдром диэнцефалоза».

Гофман отграничивает от неврозов «функциональные заболевания» нервной системы, которые, хотя и являются выражением органической неустойчивости телесных функций, однако не оформляются как собственно органические. Соответственно такому разграничению и терапия этих форм разная: психотерапия, давая закономерный эффект при неврозах, не имеет успеха при функциональных заболеваниях. Сходные взгляды, пользуясь иной терминологией, высказывает также целый ряд других авторов—Шильдер, М. И. Аствацатуров, Н. А. Лурия, В. Н. Мясищев и т. д.

Из современных методов терапии истерии представляет интерес попытка Барюка, Геводана лечить истерию скопохлоралозой. По их наблюдениям, наибольший терапевтический эффект был получен в питиатических случаях, однако также и контрактуры, параличи и т. д. поддавались быстрому устранению. Наоборот, лечение скопохлоралозой других неврозов (психастения, «сенестопатии») не дало заметных результатов. Не отрицая возможного участия суггестивных факторов в самом прописывании и условиях, при которых применяется скопохлоралоза, авторы считают невозможным свести весь терапевтический результат

лишь к косвенному внушению: другие медикаменты, рассчитанные на психическое воздействие на пациентов, остались без эффекта.

После этого небольшого введения, перейдём к изложению и анализу наших собственных случаев и исследований.

Для более основательного разрешения вопроса о степени специфичности и эффективности действия фармакосредств и гипнотического внушения на истерические проявления, равно и роли физиогенных и психогенных факторов в их возникновении, мы посчитали наиболее правильным обратиться к изучению тех сравнительно редких случаев истерии, где она особенно тесно связана с соматической сферой и клинически проявляется, наряду с банальными симптомами, в виде бреда одержимости гадами (змеями, лягушками и т. д.). В историческом аспекте интересно отметить, что как раз идеи одержимости играли очень важную роль в психических эпидемиях душевнобольных эпохи феодализма и приводили их на костры инквизиции. В настоящее время подобные больные с идеями одержимости встречаются редко. Два таких случая описаны В. П. Осиповым. Под нашим наблюдением находилось три таких больных, с идеями одержимости змеями, причём двое из них (2 и 3 случаи) уже были нами, совместно с профессором В. С. Дерябиным, описаны ранее[1]. В настоящей работе нами приводятся только два случая (1 и 2).

Случай 1. Больная Т., 28 лет, эстонка, поступила в психиатрическую клинику 14/I-37 г. Выписалась 17/II-37 г.

Общий анамнез. Со стороны наследственности: больная отмечает только большую нервность у тетки со стороны матери, душевнобольных в роду не знает. Сама больная—по счёту второй ребёнок. Ходить и говорить начала своевременно; в детстве ничем не болела. Лет пяти тонула в речке: почему-то закружилась голова, и она упала в речку, подруги вытащили. Впрочем, это происшествие не оказало какого-либо влияния на её состояние. Имела много подруг, была довольно весёлой, но плаксивой; шалила мало.

В школе училась плохо; три года просидела в одном классе; особенно плохо давалась арифметика. С малых лет (8—9 лет) стала помогать по домашнему хозяйству.

Детство провела в родном доме, материальные условия были удовлетворительными; родители относились к детям хорошо. Menses начались в $15^1/_2$ лет. Шестнадцати лет вышла замуж по любви, но с мужем прожила всего один год, так как он был случайно убит. В 1933 г. (когда больной было 19 лет) в её жизни произошло большое несчастье: была вырезана вся её семья (родители, брат и сестра). Сначала много плакала и тосковала, но потом успокоилась и чувствовала себя вполне удовлетворительно. Несколько позже перенесла в течение 5 месяцев тяжёлую малярию: приступы были ежедневные, сильно исхудала, «чуть не умерла». Два года тому назад (20 л.) вышла замуж вторично, тоже удачно. После выхода замуж стала занимать-

---

[1] Проф. В. С. Дерябин и пр.-доц. И. С. Сумбаев. «Бред одержимости и соматические ощущения». Труды Вост.-Сиб. мединститута, сборник № 3, 1935 г.

ся домашним хозяйством. От второго мужа была девочка, которая, однако, умерла 7 месяцев от поноса и рвоты; похоронив девочку, много плакала и горевала.

По характеру больная считает себя сердитой, часто ссорилась со своим мужем.

Иногда привязываются всякие мысли, опасения, в частности, часто беспокоится за мужа; боится, что с ним случится что-нибудь дурное и т. д.

Анамнез болезни. Ещё до болезни, летом прошлого года, стала бояться, что кто-нибудь к ним заберётся, не спала по целым ночам, думала—не залез ли кто в подполье. Боялась оставаться одна днём. «Как бы не пришёл кто-нибудь, не стукнул её». Такое состояние, однако, развилось не сразу после трагической гибели семьи, а лишь в прошлом году. После того, как вырезали семью, она такого страха не испытывала. А тут (в сентябре 1937 г.), как только наступит вечер, она начинает всё проверять: заперто ли подполье, не сидит ли где-нибудь злоумышленник и т. д. Вместе с тем давит какая-то тоска, навёртываются какие-то непонятные слёзы, как будто её ждёт самая печальная судьба.

Считает себя больной с 4/X-1937 г.

Однажды, после тяжёлой работы, она пришла домой очень утомлённой и вскоре заснула необычно глубоким сном. Проспала всего с полчаса. Во сне видела, что пьёт холодную воду; проснувшись, «почувствовала тяжело в груди, как будто там забился ребёнок». Обратилась в больницу, где дали лекарство, но состояние не улучшилось. Бабы говорили, что раз она видела такой сон (пила холодную воду), то значит к ней в горло заползла гадюка. Муж не верил в это и убеждал её, чтобы она не слушала, так как таких вещей не бывает, а что, вероятно, она заболела. Однако она поверила женщинам: «Раз что-то залезло в рот, значит—змея».

Заставила мужа истопить баню (по совету бабушек), где произошла целая церемония «изгнания змея». Затем её «лечила цыганка», которая настояла какими-то корешками $^1/_2$ литра водки и дала ей выпить. По совету бабушек, принимала также конскую мочу и пот, «настойку» золы с мылом, дёготь и прочее, но без всякой пользы.

Лечилась у многих врачей и принимала разные лекарства, однако безрезультатно. Три раза ходила на рентген, слёзно просила сделать ей операцию и, по словам больной, с радостью легла бы под нож хирурга. Врачи её разуверяли в существовании змеи, «но кто знает: и веришь и не веришь». Она не могла поверить врачам потому, что она чувствовала внутри что-то живое и притом находясь в полном сознании. Как только заболела, то «в виду своей болезни», совершенно прекратила половую жизнь.

Обще-соматическое состояние. Телосложение ближе к астеническому. Питание пониженное, кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Границы сердца в норме; тоны чистые.

Нервная система. Конъюнктивальные и глоточный рефлексы отсутствуют. Левосторонний птоз. Конфигурация зрачков правильная, зрачки одинаковой величины, реакция на свет живая. Поле зрения несколько сужено. Коленные рефлексы повышены, равномерны. Болевая чувствительность понижена по всему телу.

Результаты исследования желудочного содержимого (29/I-1937 г.)

Общая кислотность	40
Свободная соляная кислота	25
Связанная соляная кислота	9

Молочной, уксусной и масляной кислоты нет.

Яиц глистов в кале не обнаружено (исследовалось повторно).

Психическое состояние. Больная вполне сознательная, сама согласилась лечь в клинику, так как в стационарном лечении видела последнюю надежду на выздоровление. Довольно общительна с окружающими больными, но склонна к ссорам, аффективно-одностороння в оценке отношений между людьми. Интеллектуальное развитие невысокое, малокультурна.

В центре внимания больной находятся переживания, связанные с идеями одержимости. Почти всё время чувствует присутствие в её теле «постороннего существа», т. е. гадюки. Обычно последняя «подступает и давит горло», но иногда ощущается и «на зубах». Только во время еды почему-то перестаёт чувствовать гадюку, и горло становится свободным.

По описанию больной, «гадюка» обладает примерно следующими признаками и, так сказать, манерой поведения. Она «серая, обыкновенная гадюка», скользкая и холодная; имеет жало, иногда кусается; часто «лезет прямо на зубы» и больная чувствует её колючую шкуру. По мнению больной, гадюка питается её соками. Одно время у неё был запор: как-будто кто-то съедал её пищу. Вероятно, это делала гадюка. Последняя, по представлению больной, никогда из неё не выходит, однако во сне она её не чувствует. Не сомневается в реальности существования гадюки и негодует, когда улавливает сомнение в словах собеседника.

Течение болезни и фармако-гипнологические исследования

Опыт № 1. 14/I-1937 г. Состояние обычное. 12 час. Дан 40% раствор Spiritus vini в количестве 100,0. 12 ч. 15 м. Оглушение в умеренной степени; вначале чувство давления в горле несколько усилилось, затем заметно ослабло.

С 12 ч. 15 м. по 12 ч. 30 м. Гадюку чувствует немного слабее, чем обычно. 12 ч. 30 м. и позже. Обычное состояние.

Опыт № 2. Жалуется, что в животе кто-то не то кричит, не то пищит; чувствует дрожание в животе, когда прикасается к нему рукою. Испытывает давление в горле. Твёрдо убеждена, что в её животе поселилась змея.

Прописано: Tinc. Opii simpl. по 8 кап., 3 раза в день.

18—25/I. По словам больной, ощущение в горле значительно ослабло: не давит, как раньше. Тем не менее продолжает упорно верить, что гадюка живёт в её теле.

26/I. St. idem. Tinc. Opii simpl. отменена.

27—28/I. Гадюка снова стала подступать к горлу, ещё больше, чем до приёма лекарства. После взятия у больной желудочного сока, гадюка «полезла сильнее».

Опыт № 3. Гипнотический сеанс: тяжесть во всём теле, правая рука притянулась, согласно внушения, ко лбу; полная сохранность воспоминаний периода гипноза. Специальных внушений больной сделано не было, тем не менее она осталась очень довольной применённым лечением и выразила надежду, что гадюка будет изгнана: «до чего доходит наука».

29—30—31/I. Опыт № 4. Гипнотический сеанс. Тяжесть во всём теле, рука стала, как свинцовая, не могла произвольно открыть глаз.

Внушено исчезновение неприятных ощущений в горле, отказ от мысли, что в неё забралась гадюка, хорошее настроение.

1/II. По словам больной, продолжает всё так же давить горло, верит в существование гадюки.

Во время психотерапевтической беседы с больной выяснилось, что незадолго до болезни она, поссорившись с мужем, назвала его «змеем». Она потом всё думала: зачем она так поступила и очень раскаивалась в этом. В конце концов, осознав свою вину, попросила у мужа прощения. Выхо-

дит, что «змей» является наказанием за то, что она обозвала мужа. Как раз после ссоры с мужем она легла спать и ей тогда-то и приснился вышеуказанный сон. Муж у неё хороший, тихий, так что она винит не его, а себя: «Вместо мужа залез в неё змей и мучает её таким образом».

2/II. Испытывает давление в горле. Самочувствие неважное.

3/II. Никаких жалоб не выражает. Стала хорошо спать.

5/II. Чувствует себя хорошо, давления в горле не испытывает, имеется небольшое покалывание в области живота.

Опыт № 5. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено: полное здоровье, бодрое настроение, хороший сон, понимание возникновения идеи о змее так, как это было установлено во время психотерапевтической беседы.

7—12/II. Колебания в настроении и в отношении к болезни: гадюка то подступает к горлу, то никаких ощущений больная не испытывает.

13/II. Опыт № 6. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Полная амнезия с возможностью сделать безболезненно сквозной прокол кожи, вызвать галлюцинации и постгипнотические внушения. Внушено: полная уверенность в своём здоровьи, критическое отношение к существованию гадюки.

14/II. Говорит, что она «заплюёт глаза тому, кто ей будет рассказывать сказки о змее»; весёлая, довольная, часто смеётся.

15—17/II. Состояние хорошее. К гадюке относится критически. Просит выписать её домой.

18/II. Выписалась домой.

Наличие у только что описанной больной Д. истерических черт в характере (повышенная внушаемость и эмотивность, эгоцентризм, наглядно-конкретный склад мышления, склонность к примитивным реакциям и т. д.), при отсутствии органических симптомов со стороны нервной системы и при наличии так называемых истерических стигмат, убеждает в том, что в данном случае мы имеем дело с истерией.

В наследственности и в развитии Д. особых патологических отклонений не устанавливается, однако её умственный уровень невысок, что вряд ли может быть всецело объяснено социально-бытовыми условиями её жизни и недостаточным образованием. В генезисе идей одержимости Д. несомненно сыграли определённую роль примитивно-суеверные взгляды окружающих её лиц. Как мы разберём это более подробно в дальнейшем, здесь приходится считаться также и с другими важными моментами (психическая травма, нарушение функции сна, роль соматических ощущений, конституциональные особенности характера).

Как мы видели в опыте № 1, алкоголь не в состоянии был устранить идей одержимости и ощущений нахождения в теле гадюки, но в период опьянения эти переживания становились менее интенсивными.

Ещё более показательно действие опия, который, не вызывая, как алкоголь, помрачения сознания, вполне отчётливо снижал не-

приятные ощущения давления в горле, но не оказывал влияния на бредовую убеждённость в существовании змеи. И только при помощи гипнотического внушения оказалось возможным устранить идею одержимости.

Ещё с более разнообразными факторами, принимающими участие в построении болезни, приходится считаться в случае, к изложению и разбору которого мы сейчас переходим.

Случай II. Больная Т. 33 лет, замужняя, домашняя хозяйка, поступила в клинику 3/III-1928 г.

Анамнез. Заболевание началось с 20-летнего возраста, когда она была ещё девушкой. Однажды летом она была вместе со своей семьёй на покосе. Пришлось переночевать в поле. Больная заснула очень глубоко. Окружающие обратили внимание на её необычный храп. Она видела сон, что где-то лежит и что её будущий муж, желая пошутить, подавал ей через голову сладкую воду. Хотела ему сказать, что он её задушит, но выговорить ничего не смогла. Проснувшись, больная с полчаса не могла двинуть ни рукой, ни ногой и вместе с тем почувствовала, что в животе как-будто шевелились холодные льдинки, появились сильные боли, урчание, покалывание внутри и она решила, что во время сна через рот к ней в живот заполз уж и вызывает эти ощущения. Окружающие позавязывали себе рты платками, чтобы с ними не случилось того же.

За два дня до описанного происшествия левая рука у ней сделалась как плеть, она не могла даже пошевелить пальцем. Такое состояние продолжалось минут двадцать. На 4-ый день после этой ночи «уж» начал временами сосать, подступать к сердцу. Она даже могла захватить его рукой через покровы живота. Уж имел обычно горизонтальное положение, несколько ниже подреберья. Больная чувствует, как он двигается, поднимается вверх, опускается, ворочается, сосёт, достигает сердца, вызывая в нём биение и замирание.

С тех пор уж занял главное место в её жизни. За 12 лет болезни она никогда не была свободна от неприятных ощущений. Всегда чувствует что-то лишнее в животе, даже тогда, когда «уж лежит—не даёт о себе знать». Первое лето «уж особенно был проворным». Постепенно его движения стали более слабыми и привычными. Сильное шевеление ужа обычно сопровождается урчанием, иногда появляется явственное ощущение сжимания. Только сон давал ей облегчение, хотя и тут нередко отдых нарушался страшными сновидениями. Надо сказать, что на своё заболевание больная смотрела, как на наказание. Совершив один неблаговидный поступок, она стала бояться, что отец её проклянет. Вскоре отец заболел и умер. У неё осталось чувство, что он умер по её вине. В то время ей было 17 лет. Всю жизнь она мучилась, что отец мысленно её проклял: «Потому и заболела, что учинила ему такую пакость, что оказалась змеёй против его». Помимо «основной болезни», больная жаловалась на запоры и общую слабость.

По словам больной, её мать имеет раздражительный и злобный характер; кроме того у неё бывают припадки. Сама больная в детстве страдала «золотухой». До 12 лет был enuresis nocturna; одно время заикалась. Имела три беременности. Из них одна закончилась преждевременными родами; больная связывает это с подниманием тяжёлого ушата. Ребёнок умер на 11-й день. Двое детей живы, но очень нервные, часто плачут по ночам. У дочери (6 лет) имеется косоглазие, временами бывает ночное недержание мочи. После родов были кровотечения. Лечилась от женских болезней.

Обще-соматическое состояние. Питание пониженное, кожа и видимые слизистые оболочки бледны. На шее рубцы от перенесённой золотухи. Шейные и локтевые железы прощупываются, подвижны, величиною с горошину. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховаты. Периферические сосуды слегка уплотнены. Опущение желудка и печени. Правая почка прощупывается. Яиц глистов в кале не обнаружено (исследовалось повторно). Диагноз терапевта: атония и achilia gastrica. Диагноз гинеколога: хронический параметрит.

Нервная система. Конфигурация левого зрачка слегка изменена; d>s; реакция зрачков на свет живая. Поле зрения несколько сужено. Левая носогубная складка сглажена. Коленные рефлексы слегка повышены; равномерны.

Глоточный и конъюктивный рефлексы отсутствуют. RW в крови и цереброспинальной жидкости отрицательна.

Психическое состояние. Больная вполне сознательна, охотно согласилась лечь в клинику для лечения.

В отделении быстро приспособилась к новым условиям существования. Умственные способности не ниже средних. Заметно стремление выделить себя из остальной массы больных, полуснисходительное отношение к ним. С любовью, подробно рассказывает о своей необычайной, особенной болезни, «которую, наверное, не каждому врачу приходилось встречать в своей практике». Картинно рисует нрав и обычаи ужа. Говорит о нём, как о существе, с которым нельзя не считаться и который невольно своим поведением как бы вызывает к нему чувство своеобразного уважения. Ощущение усиливается, когда она пьёт горячее: «уж пар любит, поднимается». Приём холодного, наоборот, заставляет его опускаться вниз: «на холодное не идёт». Поднимается уж медленно, а опускается быстро, сразу: «как будто в нём гирька находится». Выяснилось, что ощущение движений ужа возникают совершенно закономерно при появлении чувства голода, поэтому дома больная всегда принимала пищу через короткие промежутки времени. После приёма нераздражающей пищи ощущения исчезали. Возбуждающе на ужа действуют: касторка, кислая капуста, кислый квас, солёное, горячее (молоко, чай); успокаивающе—холодная вода, лёд, кисель. Иногда уж опускается к заднему проходу (например, однажды, когда она поела компота). Ночью часто позывы на рвоту: «как будто муху проглотила», но рвоты не бывает. Бывает также икота. Вскоре после заболевания её мнение об одержимости ужом подтвердил какой-то фельдшер. Раза два больная обращалась к медицинской помощи, но встретила скептическое отношение к существованию ужа в её животе. С чувством обиды и негодования отвергает всякие сомнения в реальности ужа, так как, по её словам, она вполне отчётливо ощущает его давление и перемещение. Говорит, что она не согласна на операцию, так как не переносит наркоза, и вместе с тем, выражает надежду на медикаментозное воздействие на ужа: «Разве нет такого средства, которое бы его разорвало на части».

Ввиду того, что при расспросах больной ясно выступала связь движений ужа с ощущениями, исходящими из желудочно-кишечного тракта, было поставлено несколько фармакологических опытов.

Опыт № 1. 3/III-1928 г. было дано слабительное (Natr. sulfurici 30,0). Минут через 20 в животе у больной началось урчание. Она почувствовала, что уж заволновался, «стал сильно ворочаться, но сердце не сосал». Через полчаса ощущения исчезли и снова появились на некоторое время при приёме пищи.

Опыт № 2. 4/III. Дано 15,0 Natr. sulfurici—аналогичные явления, но в более слабой степени.

Опыт № 3. 5/III. Для того, чтобы иметь возможность видеть соотношение между «движениями в желудке» и ощущениями, было произведено рентгенологическое исследование. Больной дана бариева каша,—при появлении ощущения она должна была нажать на ключ, соединенный с электромагнитным отметчиком. Но во время исследования у больной ощущений не появилось, даже и после того, как ей дали Natr. sulfurici.

Когда больная возвратилась из рентгеновского кабинета, она говорила, что у неё такая болезнь, которая стесняется общества.

Опыт № 4. 7/III. Проведён сеанс гипноза. Глубокого сна не получилось (Somnalentia по Форелю). При засыпании—икание, рвотные движения; возникло ощущение перемещения ужа вверх от желудка, чего у ней прежде не наблюдалось. Внушено, чтобы больная не обращала внимания на возникающие в животе ощущения и чувствовала себя совершенно здоровой. Тем не менее днём и вечером после гипноза были ощущения движения ужа.

Опыт № 5. 8/III. Произведена проба с атропином (раствор 1 : 1000) по методу Danielopolu. Перед опытом больная испытывала «лёгкое пошевеливание ужа». Пульс в среднем 82.

Количество введённого раствора атропина	Клиностатический пульс	Ортостатический пульс
0,2	72, 72, 79, 72.	96, 96, 88.
0,5	70, 74, 72, 69, 70.	83, 90, 94, 87, 90,
0,5	96, 87, 85, 85, 89.	110, 110, 115.
	Ощущение пошевеливания в области желудка.	Урчание.
0,5	86, 88, 89, 92, 95, 96.	115, 126, 132, 144, 126.
	Ощущение пошевеливания в области желудка.	Ощущение шевеления уменьшилось
	110, 96, 100, 102.	
	Ощущений нет.	

К концу опыта ощущение движений «ужа» прекратилось.

В виду лёгкого головокружения и некоторой общей слабости опыт прерван. Через полтора часа опыта слабое «пошевеливание ужа», которое скоро исчезло. После обеда было небольшое «шевеление ужа», уж спустился ниже чем обычно; ночью меньше подходил к сердцу. Сообщила, что формы ужа никогда не ощущала, но чувствовала как бы сжимание и движение в животе.

Опыт № 6. 3/III. Имеется ощущение движения ужа. В 4 час. дано 8 кап. Tinc. Opii simpl. Через полчаса уж стал «совсем тихонько двигаться и совершенно перестал сосать».

10/III. Ощущение движения ужа продолжается, но слабее; сосания нет.

Опыт № 7. 11/III. Дано 8 кап. Tinc. Opii simpl. Шевеление ужа заметно ослабело.

Опыт № 8. 12/III. Дана столовая ложка Ol. Ricini. Минут через 20 больная стала ощущать сильное перемещение ужа, продолжавшееся около часа, затем оно заметно ослабло.

Опыт № 9. 14/III. Дана та же доза Ol. Ricini. Аналогичное действие. 16/III. Ощущение в животе уменьшилось. Больная относится к ним спокойно, перестала толковать бредовым образом. Выписана для амбулаторного лечения, причём ввиду установленной у неё ахилии ей прописана соляная кислота с пепсином.

22/III. Чувствует себя хорошо, появился аппетит, исчезли запоры. Ощущения в животе временами возникают, но слабее, «раньше было что-то толстое, а теперь тоненькое, сильно не стесняет». Горячее (чай, молоко и пр.), попрежнему, вызывает резкое усиление ощущений.

29/III. Больная выглядит свежее, несколько пополнела. Аппетит и сон хорошие, ощущения в животе появляются редко, ощущение «сосания» исчезло совершенно.

В своё время, когда этот случай был нами описан (совместно с проф. В. С. Дерябиным), мы безоговорочно его отнесли к истерии, как ввиду наличия истерических черт в характере Д. (кратковременный паралич руки за два дня до заболевания, стремление выделить себя из остальной массы больных и пр.), так и благодаря типично-психогенному возникновению и устранению бреда одержимости. Однако, катамнез этой больной, который мы сейчас приводим, оказался не совсем обычным, хотя, в общем, и понятным с точки зрения наступивших возрастных изменений личности.

Катамнез. 14/I-34 г. Больная пришла на амбулаторный приём в Центральную поликлинику, причём, по собственному желанию, переждала одну очередь, чтобы иметь возможность поговорить с врачом наедине. Обрадовалась, что встретила знакомого врача. Затем, без особых предисловий, сообщила, что её бывший муж, с которым она разошлась из-за непробудного пьянства, и который, так сказать, на правах старого знакомого и «степенного человека» поселился снова вместе с ней, стал действовать на неё гипнозом, выбрасывать «целыми столбами» в воздух какие-то порошки, вызывающие колотье во всём теле и затруднение в пользовании конечностями. Он угадывает, читает и списывает её мысли. Один раз, когда она, чтобы избавиться от этих гипнотических воздействий, ушла ночевать к родственникам, то и там ей не дал покоя, подбросив туда порошок. На словах муж упорно отказывается ото всего им творимого, однако на деле продолжает прежнее. Последнее время она даже вновь с ним сошлась, чтобы его «задобрить», но и это не принесло ожидаемого результата, так как гипнотическое влияние не прекратилось.

Чувствует свои мысли, как будто кто-то внутри говорит, например, «муж выводит, муж вывел, двадцать восемь». Его мысли ей сказали: «В левую бровь». Утром почувствовала как бы укол иглы в бровь. Другой раз голос мужа сказал: «Надо пускать меньше, чужой ребёнок». Как-то голос, исходящий из ребёнка, сказал: «Козуля». Слышит также голос неизвестного ей лица «Коли». Он сказал: «Завёрнут маленький ножичек в белу простыню». Что это означает—она не знает сама.

В её доме всё время стоит как бы табачный дым, от которого руки становятся неподвижными, какой-то силою заставляет спать, причём во сне тело деревенеет. Она поняла, что всё зависит от гипноза, так как с ним она познакомилась ещё находясь в психиатрической клинике.

Итак, катамнез Д. (который мы, к сожалению, не смогли сделать более всесторонним, так как больная ускользнула из поля нашего зрения) показывает, что заболевание, квалифицированное

ранее как истерия, превратилось в период климактерия в несовсем типичный инволюционный параноид, причём вместо идей одержимости появились бредовые идеи влияния и преследования, словесные (психомоторные) галлюцинации (синдром душевного автоматизма французских авторов). Внешне поведение Т. продолжало быть настолько правильным, что не возникало необходимости в интернировании её в стенах психиатрического заведения.

Таким образом остаётся не вполне ясным, в какой мере такая эволюция заболевания может быть расценена как до известной степени естественная трансформация истерии в период инволюции, или же приходится допустить, что и ранее истерия была не совсем типичной, поскольку она дала столь необычные проявления, как бред одержимости, чрезмерную, граничащую порою с бредом, подозрительность, слишком большое концентрирование внимания вокруг соматических ощущений, относительно слабую внушаемость и т. д. Тем не менее, в период нахождения Т. в клинике психо-терапевтические воздействия оказались способными устранить у неё идеи одержимости, и она была выписана в хорошем состоянии.

Что же касается фармакологических проб, то они давали достаточно выраженные сдвиги в соматических ощущениях, но, как и у первой больной, не устраняли бредовых идей одержимости. Из фармакологических проб совершенно ясно видно, что объектом иллюзорно-бредовых толкований Т. являлся желудок и, отчасти, нижележащие отделы желудочно-кишечного тракта.

Действительно, после дачи слабительных (Natr. sulfurici, Ol. Ricini), усиливающих перистальтику кишечника, «змея» начинала особенно интенсивно двигаться; наоборот, после приёма опия, уменьшающего перистальтику кишечника, движение «змеи» ослабевало, временами прекращалось совершенно.

Внутривенное введение атропина в фазе, возбуждающей действия на n. vagi, давало некоторое усиление ощущения перемещения «змеи»; наоборот, в фазе паралича окончаний n. vagi эти ощущения исчезали совсем. Аналогичный эффект производил и пищевой режим, а именно: пища, раздражающая кишечник и усиливающая перистальтику (горячая пища, ржаной хлеб, кислая капуста), а также голод усиливали ощущение движения «змеи»; наоборот, пища, понижающая перистальтику (пища, принятая в холодном виде, нераздражающая), ослабляла эти ощущения.

Попытаемся теперь, исходя из произведённых нами фармако-гипнологических исследований, провести психопатологический анализ факторов, определяющих построение этого своеобразного феномена, который получил название бреда одержимости.

Как уже нами указывалось выше, нет оснований сомневаться, что при острых психотических реакциях воздействия, способные

изменить структуру синдрома, имеют сходство (а в некоторых случаях и тождество) с теми факторами, которые порождают его существование. Если, например, нам удалось при помощи внушения устранить истерический симптом, то мы вправе допустить, что в его происхождении играет роль самовнушение, или если атропин в состоянии устранить у больного с эпидемическим энцефалитом галлюцинаторное состояние, мы имеем основание думать, что в данном случае возникновение обманов чувств стоит в определённой зависимости от вегетативной нервной системы, а следовательно подчинено и химической регуляции.

Прежде чем ответить на весьма важный вопрос о зависимости «бреда одержимости» от соматических ощущений, нужно разобраться в их происхождении. Порождаются ли эти ощущения определёнными раздражителями, идущими со стороны желудочно-кишечного тракта, или представляют собой психогенные симптомы, использовавшие соматические пути, как это очень часто наблюдается при истерии.

У всех трёх больных имеются изменения состава желудочного сока, характерные для катара желудка с пониженной кислотностью.

Принимая во внимание лёгкую доступность испытываемых больными ощущений определённым фармакологическим воздействиям и зная, на основании выше разобранных фармако-гипнологических исследований, о невозможности избирательно влиять на внушённые и истерические проявления при помощи тех или иных химических веществ, мы можем с уверенностью считать, что висцеральные ощущения, отмечающиеся у больных, по своему происхождению в основном не являются психогенными.

Однако большинство людей, говорит Ясперс, не являются спокойными наблюдателями телесных процессов в органах или нервной системе, и поэтому обычно оценка этих явлений искажается вследствие возникновения чувства боязни, недоверия и т. д. Ещё больше соматические ощущения привлекают внимание психоневротиков и некоторых душевнобольных.

Как пример использования бредовыми идеями висцеральных ощущений, можно привести случай Гегара. Он описал старую параноидную схизофреничку, которая в больнице несколько лет подряд высказывала бредовую идею, что она вместе с выпитой водой проглотила лягушку, которая ей причиняет неприятные ощущения. При вскрытии обнаружили блуждающую почку, висевшую на узком мезентериальном тяже и как бы плававшую в брюшной полости.

Итак, уже рассмотрение «состава ощущений» заставляет нас обратиться к анализу сознания наших больных и там искать источ-

ник бредообразования. Но чтобы окончательно отказаться от «периферической теории» бредообразования, нужно отвергнуть возможность катестезического (Гиляровский) и сенестезического (Гиро) бредообразования, т. е. теорий, при которых некоторые формы бреда выводятся из низших органических ощущений.

В данном случае против такого механизма бредообразования говорит не только невозможность более или менее существенно влиять на бредовые установки при помощи вегетативных ядов и других фармакосредств, но, как мы постараемся показать, несомненно психогенное происхождение этих бредовых идей, поддающихся психо-терапевтическому воздействию.

Разобравшись в механизмах возникновения бреда, мы, вместе с тем, лучше сумеем его квалифицировать, т. е. отнести к определённому типу, отграничить от обманов общего чувства и т. д. Обращаясь к условиям возникновения бредовых идей у наших больных, следует прежде всего отметить, что эти идеи одержимости развились у лиц малокультурных и находящихся под влиянием народных суеверий, предрассудков и мистических представлений. Но, несомненно, такое «окружение» могло только благоприятствовать развитию бреда, служить лишней опорой для него, но не объяснить всецело его генезиса, так как больные и раньше находились в тех же условиях и подвергались тем же социально-бытовым воздействиям, однако у них бредовых идей не развивалось, несмотря на наличие суеверий и других аналогичных убеждений. Следовательно, нужны ещё какие-то другие условия, чтобы развился бред. И в этом отношении весьма показательно, что во всех случаях бредовые идеи одержимости возникают после сна, во время которого больные обычно видят стереотипные сновидения, что они пьют холодную воду. Можно, конечно, допустить, что в анамнезе этих больных потому всегда отмечается такое начало бреда, что они используют сон, чтобы сделать более правдоподобной «теорию» о заползании гадов в рот во время сна. Но почему в таком случае у них всегда возникают стереотипные сновидения; почему этим сновидениям предшествует тот или другой конфликт с близкими им людьми; почему «змей» становится символом, имеющим для больных определённый аффективный смысл и т. д.,—на все эти вопросы такое простое предположение не в состоянии дать ответа.

Поэтому мы должны думать, что во сне происходит переработка, согласно особенностям психической деятельности в этом состоянии, тех жизненных конфликтных ситуаций, которые создаются у таких больных. Действительно, у первой больной (Д.) перед сновидением, после которого впервые возник бред одержимости, имела место крупная ссора с мужем, причём в

аффекте гнева она назвала его «змеем». Вторая больная (Т.) совершила неблаговидный поступок в отношении своего отца (украла у него деньги), тем самым стала в своих собственных глазах как бы «змеем». У третьей больной (М.), история болезни которой не приводится, также было много тяжёлых переживаний, которые предшествовали времени возникновения идеи одержимости. Из многих деталей клинической картины, которые легко можно было бы привести, если бы в этом была необходимость, выступает также и сексуальное значение символа змея.

В силу особенности психической деятельности во время сна (представляющей собою одно из проявлений «гипоноики» Кречмера) внешний конфликт как бы оказался перенесённым в область субъективных отношений личности, что и нашло своё выражение в своеобразных бредовых идеях одержимости, конвергирующих к соматическим ощущениям и искажающих их характер.

Такое понимание бредообразования вполне согласуется со взглядами Блонделя, который отвергает в подобных случаях значение соматических ощущений как причину возникновения бреда и который считает, что истинный источник бредообразования лежит в патологическом сознании, использующем для своей словесной реализации язык метафор и символов.

Подтверждением данного нами психогенеза бредообразования служит то, что уже попытки психологического разбора с больными происхождения их бреда оказывали благоприятное влияние на течение болезни, а применение гипнотического внушения у больной Д. заставило её отказаться от бредовой убеждённости в одержимости гадюкой.

С точки зрения Ясперса, Бирнбаума, Аккермана и других, стремящихся строго отграничить бредовые идеи (wahnhafte Ideen) от истинного первичного бреда (Wahnideen), идеи одержимости у описанных нами больных, вне сомнения, относятся к первой группе, так как они имеют аффективно-кататимическое происхождение, «понятны», т. е. психологически выводимы и устранимы при помощи психических воздействий. Они до некоторой степени приближаются к сноподобному бреду (délire onirique), описанному французскими авторами, однако, их связь со сновидениями и сном значительно менее тесная и глубокая.

Из отдельных особенностей бредообразования у наших больных заслуживает внимания то, что у больной Т. бредовые идеи одержимости сменились в дальнейшем (в периоде инволюции) синдромом душевного автоматизма в смысле Клерамбо, Клода и т. д. Можно ли здесь думать о настоящем «переходе» идей одержимости в словесные галлюцинации и бред влияния в связи с инволюцией или же сами идеи одержимости носили иной характер,

чем, например, у больной Д., или, наконец, считать, что нет никакой преемственности между идеями одержимости и развивающимся потом синдромом психического автоматизма—на все эти вопросы вряд ли можно дать вполне определённый ответ.

Резюмируя, мы можем сказать, что наши исследования дают возможность не только установить механизм и границы фармако-суггестивных воздействий на истерические проявления, но, вместе с тем, позволяют во многих случаях достаточно точно отграничить соматогенное от психогенного и тем лучше понять структуру болезни в целом.

Исходя из этих наблюдений, можно с уверенностью сказать, что лечение истерии чисто медикаментозными или физио-терапевтическими методами (если, конечно, в самой процедуре лечения не будет моментов, порождающих самовнушение), без одновременного использования психотерапии, не может устранить истерических симптомов (а, следовательно, и всего заболевания в целом), но способно оказать определённое влияние на «физиологический фон» и, таким образом, иметь косвенное (положительное или отрицательное) значение для устранения психогенных симптомов. С этой точки зрения всякого рода «токсические формы истерии» не могут рассматриваться как истерия в истинном смысле этого слова, а лишь как состояние до известной степени её напоминающее, благодаря использованию сходных, а иногда, быть может, частично и одинаковых психофизиологических механизмов.

Тем самым, конечно, не исключается возможность всяких сомато-психогенных сочетаний, адэкватный анализ которых часто бывает не только трудным, но даже, при современном уровне наших знаний, неосуществимым.

Теорию Бабинского об истерии (питиатизм) можно считать правильной лишь для понимания генеза истерических симптомов, а не всего заболевания в целом (и то при условии допущения, что в некоторых случаях внушение способно использовать механизм условного рефлекса) и, следовательно, к области истерии, помимо, так сказать, чисто-суггестивных (соответствующих аффективно-кататимическим механизмам внушения) проявлений необходимо также отнести некоторые органо-вегетативные нарушения.

Конечно, нельзя отрицать, что такие формы истерии отличаются от более широкого понятия «истерических реакций» и занимают, в чём можно согласиться с Бабинским, промежуточное место между органическими нарушениями в собственном смысле и чисто-истерическими расстройствами. При ещё более выраженной «органичности» мы уже переходим в область упомянутых выше «токсических форм» истерии.

Глава VI

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ НА ОНЕРОИДНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ

Целый ряд соображений, который мы сейчас изложим, побудил нас применить метод фармако-гипнотических воздействий и в отношении некоторых психотических явлений, встречающихся иногда при эпидемическом энцефалите.

Эпидемический энцефалит, как известно, очень часто вызывает те или иные патологические отклонения со стороны функции сна, в частности, в форме психотических, близких к делириозным, онероидных состояний с обильными, преимущественно зрительными галлюцинациями.

Сравнительное изучение действия фармакосредств и гипнотического внушения на онероидный синдром нам позволит не только лучше уяснить его структуру, но также достаточно ясно отграничить его от других состояний, в частности, истерического типа.

Кроме того эпидемический энцефалит представляет для нас особый интерес также и потому, что при этом заболевании особенно удобно изучить психо-соматические взаимоотношения, поскольку здесь в болезненный процесс вовлекаются преимущественно подкорковые образования, являющиеся основой наиболее элементарных психических проявлений.

Как известно, галлюцинаторные явления онероидного типа у энцефалитиков связывают с определённым поражением в области pedunculi cerebri и thalumus'a. Гесс при раздражении различных пунктов thalumus'a со стороны третьего желудочка наблюдал у кошек развитие экспериментального сна.

По Лермиту, не может быть никакого сомнения в зависимости галлюцинаций онероидного типа от педункулярных поражений. Во всех наблюдаемых им случаях развивались бредоподобные психосенсорные явления, которые сопровождались параллельными неврологическими симптомами. Если исчезали неврологические симптомы, то бледнели галлюцинации, и обратно. По Лермиту, имеется достаточно данных для отождествления педункулярных галлюцинаций с нарушениями, лежащими в основе сна и сновидений.

Онирические галлюцинации энцефалитиков, по Леонгардту, отличаются от параноидного бреда схизофреников, так как у энцефалитиков сновидные нарушения выступают на первый план.

Эти онероидные состояния энцефалитиков, по его мнению, очень приближаются по своему характеру к делирию алкоголиков.

В смысле действия на онероидные состояния энцефалитиков фармакологических веществ очень интересны исследования Клода,

Тинеля и Мишон; они приводят яркий случай, в котором отчётливо выступает определённое влияние фармакологических веществ (преимущественно вегетативных ядов) на прекращение и возникновение резких пароксизмальных кризов тоскливости и галлюцинаторности, которые наблюдались в хронической стадии эпидемического энцефалита. При этом оказалось, что подкожные инъекции пилокарпина и, в особенности, эзерина, обусловливали во время ваготонической фазы провокацию упомянутых кризов, тогда как под влиянием адреналина, атропина и скополамина кризы смягчались и исчезали. Вдыхание во время кризов амилнитрита вызывало немедленное, почти моментальное улучшение состояния больного. Любопытно, что под влиянием яда параллельно с этими колебаниями психического состояния возникали или устранялись les crises oculogyres. Это обстоятельство, по мнению автора, заставляет думать, что те и другие кризы обусловлены одним патогенетическим механизмом.

Монаков и Мург описали (под названием crise de Kakon) пароксизмальные приступы онероидного типа, характеризующиеся, помимо зрительных галлюцинаций, неопределёнными навязчивыми идеями неминуемого несчастья, чувством страха и подозрительности.

Мург сообщает также о случаях, когда у субъектов совершенно нормальных в смысле психического здоровья, но с расстроенной органо-вегетативной системой, после инъекции 1 мм атропина или адреналина развивались аналогичные психические состояния в виде невыразимого словесно чувства неминуемого несчастья, близкой гибели и т. д.

По мнению Мурга, такие состояния походят также на детские ночные кошмары с устрашающими галлюцинациями, не являющимися сновидениями, причём в происхождении таких обманов чувств определённую роль играет гиперваготония.

Перейдём теперь к описанию нашего собственного случая, где у энцефалитика в хронической стадии болезни довольно закономерно, примерно каждый пятый день, развивались приступы онероидного типа, на которые можно было влиять различными фармакосредствами (преимущественно вегетативными ядами), а отчасти и при помощи гипнотического внушения.

Случай 1. Больной П. 26 лет, украинец, холост, со средним образованием, поступил в психиатрическую клинику 1 сентября 1929 г.

Общий анамнез (со слов больного). Отец систематически, в течение ряда лет, выпивает перед обедом и ужином, по характеру мягкий, однако со склонностью к «нытью» и недовольству.

Один брат душевнобольной, другой (не родной по матери)—не учится, забывчив, не «все дома».

Лет пяти больной проломил голову, ударившись о сундук; в детстве был очень малокровным; в средней школе учился на пятёрки; культурные

навыки были достаточно развиты. С 16-ти лет начал заниматься онанизмом, от которого не освободился окончательно до настоящего времени.

В 1929 г. были тяжёлые переживания: один раз чуть не убили, однако нервных явлений после этого не развилось. По характеру был живым, энергичным, общительным человеком.

Общее соматическое состояние. Тип конституции астенический (с атлетическими компонентами). Пульс—72, кровяное давление: 80 (mn), 120 (mx), Liquor—давление повышенное; Nonne Apelt—; Weichbrodt—; Pandy+; цитоз 3 к. в 1 мм^3.

Нервная система (исследована 3/X-1929 г.). Конфигурация зрачков изменена; d>s; реакция зрачков на свет вялая; амплитуда уменьшена. Симптом Moebius'a. Движение глаз вверх ограничено. Нистагмоидные подёргивания глаз при переходе из одного положения в другое. Paresis n. facial. inf. Аффективно-мимические движения ослаблены. Мелкие ритмические дрожания мышц нижней челюсти. Речь плохо модулирована и монотонна. Дрожание языка; при высовывании язык слегка отклоняется вправо. Общая мышечная скованность; движения замедлены. Мышечный валик. Сухожильные рефлексы слегка повышены, равномерны; мышечные и периостальные—также. Красный дермографизм в средней степени.

Анамнез болезни и психическое состояние. С 1925 г. начала кружиться голова, развилась сонливость, стал спать днём. С 1927 г. по настоящее время—сильное слюнотечение. Годом раньше стали закономерно, примерно на пятый день и обычно с 12 часов дня, наступать своеобразные приступы как бы сноподобного состояния, длительностью 7—8 часов, во время которых больной не может двигаться, отвечать на вопросы и одновременно с этим переживает ряд психотических явлений, преимущественно галлюцинаторного характера. По поводу этих приступов больной в 1927 г. несколько месяцев находился в психотделении в г. Благовещенске.

«Приступ психоза» (по выражению больного) обычно развивается так: сначала в голове бродят отдельные мысли, не связанные между собой, постепенно они воплощаются в образы, возникает ощущение, что он сам говорит образами; кажется, что мысли как бы начинают звучать, как будто он бредит вслух. Зрительные образы развёртываются, как панорама, как кинолента, однако связать их в одну целую картину не удаётся. Всё это видит и слышит только в голове, без проекции во внешний мир.

Больной характеризует эти явления ещё как «внутримозговые» галлюцинации, как яркие мысли или «умственные галлюцинации», которые появляются от усиленной работы фантазии.

На высоте приступа они принимаются больным за действительность, и только когда пройдёт приступ, у него возникает представление, что это продукт фантазии, причём пережитое в приступе вспоминается точно, со всеми деталями. Галлюцинации неприятны, отличаются назойливым характером (за это свойство больной их называет «безболезненной пыткой»), и содержание их, в особенности двигательных и слуховых, повторяется при каждом приступе почти в стереотипном виде. «В голове как бы плетётся кружево» из слов:

«Пока нужен был, пока должен был, пока вынужден был, обязательно и желательно. Где—когда, где—кому. Отчего и почему».

По поводу этой своеобразной «ритмической прозы» больному вне приступа приходят следующие мысли: «Когда жил с отцом, то нужен был ему для присмотра за собаками».

Когда лежал в психиатрическом отделении в Благовещенске, на вопрос, где он лежит, ответил: «Где должен быть», делая этим как бы уловку, не говоря точно о своём местопребывании.

Во время приступа ему обычно кажется, что его ищут и если найдут, то посадят в тюрьму.

Со словом «вынужден» связано представление, что его заставят говорить, высказывать то, чего он не знает.

«Обязательно и желательно» должен лечиться, но только в том случае, если когда-нибудь был «нужен», «должен и вынужден». После этого вся фраза повторяется в том же порядке до окончания приступа.

Содержание зрительных псевдогаллюцинаций более разнообразно. Иногда, например, больному представляется, что он находится на трибуне и произносит речь, причём у него в это время имеется уверенность в его особом ораторском даровании и проч.

В редких случаях кажется, что он летит в пропасть. (Это случается только в полузабытии), 21/IX казалось, что он брошен в подвал тюрьмы, прикован цепью, причём даже ощущал прикосновение цепей.

Обычно, наряду с галлюцинациями, у П. является ощущение ненормальности окружающих его предметов и людей; они ему представляются как бы недействительными, эфемерными, тогда как мысли, воплощаясь в образы, наоборот приобретают самодовлеющую реальность. Поэтому же он теряет ориентацию в месте и обстановке, так как хотя и видит всё, но значение видимого не доходит до его сознания. В фантазии он улетает далеко, а здесь остаётся только «одна пустая оболочка».

Больной отмечает, что в состав переживаемого во время приступа часто входит содержание из сновидений, что образы сновидений он иногда не в состоянии отличить от галлюцинаций и даже от действительности.

Во время приступа у П. совершенно исчезает аппетит и половая возбудимость; в первые два дня после приступа, наоборот, у больного возникает повышенная потребность в еде и появляется необычное половое возбуждение, приводящее иногда к онанизму; кроме того он становится весёлым, склонен к шуткам, много говорит и даже танцует.

Все перечисленные явления, однако, не достигают очень резкой степени, так что аномалии в поведении больного не бросаются в глаза.

Вне приступов П. вполне сознателен, хорошо разбирается в своем положении и в окружающей обстановке. Болезненно назойлив, приставая по очереди к каждому врачу и находя многочисленные предлоги для того, чтобы зайти в кабинет, в лабораторию и т. д.

Склонен к иронизированию над слабоумными больными; имеет тенденцию «подвести» кого-нибудь из медперсонала, капризничает, старается использовать выгодные для него ситуации, обидчив, оказывает повышенное внимание красивым студенткам.

При выполнении какой-либо умственной или физической работы П. испытывает большое напряжение, быстро утомляется, непродуктивен; интереса к работе также не обнаруживает. Экспериментально-психологическое исследование интеллекта дало хорошие результаты; эйдетических явлений не установлено.

Течение болезни. За время пребывания больного в клинике (с 1 сентября 1929 г. по 3 мая 1930 г.) его состояние заметно не изменилось, причём вышеописанные приступы следовали с большим постоянством, и только временами исчезали или, наоборот, делались более частыми в связи с применением различных фармакологических веществ и, отчасти, гипнотического внушения.

Влияние фармакологических веществ на возникновение и прекращение приступов

Уже анамнестические сведения показали зависимость возникновения приступов от приёмов алкоголя. Так, например, когда больной 21 мая 1926 г. выпил на именинах три небольших рюмки водки, то через некоторое время развился приступ. Это повторилось и в других случаях приёма алкоголя,

что заставило больного совершенно прекратить потребление спиртных напитков.

Все приведённые ниже исследования проделаны с согласия больного, которому хотелось найти средство, облегчающее его состояние. Повторные опыты с одним и тем же веществом, кроме исследований, имеющих особое значение, не приводятся; в скобках указывается количество произведённых опытов.

I. Опыты со скополамином (44)

Опыт № 1. 18/IX-1929 г. в 12 час. дня начался приступ в обычной форме. Пульс 62; кровяное давление: 90 mn—130 mx. В 1 ч. 10 м.—подкожная инъекция Scopolamini hydrobrom. в дозе 0,0004.

Через час состояние улучшилось и вскоре пришло в норму; пульс 68; кровяное давление—85 mn—113 mx. В этот день приступ не развился.

Опыт № 2. 5/IX-1929 г. Самочувствие удовлетворительное. По просьбе больного для «поднятия настроения», так как он намерен выступить со своими стихами на спектакле, сделана инъекция (подкожно) Scopolamini hydrobrom. в дозе 0,0004. Вечером с успехом декламировал стихи. Больной вообще отмечает положительное действие скополамина на настроение.

II. Опыт с атропином (8)

Опыт № 3. 18/I-1930 г. Состояние больного вполне удовлетворительное (17 января был приступ). Опыт начат в 11 час. утра: исследование состояния вегетативной нервной системы по методу Даниэлополу.

P—сидя 72		Лёжа—62	Ортостат. ускорение	Клиностат. замедление
Впрыскивание	1/2	68, 63, 60, 59	74, 74	56,54
„	1/2	84, 84, 82, 82	118, 116	82,82
„	1/2	102, 96, 100	120, 118	100,94
„	1/2	108, 104, 104	120, 124	98,94
„	1/2	100, 104, 104, 104	124, 124	108,104

P—62; S—104; V—42. Тотальная доза $2^1/_2$ mgr

Общее состояние больного хорошее.

Опыт № 4. 3/II-1930 г. в 11 час. начался приступ; в 12 час.—проба по методу Даниэлополу:

P—сидя 72		Лежа—59	Орт. уск.	Клин. зам.
Впрыскивание	1/2	54, 60, 60	60, 60	52, 56
„	1	92, 89, 100, 95	109, 108	100, 104
„	1/2	104, 106, 106, 106	113, 124	108, 109
„	1/2	104, 108, 108, 110	118, 120	108, 112

P—59; S—108; V—49. Тотальная доза $2^1/_2$ mgr.

Уже после второго вливания состояние больного улучшилось, и к концу опыта приступ прекратился совершенно.

Опыт № 5. 22/II-1930 г., в 12 час. дня—приступ; сделана подкожная инъекция Atropini Sulfuric. в дозе 0,0015; в 2 часа приступ прекратился. Больной отмечает, что атропин переносится легче, чем скополамин, так как не вызывает в такой степени, как последний, побочных ощущений (сухость во рту и пр.).

III. Опыты с адреналином (4)

Опыт № 6. Около 10 час. развился приступ. В 12 час. подкожная инъекция Adrenalini в дозе 0,001 (0,1%); приступ окончился в 7 час. вечера. По словам больного, он перенёс приступ легче, чем обычно, мог отвечать на вопросы, ходить в другую палату. Тем не менее, когда профессор во время обхода спросил его, сможет ли он писать, то у него тотчас возникла мысль, что это ему может повредить, принести несчастье и т. д.

Опыт № 7. В 10 час. утра состояние, как перед приступом. В 11 час.—пульс 80, кровяное давление: 80 mn—120 mx. Инъекция Adrenalini в дозе 0,001: пульс 82, кровяное давление 70 mn—150 mx. Бледность кожи, дрожание конечностей, слегка расширенные зрачки. 15 мин. спустя—пульс 80, кровяное давление: 70 mn—150 mx. Один час спустя: пульс 82, кровяное давление 80 mn—120 mx. Через некоторое время развился приступ, который окончился в 7 час. вечера.

IV. Опыты с эзерином (4)

Опыт № 8. Самочувствие хорошее. В 10 час. утра подкожная инъекция Eserini sulfurici в дозе 0,0004. В 12 час. начал себя чувствовать плохо; на лекции, где демонстрировался, сначала давал правильные ответы, но затем, минут через 10, перестал отвечать на вопросы, уставился глазами в одну точку, на лице было выражение недоверчивости.

Во время приступа, как выяснилось позже, ему представлялось, что он находится на станции, сидит на вещах и говорит сам себе: «Я, кажется, не галлюцинирую». По словам больного, месяц тому назад он видел сон такого же содержания и вновь его пережил в приступе. Приступ был прекращен инъекцией Scopolamin. hydrobrom. в дозе 0,0004, причём улучшение в состоянии наступило минут через 10 и в этот день приступа не было.

V. Опыты с пилокарпином (4)

Опыт № 9. 14/XI-1929 г. состояние хорошее. Пульс 74; кровяное давление: 85 mn—115 mx. В 11 ч. 20 м. сделана подкожная инъекция Pylocarpini muriatici в дозе 0,005. 10 минут спустя началось слюнотечение; пульс 80, кровяное давление: 80 mn—122 mx. Больной лёг в постель, состояние ухудшилось, однако, приступ не развился.

VI. Опыты с амилнитритом (2)

Опыт № 10. 18/IX-1929 г. Во время приступа больному дали понюхать амилнитрита, налитого на платок (2 капли). Тотчас лицо больного несколько покраснело, он смог ответить на 2—3 вопроса; самочувствие заметно улучшилось, однако всего на несколько минут. До вдыхания амилнитрита: пульс лёжа—62, кровяное давление: 82 mn—125 mx; после вдыхания амилнитрита—пульс 72, кровяное давление: 72 mn—120 mx.

VII. Опыты с кофеином (10)

Опыт № 11. 15/VII 1930 г. С 5 час. до 10 час. вечера приступ в обычной форме. 16/VII. С утра самочувствие удовлетворительное. Около 10 час. утра сделана подкожная инъекция Sol. Coffeini natr. benzoici 20% 1 кс (в дозе 0,2). Вскоре больной почувствовал себя неважно, лёг в постель, но всё же в 12 ч. 30 м. встал и пообедал; спустя некоторое время развился лёгкий приступ (с галлюцинациями и т. д.), который окончился в два часа дня.

Опыт № 12. 17/VII 1930 г. Самочувствие хорошее; в 10 ч. 45 м. утра инъекция Sol. Coffeini natr. benzoici 20% 1 кс (в дозе 0,2). Заметных изменений в состоянии больного не установлено.

VIII. Опыты со стрихнином (3)

Опыт № 13. 15/X 1929 г. Самочувствие хорошее (13/X был приступ). В 10 ч. 45 м. утра подкожная инъекция Strychnini nitrici в дозе 0,0003. Состояние до 5 час. вечера хорошее; с 5 до 6 час. самочувствие было неважным, но приступа не наступило.

Опыт № 14. 17/X 1929 г. Самочувствие плохое (четвёртый день после приступа). В 12 час. инъекция Strychn. nitrici в дозе 0,0004; вскоре начался приступ, который окончился в 7 час. вечера. Приступ, по словам больного, был тяжёлый, с обильными галлюцинациями; возникали мысли об аресте и т. д.[1].

IX. Опыты с морфием (1)

Опыт № 15. 26/IX в 4 часа вечера—инъекция (подкожно) Morph. muriatici в дозе 0,01; в 9 час. вечера приступ окончился. Никакого влияния морфия на своё состояние больной не отмечает; приступ прошёл в обычной форме.

X. Опыты с вероналом (6)

Опыт № 16. 28/IX. Около 12 час. дня развился приступ (24/IX с 5 до 7 час. вечера также был лёгкий приступ); в час дня больному дан порошок Veronali в дозе 0,5. В 3 часа приступ прекратился, сна не наступило. Самочувствие после приступа хорошее. На следующий день был лёгкий приступ.

XI. Опыты с трионалом (2)

Опыт № 17. 30/XII 1930 г. Около 12 часов дня начался приступ; больному был дан порошок Trionali в дозе 0,5; приступ окончился в 8 час. вечера, причём по своему характеру был более лёгким, чем обычно, так что в 3 час. больной смог пообедать, что не в состоянии делать во время тяжёлого приступа.

XII. Опыты с гипнотическим внушением

Опыт № 18. 15/IX 1929 г. Около 11 час. утра развился приступ; примерно, в 11 ч. 30 м. больной был подвергнут гипнотизации по методу словесного внушения—гипотаксия (по Форелю). Больному внушено немедленное прекращение галлюцинаций на сегодняшний день и хорощее самочув-

---

[1] По сообщению больного его раньше лечили инъекциями стрихнина, но безрезультатно.

ствие. Вскоре П., оставаясь в гипнотическом состоянии, стал отвечать на предлагаемые вопросы. По окончании гипноза—состояние хорошее; сообщил, что в гипнозе галлюцинации внезапно прекратились. Однако, спустя некоторое время снова появились, и, примерно через 2 часа, приступ дошел до полного развития и закончился в 8 час. вечера.

Опыт № 19. 16/IX 1929 года. Самочувствие хорошее; гипнотический сеанс—гипотаксия. Внушено полное исключение во время приступа всех мыслей, связанных со страхом перед тюрьмой. 18/IX. Около часа дня начался приступ, который имел ту разницу по сравнению с обычным, что больной совершенно не боялся тюрьмы.

Опыт № 20. 20/IX 1929 г. Самочувствие хорошее. В состоянии гипотаксии сделано внушение об исчезновении мыслей, относящихся к онанизму, а также сокращение длительности приступа до 2 час. вместо 8 обычных.

21/IX. В 12 час. начался приступ, который прекратился в 4 ч. дня; около 5 ч. вечера снова развился приступ, который окончился в 8 час. вечера. Раньше никогда перерывов (помимо «опытных») в приступе не наблюдалось. Мысли об онанизме почти не возникали, только иногда прорывалась мысль: «Куда рука скачет». В целом приступ носил более лёгкий характер, чем обычно, так как наиболее «язвительные мысли» исчезли. Однако у П. создалось такое впечатление, что изъятие определённых мыслей из психоза не радикально, так как на смену их появляются другие, причём даже приятные мысли имеют «кисловатый оттенок».

Опыт № 21. 17/I 1930 г. Самочувствие удовлетворительное (14/I был приступ). Около 12 час. вечера в состоянии гипноза (гипотаксия) больному было сделано внушение, что у него сейчас начнётся приступ, причём он не будет бояться возникнувших образов. Вскоре, оставаясь в гипнотическом состоянии, П. ответил, что он видит образ «Исанки—советской женщины». По окончании сеанса больной рассказал, что у него развился обычный приступ, однако, в менее выраженной форме,—образы не достигали той яскости и яркости, как всегда. Кроме того, они возникали очень быстро и так же быстро прекращались; страха не испытывал; состояние было скорее приятное, чем неприятное; в лицо ударила кровь, испытывал ощущение жара в голове.

С 1 ч. до 8 ч. вечера был приступ в обычной форме.

Основываясь на результатах фармако-клинических исследований, мы с успехом для устранения приступов применяли пилюли следующего состава:

Rp. Extr. Belladonnae 0,03
Veronali
Calc. glycero-phosphorici
aa 0,3
Ext. et pulv. Valer.
q. s. ut f. pil. № 30

По 2—3 пилюли перед приступом.

Принимая во внимание характерное начало заболевания с нарушения сна, появления в дальнейшем ряда симптомов, указывающих на поражение экстрапирамидной системы, хроническое течение заболевания и т. д., нет оснований сомневаться, что в дан-

ном случае речь идёт о хронической стадии эпидемического энцефалита.

Хотя периодически развивающиеся психотические приступы у наблюдаемого больного и очень походят на делириозные (Крепелин, Шрёдер и др.), всё же они отличаются от последних отсутствием двигательного возбуждения. Поэтому правильнее в данном случае говорить об онероидном симптомокомплексе в смысле Майер-Гросса. Подтверждением этому также служит то, что при этом приступе наблюдаются: сновидная переработка ощущений и ситуации в целом, преобладание зрительных обманов чувств, заимствование содержания бреда из сновидений, элементы архаическо-примитивного мышления и т. д. Сам больной сравнивает своё состояние во время приступа со сном.

Галлюцинации, возникающие у больного, относятся не к истинным, а к «ложным» (псевдогаллюцинации), так как они, если нет резкого помрачения сознания, не имеют характера объективности (Кандинский). С другой стороны, эти галлюциноиды отличаются и от образных представлений, так как им свойственны—законченность и детализация образов, непроизвольность в их возникновении, резкая назойливость и, наконец, они сопровождаются чувством мучительности и тоскливости (Кандинский).

По выражению П.—это «внутримозговые или умственные галлюцинации», а по чувству, которое их сопровождает—«безболезненная пытка».

Впрочем, Клод и Жанэ склонны относить гипнагогические формы галлюцинаций к промежуточным формам, отчасти приближающимся к галлюцинациям типа алкогольного делирия, при которых, как это особенно ясно показал С. П. Рончевский, определённую роль играют изменения функционального состояния первичных чувственных центров.

При разборе действия фармакологических веществ на состояние данного больного (а также другого энцефалитика, история болезни которого не приведена) прежде всего необходимо отметить, что это действие проявляется не на отдельных признаках, а на всём симптомокомплексе в целом, например, устраняются не только галлюцинации, но также и насильственный смех, скованность и судорожные припадки.

Это обстоятельство заставляет присоединиться к мнению Клода, Тинеля и Мишон, что в основе всех этих симптомов лежит общий патогенез.

Для облегчения анализа остановимся сначала на действии амилнитрита. Вдыхание амилнитрита, как и в опытах только что

упомянутых авторов, оказывало благоприятное, но временное влияние на состояние больного П., причём психотические явления и оцепенение исчезали на несколько минут, а затем приступ снова развивался в обычной форме. Во всяком случае, учитывая фармакологическое действие амилнитрита: расширение сосудов головного мозга, учащение сердечного ритма, что в опыте № 10 нашего случая выразилось в увеличении количества сердечных сокращений от 62 до 72 ударов в минуту и падении кровяного давления от 80 mn—125 mx до 75 mn—120 mx, приходится признать значение нарушения кровоснабжения в патогенезе описываемого синдрома. С этим моментом приходится считаться в той или иной степени и при оценке действия вегетативных ядов, ибо они, с одной стороны (пользуемся терминологией Энгельмана), оказывают положительные или отрицательные инотропные, батмотропные, дромотропные и тонотропные влияния на деятельность сердца, а во-вторых, несмотря на спорность во многих случаях направления их действия на сосуды головного мозга (расширение, сужение) самый факт влияния является несомненным.

Суммируя с этой точки зрения данные наших опытов, следует признать, что в возникновении онероидного синдрома (resp. галлюцинаций) участвуют, по крайней мере, три связанных между собою фактора: частота сердечных сокращений, величина кровяного давления и ширина просвета сосудов головного мозга.

Действительно, как правило, благоприятное влияние на состояние больного оказывали такие фармакологические вещества—и притом в определённой фазе своего действия,—которые учащали пульс, уменьшали кровяное давление и расширяли сосуды головного мозга (амилнитрит, скополамин, атропин—опыты 1, 3, 4, 10, 16). Напротив, эзерин, который в общем в соответствующих дозах действует на пульс, кровяное давление и сердечную деятельность в противоположном направлении, обусловливал наступление онероидного синдрома (опыт № 8). Быть может, и в положительном влиянии на приступы больного приёмов веронала, помимо его парализующих свойств в отношении центральной нервной системы, играет известную роль то обстоятельство, что он понижает кровяное давление и расширяет (в определённых степенях разведения) сосуды головного мозга (Кравков и другие).

Нисль-фон Мейендорф, видоизменив гипотезу Мейнерта, пришёл к выводу, что в основе образования галлюцинаций лежит антагонизм кровоснабжения серого и белого вещества коры головного мозга, который выступает при известных патологических состояниях. Этот антагонизм кровоснабжения коры проявляется в том, что всякое сужение кортикальной капиллярной сосудистой сетки, поскольку последняя представляет из себя замкнутую систему (концевые артерии по учению Конгейма), неминуемо вызы-

вает гиперемию белого вещества коры, так как его радиарные артерии снабжаются из того же артериального ствола, что и капиллярная сетка.

Под влиянием этой гиперемии конечный участок чувствительного пути приходит в такое же состояние, как при периферических раздражениях нервной системы, что и обусловливает образование галлюцинаций.

Шалобутов также пытается связать образование галлюцинаций с нарушением правильного кровоснабжения головного мозга. По его мнению, гиперемия, возбуждая деятельность клеточных элементов коры, обусловливает появление ярких галлюцинаций, напротив, зависящая от сосудистого спазма анемия мозга вызывает ощущение темноты.

В. Е. Макаров выделил различные типы «соразмерных и несоразмерных» реакций сердца на пробу с «дозированной мышечной работой» и показал их психопатологическое значение в клинике душевных болезней.

Не отрицая возможной роли подобных механизмов, на которые указывают цитируемые авторы, в патогенезе психотических явлений, в частности—галлюцинаций, наш материал, во-первых, заставляет признать также значение других факторов, а, во-вторых, во многих случаях связать само расстройство кровоснабжения головного мозга с влиянием на сосуды вегетативной нервной системы.

Так, например, Фёрстер, возбуждая при помощи электричества каудальный отрезок шейного симпатикуса, ниже ganglion cervicalis superior, провоцировал у людей одностороннюю выраженную мигрень.

Таким образом нам необходимо специально остановиться на вопросе о роли органо-вегетативной системы в происхождении онероидного синдрома с галлюцинаторными явлениями.

Резюмируя наши исследования о влиянии вегетативных ядов на состояние больного П., приходится констатировать, что введение в его организм атропина и скополамина (в фазе парализующего действия на окончания n. vagi) устраняло весь болезненный симптомокомплекс в целом, тогда как, наоборот, введения эзерина (в фазе возбуждающего действия на окончания n. vagi) обусловливало развитие приступа.

Таким образом эти данные совпадают с наблюдением Клода, Тинеля и Мишон, за исключением менее выраженного положительного влияния адреналина; последнее, возможно, связано с тем, что адреналин вводился нами подкожно, а не внутривенно. Ухудшение состояния больного от введения пилокарпина и кофеина также понятно, если иметь в виду, что первый в известной фазе действия возбуждает окончание n. vagi, тогда как второй,

по мнению Бордье и др., оказывает парализующее влияние на симпатическую систему. Впрочем, в отношении кофеина нужно также считаться с его возбуждающим действием на центральную нервную систему.

Несомненно, таким образом, что между патологическим состоянием больного и состоянием его вегетативной нервной системы имеется определённая зависимость.

Академик Л. А. Орбели говорит об адаптационной, регулирующей роли вегетативной нервной системы, устанавливающей жизнедеятельность тех или иных органов на определённую высоту, причём эта регуляция осуществляется не через посредство сосудистой системы, а путём прямых влияний вегетативной нервной системы.

Работы А. В. Тонких показали, что адаптационная роль вегетативной нервной системы распространяется и на центральную нервную систему в смысле изменения её рефлекторной возбудимости и проводимости. Процессы торможения, как оказалось, также находятся в зависимости от состояния вегетативной нервной системы.

По исследованию Тонких, сеченовский опыт с торможением не осуществляется, если у лягушек перерезаны все rami communicantes симпатической нервной системы. С другой стороны, экстирпация обоих верхних шейных узлов у собак (сангвинического типа) повлекла за собой усиление тормозных процессов (Асратян).

Равным образом Мург, считая вместе с Монаковым, что каждая часть cortex'a имеет своё представительство на уровне plexus'a и поверхности желудочков, признаёт прямое влияние вегетативной нервной системы на соответствующие кортикальные зоны. Он подчёркивает наличие многочисленных органо-вегетативных элементов в этих, так сказать, сенсориальных зонах, которые способны подвергаться действию на расстояние. Здесь, по его мнению, происходит такой же процесс, какой имеет место при поражениях протопатической чувствительности, но с тем отличием, что процесс захватывает область вегетативных сенсориальных слоёв, что является необходимым условием для наступления истинных галлюцинаций.

Эти данные делают вероятным допущение, что и в разбираемом случае, помимо вазомоторных воздействий, имеется непосредственное влияние вегетативной нервной системы на головной мозг, причём нарушение правильной вегетативной регуляции и обусловливает (или способствует) возникновению психотических явлений.

Конечно, такое представление слишком схематично, но всё же подтверждением повышения рефлекторной возбудимости головного мозга во время приступа может служить то обстоятельство,

что под влиянием веронала, понижающего рефлекторное возбуждение, состояние больного улучшалось, иногда приступ даже прекращался совершенно; морфий же, при котором высшие функции головного мозга не затрагиваются, не вызывал определённого действия, и, наконец, алкоголь, парализующий высшие психические центры, освобождая активность более низких мозговых аппаратов, обусловливал развитие онероидного состояния. Кофеин, повышающий рефлекторную возбудимость центральной нервной системы, также оказывал неблагоприятное влияние на состояние больного.

Что во время приступа имеется преобладание тормозных процессов, об этом, помимо характерного влияния на него вегетативных ядов, свидетельствует также: наступление брадикардии, усиление мышечной скованности; развитие психотической картины, очень напоминающей психотические переживания во время сна, для которого свойственно преобладание парасимпатической системы (Гесс, Гильом и др.).

Исследование вегетативной нервной системы по методу Даниэлополу показали, что невротоническое состояние её изменяется во время приступа в направлении увеличения тонуса n. vagi.

Таким образом мы имеем достаточно оснований утверждать, что галлюцинации онероидного типа развиваются на фоне кортикального торможения, обусловленного прямыми (а частично, и через сосудистую нервную систему) влияниями вегетативной нервной системы, изменяющей функциональное состояние коры. На значение сноподобного торможения коры в возникновении галлюцинаций, особенно онероидного характера, указывает также Иванов-Смоленский. Равным образом Е. А. Попов высказывает убеждение, что галлюцинации, если не во всех, то во многих случаях бывают обусловлены не возбуждением, а торможением коры головного мозга.

Возможность при помощи гипнотического внушения провоцировать наступление или, наоборот, устранять сновидные приступы не должна особенно удивлять, принимая во внимание уже разобранное нами ранее, далеко идущее влияние этого фактора на вегетативную нервную систему.

Можно думать, что преходящий и недостаточно эффективный характер влияния внушения на онероидный синдром объясняется, во-первых, недостаточной глубиной гипнотического сна (гипотаксия), наступающего у больного П., а, во-вторых, вероятно, вообще меньшей «силой действия» внушения в подобных случаях на вегетативную нервную систему по сравнению с действием вегетативных ядов.

Равным образом, хотя при помощи гипнотического внушения оказалось возможным удалить из сознания П. наиболее неприят-

ные «язвительные» галлюцинации во время приступа, однако это устранение не было радикальным, так как их сменяли новые, причём даже галлюциноиды приятного содержания приобретали «кисловатый оттенок».

Эти опыты нами представляются очень важными, поскольку они: 1) подчёркивают непосредственное влияние внушения на содержание галлюцинаций; 2) показывают относительную независимость кататимной (в данном случае—суггестивного происхождения) и голотимной (в данном случае—органо-вегетативного происхождения) аффективности, придающей определённый эмоциональный оттенок галлюцинаторным переживаниям.

Полученные нами данные можно до некоторой степени сравнить с результатами исследования Папа, который произвёл изучение действия мескалинового опьянения на постгипнотические обманы чувств, причём наблюдал интересное взаимное влияние внушённых и вызванных мескалином явлений.

При попытке более глубоко разобраться в структуре онероидного синдрома нельзя обойти молчанием наблюдающейся при этом дереализации, выразившейся у П. в ослаблении внешних впечатлений, когда люди и вещи становятся как бы недействительными, эфемерными и от окружающего мира, в конце концов, остаётся только одна «пустая оболочка».

Любопытно, что этот процесс утраты чувства реальности объективного мира идёт параллельно процессу развития из представления сновидной галлюцинации, постепенно приобретающей самодовлеющую реальность.

Таким образом наши данные, равно как и соответствующие наблюдения Кандинского, Грюнбаума и других, заставляют придти к выводу, что утрата ощущения реальности наступает при уклонении внимания на внутренние психические процессы, на которые переносится эмоциональная насыщенность, присущая в нормальном состоянии объектам внешнего мира. И, наоборот, в силу этого же механизма субъективные переживания постепенно приобретают всё большую и большую реальность и, наконец, при развитии галлюцинаторных состояний полностью становятся на место объективного мира.

В последнее время Мург особенно подчеркнул роль деперсонализации в возникновении галлюцинаций. По его мнению, деперсонализация является необходимым, хотя и недостаточным условием для возникновения галлюцинаций, при ониризме она достигает наибольшей степени; физиологически деперсонализация связана с определённой степенью торможения в смысле учения И. П. Павлова.

В отношении образования бредовых идей несомненно большую роль играют соматические ощущения, которые дают материал для их архаическо-примитивной оценки, аналогично тому, как это наблюдается во сне.

Однако, такой сновидной переработке подвергается и обстановка и слова окружающих и т. д., из чего ясно, что генезис этих бредовых явлений не исчерпывается только низшими органическими ощущениями, но имеет значение и общее состояние психики, в частности—состояние сознания подобных больных.

В заключение сопоставим тип действия фармакосредств и внушения на только-что разобранный нами онероидный синдром с типом действия тех же факторов на истерические сумеречные состояния, относимые также обычно к сновидным нарушениям сознания.

Произведённые нами выше исследования (в главе о механизме действия гипнотического внушения и его пределах) показывали, что в подобных случаях гипнотическое внушение представляет собой как бы специфическое воздействие, вполне соответствующее характеру функционального нарушения, так как вне сомнения, что в генезе истерического сумеречного состояния играют роль механизмы, сходные с внушением.

Это, конечно, не значит, что различные фармакологические вещества не способны влиять на истерическое сумеречное состояние; мы только хотим подчеркнуть, что их действие будет так сказать, косвенное, что они способны только создать определённый «физиологический фон», подобно тому, как, например, при длительном половом воздержании создаются благоприятные условия для возникновения эротических представлений, хотя и не предрешается их конкретное содержание.

Совсем иная картина, как мы видели, наблюдается при онероидном синдроме у энцефалитиков. Здесь фармакологические вещества, особенно вегетативные яды, являются как бы специфическими факторами воздействия, которые способны устранить или спровоцировать наступление сновидного состояния, тогда как роль гипнотического внушения ограничивается лишь возможностью менять содержание галлюциноидов, при очень незначительном косвенном воздействии (через вегетативную нервную систему) на основные патогенетические условия, определяющие этот синдром.

Таким образом, как мы могли убедиться, метод фармако-гипнотических воздействий несомненно даёт возможность более глубоко разобраться в структуре психотических состояний энцефалитиков по сравнению с обычными клиническими исследованиями.

Глава VII

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЦИКЛОФРЕНИКОВ

Как известно, существует целый ряд веществ, которые применяются как при депрессивной, так и маниакальной фазах циклофрении.

Однако, все эти средства естественно, как правило, использовались с терапевтической целью, а не для учёта непосредственного эффекта их действия на психическое состояние, чтобы иметь возможность судить о патофизиологических условиях, лежащих в основе или способствующих развитию тех или иных психопатологических явлений.

Тем не менее, как мы уже указывали, между чисто терапевтическими мероприятиями и клинико-экспериментальными исследованиями того типа, которыми мы пользовались, имеется много общего, что при фармако-гипнотических опытах делает необходимым учёт тех или иных способов терапии. Равным образом нас должны интересовать и те факторы, которые способны провоцировать наступление депрессивной или маниакальной фаз циклофрении.

Как известно, в депрессивной фазе для облегчения тяжёлой тоски, страха и тягостных ощущений пользуются с успехом опием и его дериватами, как кодеин, дионин, пантопон и т. д.

Алкоголь, являясь излюбленным средством для устранения плохого настроения, нередко используется и циркулярными больными, особенно при нерезко выраженных формах, не приводящих к интернированию. Впрочем, как отмечает В. П. Осипов, алкоголь мало облегчает самочувствие при дипсомании—заболевании, близком по своему характеру к группе циркулярного помешательства.

Леньель-Лавастен указывает на благоприятное влияние питуитрина при меланхолическом состоянии.

По наблюдениям Георги, от инъекций супракортина эндогенная депрессия прекращалась, вновь проявлялась при прекращении лечения и исчезала после вторично начатого лечения.

Некоторые авторы (Галлинек, С. П. Ронч евский и др.) видели успех от применения при эндогенной депрессии инсулина, хотя такое действие, в общем, недостаточно устойчиво и, по мнению Кови, Парсонса и Рафаэля, инсулин почти не изменяет психического состояния, а лишь устраняет гипергликемию. В некоторых случаях оказывались полезными при эндогенной депрессии также спермин и оварин.

Н. Н. Тимофеев отмечает хорошие результаты от применения при депрессии у циклофреников лизата передней доли гипофизиса.

Для смягчения маниакального возбуждения, как известно, обычно пользуются наркотическими и снотворными средствами (хлорал-гидрат, сульфонал, веронал, адолин и т. д.). Иногда помогает систематическое употребление бромистых препаратов. Сантенуазу удавалось купировать маникальные приступы при циркулярном помешательстве атропином и адреналином. При резких степенях двигательного возбуждения, как известно, в некоторых случаях находит применение скополамин.

Таким образом, не вдаваясь в детали, можно сказать, что при циклофрении наибольшие лечебные результаты (при фармакотерапии) получались от применения опопрепаратов, наркотических и снотворных веществ жирного ряда и, отчасти, вегетативных ядов.

Психотерапевтические мероприятия при циклофрении, как известно, сводятся главным образом к созданию таких условий, которые избавляют маниаков от лишнего возбуждения, а депрессивным больным вселяют бодрость и внушают надежду на улучшение их состояния.

Гипнотическое внушение находило применение лишь при нерезко выраженных формах миниакально-депрессивного психоза, главным образом при циклотимии.

Гейер предписывает осторожность в пользовании гипнотерапией в тех случаях депрессии, где мало выступают экзогенно-реактивные моменты и депрессия носит слишком серьёзный характер. В одном подобном случае, который им не был вначале достаточно распознан, у больного после несколько гипнотических сеансов развилась тяжёлая эндогенная депрессия, причём в высказываниях больного большое место заняли переживания, связанные с его «отказом» от психотерапевтической помощи. При лёгких степенях эндогенной депрессии Штоттерн и другие наблюдали некоторое улучшение самочувствия.

Поскольку при выраженных формах маниакально-депрессивного психоза нам не удалось вызвать гипнотических явлений, мы, чтобы иметь возможность сравнить тип действия фармакосредств и гипнотического внушения, использовали случаи циклотимии.

Главным образом ввиду того, что действие многих химических веществ на психическое состояние циркулярных больных сказывалось недостаточно отчетливо и не сразу, мы пользовались при депрессии преимущественно дачей алкоголя, поскольку последний по своим фармакологическим свойствам вызывает, как правило, состояние более или менее выраженной эйфории, речевого и двигательного возбуждения, которые могут быть легко наблюдаемы.

Чтобы наши эксперименты в какой-либо мере не послужили толчком к нежелательным последствиям в смысле стремления к повторным попыткам употреблять алкоголь, мы примешивали к нему пахучие вещества (t-rae Menthae и др.) и, убедившись в за-

кономерности действия алкоголя, не стремились к увеличению количества опытов.

Перейдём теперь к изложению историй болезней и произведённых нами фармако-гипнологических исследований.

Случай 1. Больной М., 33 лет, женат, поступил в психиатрическую клинику В. М. А. 17 октября 1934 г.

Общий анамнез. Отец жив, 74 л., здоров, по характеру очень живой, энергичный, общительный; хороший семьянин. Мать жива, 70 л., болеет ревматизмом; по характеру спокойная, необщительная, часто плачет, преобладает депрессивное настроение.

Сам больной по счёту четвёртый или пятый, родился раньше срока (примерно семи месяцев), был слабым, но в дальнейшем развивался хорошо.

Воспитывался довольно строго. В школе учился удовлетворительно, из проходимых предметов больше всего любил математику. По окончании семилетки поступил на медицинский факультет, но, проучившись с полгода, бросил, так как показалось трудно. В 1931 г. женился, половая жизнь протекает нормально, кроме периодов депрессии, когда потребность в половой жизни почти исчезает. С женой живёт хорошо. Служебных неприятностей не было, но бытовые условия жизни сложились скверно, так как он вынужден жить в той квартире, где проживает также женщина, с которой он раньше имел половую связь и которая часто устраивает скандалы ему и его жене.

Изредка выпивает. От небольших количеств водки («1 стопка») сильно пьянеет, быстро засыпает, причём на следующий день бывает рвота. В периоды депрессии от приёма алкоголя настроение улучшается, однако ненадолго. По характеру скрытный, многое не решается сказать, «держит в себе и радость и горе», нерешительный, неуверенный и раздражительный.

Анамнез болезни. Примерно, в 1928 г. начались головные боли, сделался раздражительным; принимал душ Шарко и электризацию; состояние улучшилось. В 1930 г. почувствовал себя вялым и слабым, стал настолько апатичным, что не смог учиться. Поместили в нервную клинику Военно-мед. академии, где пробыл $1^1/_2$ месяца, а затем перевели в психиатрическую клинику, из которой выписался примерно через $2^1/_2$ месяца.

В психиатрической клинике много плакал, казалось, что его состояние всё ухудшается и что оно никогда не исправится; мысли были мрачные, что он не сможет работать, что он «пропащий» человек и т. д.

В 1931 г. вновь появилась «тихая заторможённость», мрачные мысли, слёзы. Опять был помещён в психиатрическую клинику, где пробыл 3 месяца. Никаких обманов чувств при этом не было, а происходила лишь «борьба чувств»: стремился себя убедить, что нужно быть активным и бодрым, но ничего не получалось. После выхода из клиники 2 месяца не работал, был переведен на инвалидность III группы.

В 1932 г.—аналогичное состояние; находился 3 месяца в психиатрической клинике им. Бехтерева, а затем 1 месяц в нервном санатории.

В период депрессии наступает такая нерешительность, что иногда часами ходит, например, из одного магазина в другой, не решаясь купить щётки: всё кажется, что они неподходящие, дорогие и т. д. Всякое дело требует тогда очень много времени, например, затрачивал по $1^1/_2$ часа, чтобы дойти до близко расположенной амбулатории. Перед приступом обычно худеет.

Соматическое состояние. Конф. зрач. прав.; $d > s$ (немного); реакция на свет живая; коленные рефлексы повышены, равномерны; красный стойкий дермографизм. Дрожание пальцев рук. Сухой язык. Телосложение ближе к

пикническому; кровяное давление 50 mn—105 mx; пульс—72 удара в минуту.

Психическое состояние. Сознание ясное. Во времени, месте и обстановке ориентирован. Поведение в общем адэкватное. Часто на глазах появляются слёзы, особенно, когда речь заходит о неприятных воспоминаниях. Субъективно испытывает такую заторможённость в мыслях, что не в состоянии приступить к какой-либо работе. Старается себя пересилить, но ничего не получается. Кажется, что он ни к чему не способен, что он даже слабоумен, не может понять, что с ним происходит. Как будто в нём происходит какое-то «торможение», что обусловливает разрыв между мыслью и приведением её в действие; «подсознание действует иначе, чем сознание». Удивляется, почему он, несмотря на сохранность сознания, ничего не в состоянии делать. Иногда вслух произносит то, что думает. Легче выполняет механическое дело, чем какое-либо, связанное с взаимоотношениями с людьми, так как неуверен, какие вопросы нужно задавать, что ему отвечать и т. д.

Настроение депрессивное, выражение лица печальное. Критически относится к своему состоянию. Достаточно контактен.

Течение болезни и фармако-гипнологические исследования

17/X-34 г. Поступил в клинику в умеренно-депрессивном настроении. Контактен. Критически относится к своему положению. Сознание ясное.

19/X. Выражает жалобы, что нехватает хлеба, появляется какая-то неудовлетворённость, плохо спит (часа 4 в сутки), иногда «сосёт» в области желудка; бывают запоры.

20—21/XI. Жалуется на боль в ногах, на то, что всегда мёрзнут конечности. Первую половину ночи спит удовлетворительно, во вторую—не может заснуть совершенно.

22/X. Самочувствие прежнее.

Гипнотический сеанс № 1 (22/X). Чувство сонливости, рука притянулась ко лбу согласно внушения, застывает в придаваемых позах, полная сохранность воспоминаний.

Внушено: хорошее настроение, нормальный сон от 11 час. вечера до 8 час. утра.

По пробуждении—более ровное настроение.

23/X. Несмотря на сделанное внушение, плохо спал ночь, заснул в 10 ч. 30 м., проспал до 1 час. ночи, остальное время только дремал, примерно, до 7 час. утра. Настроение весь день более ровное, чем обычно.

24/X. Настроение вновь стало хуже, испытывает колотье в области сердца, тяжесть в голове, обычную вялость.

25—30/X. Состояние несколько выравнивается, временами бывают «просветы», когда чувствует себя хорошо, но потом настроение вновь падает.

31/X—2/XI. St. idem.

Опыт с алкоголем (3/XI)

Пульс—72. Кровяное давление 60 mn—105 mx.

10 ч. 35 м. Дан 40% раствор алкоголя в количестве 75,0.

10 ч. 45 м. Пульс 70. Кровяное давление 60 mn—105 mx. Вскоре больной стал более оживлённо разговаривать, иногда улыбается; исчезло чувство тоскливости; при всём желании не мог вызвать слёз, тогда как при обычных условиях достаточно вспомнить о чём-либо неприятном, как появляются слёзы. Слегка кружится голова, трудно на чём-либо сосредоточиться.

11 ч. 15 м. Настроение вновь упало; при воспоминании о доме на глазах показались слёзы. По словам больного, раньше алкоголь действовал так, что от малых доз (стопка) он становился весёлым, наоборот, если выпивал больше, то становился печальным, начинал плакать, а затем засыпал.

Произведённые повторно ещё 2 опыта с алкоголем (дозы 25,0 и 35,0) дали аналогичные результаты.

5/XI—6/XI. Жалуется на «заволакивание» головы, настроение попрежнему «гнетущее». Не в состоянии написать письмо домой. Является сомнение, поправится ли он когда-либо. При воспоминании о жене появляются слёзы. Когда читает книги, то почти ничего не понимает, так как мысли работают как бы механически и тем отвлекают от читаемого.

Опыты с атропином (5/XI и 6/XI)

Пульс—68. Кровяное давление 50 mn—95 mx. Aschner+8 (замедление).

12 час. Инъекция Atropini sulfurici в дозе 0,001.

12 ч. 10 м. Пульс—58. Ашнер+2.

Ощущения щекотания в горле, повышенное отделение слюны, отрыжка. Клонит ко сну. Настроение без перемен.

12 ч. 20 м. Пульс—62.

12 ч. 25 м. » —66.

12 ч. 30 м. » —74.

12 ч. 40 м. » —66. Сухость во рту. Спать не хочет. Немного оживился. Субъективно чувствует себя веселее.

12 ч. 45 м. Пульс—68; Ашнер+4.

Произведённый на следующий день опыт с атропином (инъекция 1 mgr. Atropini sulfurici) также дал кратковременный сдвиг настроения в сторону улучшения.

Гипнотический сеанс № 2 (8/XI). Гипотаксия: застывает в придаваемых позах, не в состоянии открыть век, руки притягиваются ко лбу согласно внушения; полная сохранность воспоминаний за период гипноза.

Внушено: хорошее самочувствие, исчезновение неприятных ощущений, нормальный сон от 10 ч. вечера до 8 ч. утра.

После гипноза настроение несколько лучше; стало «полегче», нет тяжести в голове и колотья в области сердца. Отмечает большую разницу в действии внушения, по сравнению с действием алкоголя. Алкоголь, по словам больного, механически поднимает энергию, устраняет заторможённость, вызывает говорливость, туманит голову. При внушении же дело ограничивается преимущественно устранением неприятных ощущений. Однако ни дача алкоголя, ни внушение не способны восстановить «гармонию между мыслью и действием», дать веру в свои силы, что наблюдается в периоды «прояснения», т. е. кратковременных улучшений состояния.

9/XI—10/XI. Сон стал лучше; хорошо засыпает с вечера, часа через три пробуждается, но вскоре вновь засыпает и спит до утра.

11/XI. Производит самоанализ: почему он может идти обедать, а что-либо другое, связанное с высшими запросами, выполнить не в состоянии. Выходит, что он может выполнять естественные физиологические функции. Начинает себя винить за это, являются неприятные мысли о своей никчемности, возникает страх, что болезнь никогда не кончится. В итоге невольно приходит к выводу, что жить при таких обстоятельствах нельзя: «картина развёртывается», на глазах появляются слёзы; старается «идти на люди», чтобы как-нибудь отвлечься.

Гипнотический сеанс № 3. Гипотаксия. Внушено: хорошее настроение, «гармония между мыслью и действием», исчезновение неприятных ощущений. После гипноза—легче в голове, не давит, нет неприятных соматических ощущений, однако настроение прежнее, активности также нет.

12/XI. Стал лучше спать.

13/XI—15/XI. Наступило «просветление», исчезла нерешительность, стал чувствовать себя бодрее, появился интерес к работе и игре (тогда, как раньше игра даже раздражала), постепенно как бы «входит в жизнь». Сон наладился, спит крепко, не пробуждаясь.

Нет скованности и заторможённости, «мысли работают свободно». Появились смелость, решительность, общительность; принимает участие в жизни наравне с другими.

17/XI—25/XI. Настроение бодрое, много работает. Убеждён, что его депрессия закончилась.

26/XI—30/XI. Чувствует себя хорошо; удивляется, что раньше у него не было гармонии в психике.

1/XII—6/XII. Состояние вполне удовлетворительное.

7/XII. Выписан самостоятельно.

Только что приведённый случай настолько типичен, что вряд ли может возникнуть сомнение в диагнозе циклотимии—за это говорят периодически возникающие приступы эндогенной депрессии в анамнезе, типичный характер самих депрессий, полная сохранность личности и т. д.

В провоцировании последнего приступа депрессии могли сыграть известную роль длительные неприятные переживания, связанные с конфликтами в его семейной жизни.

Что касается результатов произведённых нами опытов с дачей алкоголя, то прежде всего интересно указание самого М. на то, что прием алкоголя в периоде депрессии улучшал, хотя и ненадолго, настроение.

В первом и последующем опытах М. становился после приёма алкоголя более оживлённым, охотно разговаривал, исчезало чувство тоскливости, при всём желании не мог вызвать слёз, которые в периоде депрессии появлялись неминуемо лишь при мимолётном воспоминании о неприятном.

После гипнотических сеансов (гипотаксия по Форелю), во время которых внушалось бодрое настроение и хороший сон, у больного несколько улучшалось настроение, а главное—значительно менее тягостными становились соматические ощущения; напротив, внушение не было в состоянии устранить бессонницу.

Очень любопытна разница в действии алкоголя и гипнотического внушения, которую отмечает сам М. По его словам, приёмы алкоголя «чисто-механически» поднимают энергию, устраняют заторможённость, вызывают говорливость, туманят голову.

При внушении же дело ограничивается преимущественно устранением неприятных ощущений. Однако, ни приём алкоголя, ни внушение не способны восстановить гармонию между мыслью и действием, дать веру в свои силы, что наблюдается в периоды «просветления», т. е. кратковременного улучшения состояния. После инъекции атропина (в дозе 1 мг), в фазе начинающегося

паралича n. vagi., М. становился несколько живее, настроение улучшалось.

Ввиду того, что мы смогли провести только два таких опыта, эти наблюдения нуждаются в дальнейшей проверке и результаты их мы не принимаем во внимание при обобщении нашего материала.

Второй случай циклотимии, к изложению которого мы сейчас переходим, во многом напоминает только-что разобранный, хотя, разумеется, в нём имеются некоторые индивидуальные особенности, представляющие известный интерес.

Случай II. Больной Л., 26 лет, женат, поступил в психиатрическую клинику 27/X-34 г.

Общий анамнез. Отец жив, 52 г., русский, болеет туберкулёзом лёгких, выпивает, но редко и понемногу. По характеру мягкий и неустойчивый, недостаточно общителен, «официален» в обращении со взрослыми, «холодновато» относится к детям.

У матери отмечается увеличение щитовидной железы. По характеру она очень решительна, настойчива, общительна, очень заботлива в отношении детей; настроение у нее обычно весёлое, жизнерадостное.

Кто-то из родственников матери был психически больным, покончил жизнь самоубийством без видимых оснований.

Сам больной по счёту первый, говорить начал рано; лет до 15 страдал enuresis nocturna.

В детстве много шалил и хулиганил. Родители, занятые службой, сравнительно мало уделяли внимания воспитанию своих детей. В возрасте от 14 до 18 лет занимался онанизмом. Лет 16 начал половую жизнь, имел случайные связи.

По характеру неустойчивый, легко поддается всяким влияниям, общительный, мнительный, имеет склонность к мечтам и фантазиям.

Анамнез болезни. Сообщил, что примерно с июня 1934 г. появились мысли о плохом к нему отношении; всё стало угнетать, наступило полное бессилие, как будто мозг перестал работать. Не в состоянии был сообразжать, что требовалось по службе; было тоскливое или апатичное настроение. Сделался совершенно безвольным, поддавался любому влиянию, даже, может быть, угадывая мысли окружающих и пассивно им подчиняясь. Работать не мог.

Раньше, до настоящего заболевания наблюдались колебания настроения, зависящие иногда от обстановки, которая вообще действует на него очень сильно. В этот раз описанное выше состояние развилось без видимых причин в смысле неприятных переживаний. Однако за последнее время чувствовал себя утомлённым, злоупотреблял алкоголем.

Психическое состояние. Сознание ясное, полная ориентировка во времени, месте и обстановке. На вопросы отвечает охотно и правильно. Мимика достаточно живая. Поведение вполне адэкватное. Настроение умеренно-депрессивное. Временами обвиняет себя в разных служебных упущениях, которые он якобы допустил. Испытывает чувство заторможённости и неспособность к активным действиям.

Со стороны нервной системы особых отклонений от нормы не отмечается. Пульс—96 ударов в минуту.

Течение болезни и фармако-гипнологические исследования

27/X—28/X. Сознателен, спокоен, поведение адэкватное.

29/X. Жалуется на то, что забывает всё прочитанное, высказывает опасение, что он «опустился». Испытывает чувство заторможённости и выпадение «двигательной инициативы». Представляется, что в прошлом не было радости, а всё было серо; таким раньше не был; наоборот, был оптимистом, жизнерадостным. Спрашивает обслуживающий персонал—не идиот ли он.

31/X. Мучает мысль о том, что когда проходили через тропики, то он удерживал температуру холодильников на уровне 4° вместо 2°, что могло привести к порче мяса. Его должны были бы привлечь к ответственности, но этого почему-то не сделали. Больные смотрят на него, как на преступника. Сам слышал, как один больной сказал: «Государственный преступник». Вообще «атмосфера» создалась такая, как будто он «лишний человек».

1/XI. После проведённой психотерапевтической беседы, настроение несколько лучше.

Гипнотические опыты (2/XI, 3/XI, 5/XI)

Во время гипнотизации сильно волновался, усилилось сердцебиение, дрожание во всём теле. Испытывал тяжесть в веках, однако был в состоянии их открыть. Не сохранял придаваемых ему положений, несмотря на соответствующее внушение.

Внушено: хорошее настроение, исчезновение опасений, в частности в отношении «двух градусов разницы».

Особых изменений в состоянии больного не обнаружено.

При последующих гипнотических сеансах больной стал относиться к процедуре гипнотизации более ровно, однако выраженных гипнотических явлений получить не удалось.

Тем не менее больной субъективно заметив некоторое улучшение настроения, наступившее после суггестивных воздействий, сам просил продолжать гипнотерапию.

2—3/XI. Настроение улучшилось.

4/XI. Вновь чувствует себя хуже, в преувеличенно мрачных красках передаёт некоторые моменты из своей прошлой жизни.

5/XI. Настроение пониженное, настоящее и прошлое воспринимаются без радости, «серо и тоскливо». Чувство заторможённости, утраты инициативы.

Опыты с алкоголем (5/XI—7/XI)

11 час. утра. Дан раствор Spiritus vini 30%—100,0.

11 ч. 10 м. Чувство успокоения.

11 ч. 15 м. Дан раствор Spiritus vini 30%—100,0.

11 ч. 25 м. Оживился, менее заторможён, стал значительно разговорчивее, настроение заметно улучшилось; почувствовал себя «почти как прежде, можно сказать, человеком».

12 ч. 20 м. Настроение ухудшилось, меньше говорит.

12 ч. 36 м. Клонит ко сну, лёг отдохнуть.

Последующие два опыта с дачей алкоголя (в дозах 45,0 и 50,0) дали аналогичный результат.

9/XI—12/XI. Настроение несколько выравнивается, стал более критически относиться к совершённым им «преступлениям», хотя некоторый оттенок прежнего отношения ещё сохранился. Выразил желание заняться физкультурой.

13/XI—18/XI. Состояние улучшилось: настроение ровное, занимается физкультурой, играет на биллиарде. Отношение к прежним высказываниям вполне критическое. Хотел бы выписаться домой.

18/XI—20/XI. Самочувствие удовлетворительное, но ещё нет уверенности в своих силах, не знает—справится ли он с работой, так как «не обладает способностями». Жена к нему относится «холодно».

21/XI—25/XI. Временами высказывает мысли, что он ни к чему не пригоден, что, «все равно, он человек конченный».

26/XI—30/XI. Несколько подозрительно относится к окружающим, иногда обнаруживает настойчивость.

1/XII—6/XII. Принимает участие в трудовых процессах, настроение не совсем устойчивое.

7/XII—15/XII. Иногда слегка депрессивен.

16/XII—24/XII. Настроение выравнивается.

25/XII. Взят на попечение родных.

В данном случае, так же, как и в ранее разобранном, нельзя сомневаться в диагнозе заболевания (циклотимия), однако, здесь приступ депрессии, по сравнению с такой же фазой у больного М., носит более выраженный характер вплоть до появления идей самообвинения и приближается, следовательно, к настоящей эндогенной меланхолии циклофреников.

При наличии столь выраженной депрессии у Л. удавалось получать только начальные степени гипноза, причём внушение почти не сказывалось на его психическом состоянии, только слегка улучшая самочувствие.

Что касается действия алкоголя, то оно производило почти такой же эффект, как и у первого больного, т. е. у Л.,—уменьшалась общая заторможённость, он становился более разговорчивым, улучшалось настроение.

Остановимся теперь на некоторых общих моментах, которые выступали более или менее ясно во всех произведённых нами фармако-гипнологических исследованиях при циклофрении.

Прежде всего: чем более выражен маниакально-депрессивный психоз, тем труднее вызвать у циклофреников гипнотическое состояние и тем менее эффективно внушение. Даже при лёгких депрессивных приступах, свойственных циклотимии, гипнотическое внушение неспособно более или менее радикально изменить психотическое состояние больных и сказывается преимущественно на тех ингредиентах психики, которые относятся ко вторичной реактивной переработке основного патологического нарушения. Если, в частности, гипнотическое внушение способно несколько ослабить интенсивность соматических ощущений, то как отмечалось ранее, надо считать, что в их генезе значительную роль играют аффективные моменты, связанные с реакцией личности на первичные соматические раздражения.

Равным образом, если при психогенно-возникшей бессоннице дача различных снотворных и наркотических веществ не даёт достаточного эффекта, а гипнотическое внушение вполне регулирует расстроенный сон, то, наоборот, при бессоннице у циклотимиков и

циклофреников известные фармакопрепараты (в частности лизаты передней доли гипофизиса по наблюдениям Н. Н. Тимофеева) устраняют или смягчают бессонницу, тогда как гипнотическое внушение не сказывается заметным образом на течение сна.

Всё это свидетельствует только о том, что пределы действия гипнотического внушения на психо-физиологическое состояние циклофреников очень ограничены, соответственно чему можно считать, что и роль психогенных механизмов в генезе циклофрении невелика и может проявиться только в слабой степени вторично, благодаря влиянию аффективности на деятельность вегетативной нервной системы.

Глава VIII

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СХИЗОФРЕНИКОВ

В общем литературном обзоре мы уже сообщили о возможности вызвать при помощи мескалина, гашиша и некоторых других химических веществ схизофреноподобные состояния в форме деперсонализации, галлюцинаторных явлений и т. д.

Мы упоминали также и о некоторых исследованиях, касающихся действия фармакосредств на психическое состояние схизофреников.

Не вдаваясь в подробное рассмотрение современных методов лечения (инсулиновый шок, лечение сном, пирогенная терапия и т. д.), которые имеют лишь косвенное отношение к фармако-гипнологическим исследованиям в том разрезе, который нас интересует, мы коротко изложим лишь те данные, где учитывается непосредственный эффект действия тех или иных химических веществ или психотерапевтических воздействий.

Как известно, в 1920 г. Клези применил к определённой группе схизофреников новый метод лечения, в форме длительного (до 12 дней), вызванного при помощи сомнифена и других химических веществ, искусственного сна. Он стремился таким образом получить у этой группы больных (негативистов) особенное состояние беспомощности и подчиняемости обслуживающему персоналу и врачам. Это состояние, по мнению Клези, облегчало налаживание контакта с больными, благодаря которому оказывалось возможным изменить в благоприятную сторону их психическое состояние. Это достигалось при помощи активной психотерапии, применяемой непосредственно после пробуждения, которая, таким образом, дополняла фармакологическое действие медикаментов. По мнению Шильдера, возникающие после длительного наркоза благоприят-

ные условия для психотерапии зависят не только от беспомощности больных, но и от повышения потребности в поддержке. Впрочем, некоторые авторы (Ландкоф и др.), вопреки исследованиям Клези, считают, что применение длительного наркоза не создаёт благоприятных условий для установления контакта и психотерапевтических воздействий.

В 1924 г. Клод, Борель и Робен предложили применять при схизофрении лёгкий эфирный наркоз, который, помимо диагностического значения (диференциация раннего слабоумия от шизозов), имел целью, подобно длительному наркозу Клези, устранение замкнутости схизофреников и налаживание психического контакта с ними.

Перельман, вместо эфирного наркоза, применял при схизофрении алкоголь, причём отметил, что больные оживляются, начинают улыбаться или смеяться, их движения становятся более быстрыми, нередко наступает эйфория. Кроме этого, многие больные стали охотнее отвечать на вопросы, иногда сами задавали вопросы врачу, попутно сообщая сведения о себе.

Равным образом Реес пришёл к убеждению, что при помощи производных барабитуровой кислоты можно привести больных в особое гипнонаркотическое состояние, в котором они теряют способность сопротивляться психотерапевтическому воздействию и позволяют врачу глубоко проникнуть в их психику («химический психоанализ»).

Все перечисленные методы представляют для нас особый интерес потому, что при них комбинируется действие фармакосредств и психотерапии, т. е. затрагиваются вопросы, близко соприкасающиеся с нашими фармако-гипнологическими исследованиями.

Последнее время действие алкоголя при схизофрении изучали И. О. Нарбутович и Головина, причём они, в частности, отмечают определённое влияние алкоголя на мутизм и речевую продукцию. И. О. Нарбутович же произвёл фармако-динамические исследования действия t-rae Cannabis Indicae при кататонической форме схизофрении. У всех больных возникало двигательное возбуждение, в некоторых случаях сопровождаемое бессонницей и эротичностью; у трёх больных исчезла также гиперсаливация.

Остановим также наше внимание на факторах, провоцирующих схизофрению или, наоборот, способствующих наступлению ремиссии.

В общем литературном обзоре мы уже упоминали, что по исследованиям Гиляровского и В. П. Осипова, наиболее часто схизофрения провоцируется интоксикациями. Как известно, схизофрения нередко впервые наступает после психической травмы.

Однако, как правильно подчёркивает Кречмер, подобное «пускание в ход» схизофренического процесса отнюдь не обеспечивает

возможности устранения его при помощи психических влияний (психотерапии).

Как известно, психические травмы не только способны провоцировать наступление схизофрении, но могут вызвать и ремиссию.

Десрюэль, Мюссот и Гардьен сообщают о четырёх случаях ремиссии после тяжёлых психических травм, причём у одной параноидной схизофренички, имевшей бред об измене мужа и подмене её ребенка, после сообщения о смерти мужа, сначала изменилось течение болезни, а затем наступило выздоровление.

Как известно, Клези специально ставил схизофреников (преимущественно кататоников) в неожиданное критическое и даже опасное положение, причём в некоторых случаях у больных наступали более или менее выраженные ремиссии.

Несомненно, нарочитое использование психической травмы для лечения схизофрении уже относится к психотерапии. Поскольку последняя граничит с интересующим нас вопросом о механизме и границах действия гипнотического внушения на психическое состояние схизофреников, остановимся на некоторых относящихся сюда данных и взглядах авторов.

Как совершенно правильно указывает Кречмер, всякая психотерапия схизофрении должна исходить из положения, что эта группа имеет основной причиной наследственное предрасположение, что она протекает с тяжёлыми соматическими изменениями и что, наконец, она в своих основах не поддаётся наиболее сильному психотерапевтическому воздействию.

Не касаясь истории вопроса, следует указать из современных авторов на Блейлера, который ещё в 1911 г. (в своей монографии о схизофрении) подчеркнул значение психических воздействий при терапии схизофрении и высказал мнение, что «одно медикаментозное лечение ничего не даёт». Фрейд, относя схизофрению к нарцистическим заболеваниям, считает психоанализ непригодным для лечения схизофреников. Кречмер допускает применение психотерапии при схизофрении, но рекомендует обходить «основной комплекс», учитывая период и характер процесса. Многие психиатры приходят к выводу, что психотерапия при схизофрении должна ограничиваться созданием наиболее подходящего режима, налаживанием контакта с больными, повышением их активности и т. д.

Что касается специального применения гипнотерапии при схизофрении, то Блейлер не склонен ждать значительных результатов от гипнотического внушения, а некоторые психотерапевты и психиатры (Гейер, Гиляровский и др.) даже высказывают убеждение о вредности применения гипноза при схизофрении, поскольку он может содействовать развитию бреда отношения и влияния.

Насколько такое опасение является основательным, нам станет более ясным после разбора фармако-гипнологических исследова-

ний, но несомненно одно, что изучение внушаемости, условий возникновения и особенностей гипнотического состояния у схизофреников, вне зависимости от чисто терапевтических целей, представляет значительный интерес как для понимания некоторых сторон психики схизофреников, так и для лучшего уяснения самих механизмов внушения и гипноза.

Теоретически и практически важно, что при выраженных формах схизофрении вообще, как правило, не удаётся вызвать у больных гипнотического сна, что уже естественно сразу ограничивает пределы применения гипнотического внушения у схизофреников. Поэтому гипнологические исследования у схизофреников, как правило, возможны или при невыраженных формах, или в периоде ремиссии. Мы уже упоминали, что Каудерс вызвал при помощи гипнотического внушения у постпроцессуальных схизофреников состояние двигательного беспокойства со спутанностью, бредовыми идеями и галлюцинациями.

Конторому даже удалось купировать гипнотическим внушением бредовую вспышку у одного постпроцессуального схизофреника, что впрочем требует проверки.

Ограничимся этими краткими литературными данными, которые достаточно знакомят с основными фактами интересующего нас вопроса, и перейдём к изложению собственных фармако-гипнологических исследований.

Почти в отношении всех случаев схизофрении мы пользовались, при фармако-динамических опытах, дачей алкоголя. Только у одного схизофреника (случай VII) были применены довольно разнообразные химические вещества (скополамин, эзерин, пилокарпин, кофеин, веронал).

Остановимся вначале на опытах, где нам не удалось получить заметных изменений в психическом состоянии схизофреников, но, которые тем не менее всё же типичны, хотя бы уже по чисто отрицательным результатам.

Случай I. Больная Б., 27 лет,—кататоническая форма схизофрении, с явлениями негативизма, мутизма, улыбки Сфинкса.

Опыт № 1. 24/I-35 г. Дан 40% раствор Spiritus vini в количестве 80,0. Никаких изменений в поведении больной не обнаружено[1].

Случай II. Больная Б., 27 лет, кататоническая форма схизофрении, с явлениями мутизма, негативизма, эмоциональной тупости.

Опыт № 1. 30/V-1935 г. Дан 40% раствор Spiritus vini в количестве 25,0. Заметных изменений в состоянии больной не обнаружено.

Из приведённых опытов очевидно, что в некоторых случаях довольно значительные количества алкоголя почти не сказываются на психическом состоянии (в частности не устраняется мутизм)

---

[1] Повторные опыты с меньшими (10,0—15,0) и большими (40,0) количествами алкоголя дали такие же результаты.

схизофреников, поскольку можно судить об этом по их поведению. Такой отрицательный результат следует прежде всего, надо думать, объяснить общим ослаблением способности схизофренического мозга реагировать на внешние раздражители.

Так, Гиляровский подчёркивает, что у схизофреников слабо выражены реактивные явления на интоксикацию и инфекцию. Кроме того законно поставить вопрос (который нами уже неоднократно поднимался ранее в отношении других патологических функциональных нарушений), насколько фармакологические вещества, в частности алкоголь, являются специфическими факторами воздействия на такие психопатологические проявления, как мутизм. Ведь, если, например, дело касается истерических симптомов (в том числе и истерического мутизма), то, как мы стремились это показать выше, там введение самых разнообразных фармакосредств не может обеспечить положительного эффекта; только методы психического воздействия (прежде всего—внушение) способны оказать непосредственное влияние на истерические проявления.

Как обстоит дело в отношении схизофренических психопатологических симптомов, мы постараемся показать в конце настоящей главы, а сейчас приведём случай, где дача алкоголя оказывала определённое влияние на психофизиологическое состояние схизофреников.

Случай III. Больной С., 28 лет, кататоническая форма схизофрении.

Опыт № 1. 23/XI-1934 г. До приёма алкоголя скупо отвечает на вопросы, давая односложные ответы. Держит голову, опустив вниз, как бы застывая в принятой позе. Выражение лица апатичное. Обычно пассивно подчиняется распоряжениям, но иногда, например, при соматических обследованиях обнаруживает некоторое сопротивление.

После приёма 30% Sol. Spiritus vini 45,0, на вопросы почти не отвечает или даёт стереотипный ответ: «не помню». Гипнотических явлений, при попытке применить внушение, получить не удалось.

20 мин. спустя. Застывает в придаваемых положениях. Отмечается резкое усиление сердечных тонов. На большинство вопросов отвечает: «нет, нет»; только при специально-поставленных вопросах, когда отрицательный ответ являлся полной нелепостью, отвечал: «не помню» или редко: «да».

Опыт № 2. 27/XI-1934 г. На вопросы отвечает скупо и односложно. Намечается явление flexibilitas cerea, однако в очень слабой степени. Придаваемые позы не сохраняет.

12 ч. 5 м. Дан 30% раствор Spiritus vini в количестве 50,0.

12 ч. 10 м. Почти перестал отвечать на вопросы. Застывает в придаваемых ему позах, но скоро из них выходит. На вопросы присутствующего при опыте врача вначале отвечал, хотя и односложно, но вскоре перестал отвечать совершенно.

12 ч. 22 м. Дан 30% раствор алкоголя в количестве 50,0. Хорошо сохраняет придаваемые позы, из которых через некоторое время самопроизвольно выходит. Сидит неподвижно, опустив голову. Явление автоматизма по приказанию в нерезкой степени. Мутизм.

Итак, в этом случае, как и в исследованиях И. О. Нарбутовича и Головиной, после приёма алгоколя (в опыте № 1) имеющаяся у схизофреника слабая речевая продукция снизилась ещё более, а в опыте № 2 развился временный мутизм. Одновременно усиливалась двигательная заторможённость и становились более выраженными явления flexibilitas cerea.

Случай IV. Больной К., 23 лет, русский, поступил в психиатрическую клинику 28/IV-1936 г. из Иркутской психиатрической больницы, где находился с 21/XI-1934 года. При поступлении на вопросы не отвечает (мутизм).

За длительный период пребывания в больнице и клинике (более года) периодически обнаруживал приступы кататонического возбуждения, сменявшиеся состояниями двигательной заторможённости, с явлениями негативизма и мутизма.

Состояние больного в последние дни до опыта с дачей алкоголя

1/VIII—7/VIII-1935 г. Недоступен, сопротивляется лечению. Заявил: «Все равно, лечиться не буду, хоть оторвите голову».

8/VIII. На вопросы не отвечает, громко смеётся и упорно смотрит на пол, иногда марширует часа по три без отдыха.

9/VIII. Отказывается от еды, марширует по садику.

10/VIII. Мутизм. Ничего не ест совершенно. С 11/VIII назначен на искусственное питание.

Опыт № 1. 11/VIII. Утром не завтракал. Долго не принимал алкоголя, но затем всё же выпил (40% раствор Spiritus vini в количестве 75,0) и, судя по реакции, остался очень доволен предложенным ему напитком. Минут через 15 после приёма алкоголя попросил есть, хорошо пообедал, подстриг себе волосы (чего до сих пор не делал), стал отвечать на вопросы; настроение весёлое, много ходит.

12/VIII. Хорошо кушал, гуляет по садику, во-время лёг спать, прекрасно спал ночь.

13/VIII. Часами марширует по садику.

14/VIII—15/VIII. Ест за общим столом, менее заторможён, более охотно отвечает на вопросы.

15/VIII. Добровольно пришёл на вдувание кислорода, прислушивается к разговорам, иногда начинает говорить сам.

17/VIII—23/VIII. Усердно работает по установке забора, более контактен, поведение довольно адэкватное.

24/VIII—14/IX. Менее доступен, ответы с задержкой, негативистические проявления, иногда отказывается от еды.

Как видно из произведённого фармако-динамического опыта, после приёма алкоголя у кататоника не только прекратился отказ от еды и мутизм, но всё поведение больного резко изменилось в сторону значительного улучшения, выразившегося в уменьшении аутизма, в заботах о своей внешности, участии в трудовых процессах и т. д.

Конечно, значительную часть этих изменений в поведении больного нельзя связать непосредственно с влиянием алкоголя, но всё же очевидно, что именно приём алкоголя явился толчком, после

которого наступило временное улучшение психического состояния.

Однако нет оснований сомневаться, что появившийся вскоре после приёма алкоголя позыв к еде зависел от непосредственного физиологического действия алкоголя, который, как известно, повышает отделение желудочного сока и активизирует аппетит.

С непосредственным фармако-динамическим влиянием алкоголя следует также связать прекращение мутизма и возникновение эйфории.

Тем не менее, было бы неправильно совершенно игнорировать значение психических воздействий на больного в форме повышенного внимания, которое ему было оказано при процедуре дачи алкоголя, а главное роль чувственно-положительного тона реакции, которую у него вызвало предложение выпить алкоголь, возможно, временно ослабившее имевшееся у больного чувство недоверия и подозрительности в отношении окружающих лиц.

У всех четырёх разобранных нами схизофреников попытки вызвать гипнотические явления не увенчались успехом.

В некоторых других случаях, которые мы сейчас приведём, хотя нам также не удалось вызвать гипнотических явлений, но всё же поведение схизофреников при процессе гипнотизации было настолько любопытным, что заслуживает специального рассмотрения.

Случай V. Больная 21 г.,—простая форма схизофрении с негативизмом, с изменением эмоциональных отношений к родным, с паратимическими проявлениями.

Опыт № 1. 20/IV-1935 г. Несмотря на попытки применить различные методики суггестивного воздействия, гипнотических явлений получить не удалось. При внушении обнаруживает негативистические реакции: открывает глаза, поворачивается, начинает говорить и т. д.

Итак, в данном случае, как и во многих других, которых мы здесь не приводим, схизофреники при попытке ввести их в гипнотическое состояние обнаруживают различные негативистические проявления, которые, конечно, не представляют собою специфической реакции на процедуру гипнотизации, но выступают при подобных условиях очень демонстративно, поскольку от больных требуется исполнение определённых приказаний.

В других случаях (образец такого случая мы сейчас представим), наоборот, при процессе гипнотизации на первый план выступает, наряду с отдельными негативистическими реакциями, механизм автоматизма по приказанию, причём поведение схизофреников (по крайней мере внешне) напоминает состояние обычного гипноза.

Случай IV. Больной Д., 22 лет, поступил в психиатрическую клинику 5/III-1936 г. Диагноз: кататоническая форма схизофрении.

Психическое состояние. Малодоступен: почти не реагирует на окружающее, эмоциональное притупление, выражение лица апатичное, негативистичен; иногда ответы даёт с задержкой, обычно в причудливой форме или странного содержания, чаще явления мутизма; изредка—подавленное настроение или кратковременные приступы кататонического возбуждения.

Опыт № 1. (3/IV). Обнаруживает явления автоматизма по приказанию, т. е. исполняет команду, например, поднимает руки, поворачивается, марширует и т. д., но не отвечает на вопросы, несмотря на настойчивые приказания (мутизм). Иногда обнаруживает негативизм. При попытке получить у больного гипнотические явления, он ложится, и ведёт себя как гипнотик; один раз удалось при этом получить от больного ответ на вопрос о возрасте и месте нахождения. В некоторых случаях замечаются лишь лёгкие движения языка, но слов не возникает.

Согласно «внушения» (фактически приказания) или почти не чувствует боли при уколах иголкой, или, наоборот, обнаруживает при уколах повышенную защитную реакцию. Когда было сказано, что ногу кусает волк, то больной довольно живо, с соответствующими мимическими проявлениями, её отдёрнул.

Всё поведение больного одинаково, вне зависимости от того, пытаются ли при этом вызвать у него «гипнотическое состояние», или действуют, так сказать, более прямым путём, используя механизмы автоматизма по приказанию.

Из только что приведённого случая с выраженным автоматизмом по приказанию можно видеть, что при известных условиях этот механизм до известной степени может дать эффекты, сходные с теми, которые вызываются суггестивными воздействиями. Это особенно ярко сказалось при попытке оказать влияние на болевую чувствительность, а также при утверждении врача, что больного за ногу хватает волк.

В. П. Осипов, подробно анализируя в своей монографии «Кататония Kahlbaum'a» чувствительность кататоников, приходит к заключению, что наблюдающаяся у них анэстезия представляет симптомокомплекс сложного происхождения: «Отчасти она является истинной психоанэстезией, отчасти она лишь кажущаяся, мнимая, так как обусловливается не тем, что кожная раздражительность не доходит до сознания больного и не воспринимается им, а тем, что вследствие общей связанности больной не может реагировать на эти раздражения, хотя их и воспринимает».

В. П. Осипов отмечает также, что степень анэстезии находится в соответствии с глубиной ступорозного состояния, усиливаясь с нарастанием ступора и ослабевая вместе с уменьшением его.

В описанном выше случае (случай III, опыт № 1—2) мы уже столкнулись с аналогичным параллелизмом между степенью двигательной заторможённости и явлениями flexibilitas cerea и мутизма, когда после дачи алкоголя весь этот кататонический синдром усиливался одновременно и в одинаковой интенсивности.

Однако, возможность при помощи соответствующего утверждения изменять у кататоников реакцию на боль указывает также и

на зависимость их «болевой чувствительности» от определённого состояния психики. Когда кататоник после утверждения, что его хватает за ногу волк, отдёргивает конечность, эта роль психической установки больного выступает ещё более демонстративно.

В полном соответствии с этим находится тот факт, отмеченный, как указывает В. П. Осипов, ещё в 1902 г. Нисслем, что у схизофреников иногда наблюдаются различные симптомы, которые принято рассматривать, как истерические. В частности, и характер распространения анэстезии в ряде случаев соответствует истерическому.

Возможно ли, и в какой именно мере, сравнивать механизм автоматизма по приказанию с механизмом гипнотического внушения? На этот очень интересный и важный вопрос мы попытаемся ответить в конце настоящей главы, а сейчас перейдём к изложению in extenso двух случаев схизофрении, из которых в первом—основное внимание сосредоточено на фармакологических, а во втором—на гипнологических исследованиях.

Случай VII. Больной Л., 27 лет, русский, холост, по профессии конторщик, поступил в клинику 28/VIII-1929 г., выбыл 9/V-1930 г.

Анамнез (со слов больного). Отец вспыльчив, раздражителен, злоупотреблял водкой, умер от туберкулёза лёгких; мать замкнутая, уравновешенная, болеет туберкулёзом лёгких. У брата и сестры врачи также определили туберкулёз лёгких.

В детстве много шалил; однажды, 12—13 лет, выбил 9 стёкол, причём окружающие сочли его за душевнобольного. По характеру всегда был замкнут, необщителен.

Ещё в 1927 г. больной заметил к нему «общественное недоверие» и «презрение», что заставило его даже временно оставить город Б., где он служил.

В феврале 1928 г. заболевание настолько оформилось, что Л. начал подавать многочисленные заявления по месту службы, а также пытался посылать телеграммы в центральные учреждения. В этих заявлениях и телеграммах Л. просит освободить его от «путаницы головы и от недопущений» в совершении нужных ему действий; выражает также жалобы на передачу в его голову чужих мыслей при помощи «радио и света», на «сотрясение и ущипывание» мозга и т. д. В таком состоянии больной и поступил в клинику.

Общее соматическое состояние. Астеник; по определению терапевтов страдает туберкулёзом лёгких. Щитовидная железа несколько увеличена. Синюха рук и ног. Кровяное давление 85 mn—115 mx. Пульс—72. Со стороны нервной системы—ничего особенного.

Психическое состояние. Ориентирован относительно времени, места и обстановки. Очень замкнут, с больными не общается, целыми днями лежит в постели. В обращении с окружающими вежлив и деликатен. Высказывает бредовые мысли о преследовании; слышит голоса различных лиц, преимущественно мужчин, которые то угрожают ему смертью, то собираются подвергнуть пыткам, например, вскрыть череп и вырезать мозжечок и т. д. Голоса слышит всё время или, вернее, бывают перерывы, обычные для разговорной речи; перерывы не длятся более полминуты. Голоса слышатся из внешнего мира, но не имеют точной локализации; по мнению больного, не-

которые голоса доносятся из других городов. Иногда больной мысленно отвечает на вопросы, вступает в спор. При разговоре с врачом или другими лицами голоса закономерно прекращаются; равным образом прекращаются они и во сне, но перед засыпанием, наоборот, усиливаются.

Кроме того Л. испытывает ощущение, что на его голову, сердце, половые органы, кишечник и кожу действует «радио и свет», что доставляет ему большие страдания.

При этом Л. отмечает, что если он лежит на левом боку, занят тяжёлой физической работой и т. д., то влияние «радио и света» на сердце увеличивается. Перед обедом, когда хочется есть, действие радио и света больше сказывается на желудке.

Временами Л. на стенах палаты, в трещинах и изломах их, а также в складках висящего полотенца усматривает изображения различных лиц. Если поставить руку перед глазами, то она частично или полностью закрывает эти изображения. Когда больной подходит к стене, то образы постепенно расплываются и, примерно, на расстоянии трёх метров исчезают совершенно. Образы не имеют красок, а представляются в виде силуэтов, с различной степенью освещённости в отдельных частях. Если глаза закрыты—образы исчезают.

Влияние фармакологических веществ на галлюцинации и бредовые идеи

I. Опыты со скополамином (6)

Опыт № 1. Состояние обычное. В 10 ч. 45 м. утра сделана подкожная инъекция Scopolamini hydrobrom в дозе 0,0004.

В 11 ч. 45 м. больной задремал, однако не уснул; голоса стали слышаться слабее и с большими (до 1 минуты) перерывами, чего раньше не бывало. Влияние «радио и света» также ослабело.

К вечеру голоса и действие «радио и света» снова усилились. На следующий день галлюцинации приобрели обычный характер.

II. Опыты с эзерином (1)

Опыт № 2. 8/X 1929 г. Галлюцинации и бредовые идеи в обычной форме и интенсивности. В 10 час. утра инъекция Eserini Sulfurici в дозе 0,0003. Изменения в психическом состоянии Л. установить не удалось.

III. Опыты с пилокарпином (4)

Опыт № 3. 28/X 1929 г. Состояние обычное. В 11 час. утра сделана инъекция Pylocarpini hydrobromici в дозе 0,003. К вечеру усилились голоса, а также яркость зрительных галлюцинаций; больной стал ощущать запахи табака, хлеба и пр. Бил себя кулаками по лицу. (По мнению больного «посредством радио и света»).

Опыт № 4. 5/XI 1929 г. Самочувствие удовлетворительное. В 10 ч. 30 м. утра—инъекция пилокарпина в дозе 0,005. Через несколько минут началось слюнотечение—рот наполнялся слюной раз 10. Голоса сообщили Л., что обильное слюнотечение означает, что его «берут на быстрое заражение чахоткой».

6/XI. Больной против того, чтобы производили измерение кровяного давления, так как это ему запрещают голоса. Во время разговора с врачом в кабинете гневно вскочил со стула и вышел, шумно хлопнув дверью.

8/XI. Несмотря на длительные уговоры, категорически отказался пойти в кабинет к врачу. Слышит неприятные голоса, видит образы, ощущает запах человеческого мяса и пр.

9/XI. Снова категорически отказался пойти в кабинет, так как голоса запретили это делать; от инъекции также отказался. Голоса ему сказали, что при помощи радио и света он будет уничтожен.

10—15/XI. Психопатологические явления ослабевают, и постепенно больной приходит в обычное состояние.

IV. Опыты с кофеином (6)

Опыт № 5. 10/X 1929 г. Самочувствие удовлетворительное. 9 час. утра дан порошок Coffeini natriosalyc. в дозе 0,2. Примерно, с 12 час. дня состояние больного изменилось к худшему: голоса сообщили, что его «дело снова пересматривается», испытывает ощущение «радио и света» на сердце и другие органы, бьёт себя кулаками.

Опыт № 6. 15/X 1929 г. Самочувствие хорошее. Очень вежливо и приветливо беседует с врачом.

В 9 час. утра дан порошок кофеина в дозе 0,2. В 12 ч. 30 м. дня голоса сообщили Л., что ему «объявляют месть». Настроение у больного тревожное; пытается выяснить своё положение; голоса внушают заниматься онанизмом.

V. Опыты с вероналом (6)

Опыт № 7. 25/XI 1929 г. Состояние обычное. В 10 ч. утра дан порошок Veronoli в дозе 0,5. Примерно, через $^1/_2$ часа голоса стали более слабыми, действие «радио и света» уменьшилось.

VI. Опыты с гипнотическим внушением

Опыт № 8. 12/VII-1930 г. Больной ощущает довольно сильное действие радио и света, слышит голоса, видит образы. После обеда, около 1 часа дня, Л. согласился на применение гипноза. С трудом удалось получить лёгкие явления сонливости. Во время гипнотизации, после соответствующих внушений, обманы чувств почти прекратились или, по крайней мере, заметно уменьшились в своей интенсивности; такое состояние продолжалось и после окончания сеанса, примерно, минут 10—15. Затем постепенно голоса, действие «радио и света» и т. д. усилились и вскоре вернулось первоначальное состояние.

Начало болезни в период полового созревания, наличие ряда схизофренических симптомов, как аутизм, негативизм, явлений душевного автоматизма и т. д., не позволяет сомневаться, что в данном случае мы имеем дело с параноидной формой раннего слабоумия.

Доминирующее значение слуховых галлюцинаций и галлюцинаций общего чувства, при сохранности сознания и хроническом течении болезни, даёт право говорить здесь о так называемом галлюцинозе, т. е. слуховом галлюцинаторном синдроме, выделенном сначала Вернике, а затем Крепелиным и Шрёдером, о хроническом галлюцинаторном синдроме преследования и влияния в описании французских авторов.

Как видно из опыта № 1, инъекции скополамина (в дозах 0,0005) вызывали, как правило, с одной стороны, ослабление силы голосов, а с другой—удлинение перерывов между ними. Что с таким, на первый взгляд, очень незначительным изменением в характере слуховых галлюцинаций следует считаться, об этом свидетельствует тот факт, что в одном аналогичном случае, описанном Тинелем, после 5—6 дней салицилизации голоса у больного стали говорить менее сильно и более редко, что было первым этапом в их смягчении, вплоть до полного исчезновения.

Параллельно ослаблению интенсивности голосов, наблюдалось также и уменьшение влияния «радио и света».

Интересно, что больной через свои галлюцинаторные голоса как бы пытается чисто бредовым образом объяснить происходящие в нём перемены.

Таким образом на галлюциноз скополамин оказывает благоприятное действие, однако в очень незначительной степени.

Инъекция пилокарпина (в дозе 0,005), наоборот ухудшала состояние больного. Помимо увеличения силы голосов и яркости зрительных галлюцинаций Л. стал ощущать различные запахи, как-то: человеческого мяса, табака, хлеба и пр.

Общее поведение Л. стало тревожным, действие «радио и света» усилилось, непроизвольные движения стали более частыми и интенсивными.

При объяснении действия на психическое состояние больного применённых нами вегетативных ядов приходится использовать то же толкование, которое мы дали ранее по поводу их влияния на онероидный синдром при эпидемическом энцефалите, т. е. признать помимо сосудодвигательных моментов, непосредственное влияние вегетативной нервной системы в смысле изменения рефлекторной возбудимости головного мозга. Однако, это изменение реактивной возбудимости головного мозга не имеет здесь такого значения, как при онероидном синдроме, и только незначительно сказывается на галлюцинозе.

В отношении скополамина, помимо указанного, конечно, нужно считаться с его снотворными и успокаивающими влияниями на центральную нервную систему.

Вегетативные яды, действуя на периферические нервные приборы, несомненно усиливают и изменяют характер соматических ощущений, что провоцирует их бредовую интерпретацию, а возможно также способствует возникновению и усилению обманов общего чувства.

Нужно, однако, сказать, что в сущности мы не в состоянии ясно отграничить бредовое толкование соматических ощущений от галлюцинаций общего чувства.

Галлюцинации общей чувствительности, говорит Шаслен, находятся в интимнейшей связи с бредовыми переживаниями.

Или, может быть, как думает Блейлер, здесь вообще нельзя говорить о галлюцинациях, а лишь об ощущениях центрального происхождения, которые неправильно толкуются больными.

Что касается действия других применённых нами химических веществ, то приёмы кофеина внутрь в порошках (в дозе 0,1—0,2), видимо обостряли психопатологические проявления, в частности, наблюдалось усиление непроизвольных движений, голоса принуждали заниматься онанизмом и т. д.

Вероятно, такое влияние кофеина связано с его возбуждающим действием на центральную нервную систему и психическую деятельность.

Веронал (в дозах 0,3—0,5) вызывал, как правило, ослабление слуховых галлюцинаций и других явлений галлюциноза, что заставляет думать о роли веронала как средства, понижающего рефлекторную возбудимость головного мозга, особенно подкорковых образований.

Попов, занимаясь изучением генезиса галлюцинаций, пришёл к убеждению, что они, если не во всех, то во многих случаях, бывают обусловлены не состоянием возбуждения, а тормозным состоянием коры. Согласно произведённых им фармакологических исследований, факторы, усиливающие торможение коры головного мозга (бром, люминал, хлорал-гидрат, угашение ориентировочной реакции, гипноз), способствуют появлению галлюцинаций; факторы же, усиливающие возбуждение (кофеин), ослабляют или уничтожают галлюцинации.

Допуская, наряду с галлюцинациями «тормозного» генезиса, существование галлюцинаций иного типа, Попов относит к первым галлюцинации при белой горячке и схизофрении.

При онероидном синдроме у энцефалитиков (сходном, до известной степени, с алкогольным делирием), как нами было показано ранее, действительно имеет место преобладание тормозных процессов в головном мозгу. Вегетативные яды (а, отчасти, и другие химические вещества), концентрируя или рассеивая торможение в головном мозгу энцефалитиков, обусловливали появления или исчезновения сновидных зрительных галлюцинаций. В таких случаях, несомненно, дело идёт о торможении, осуществляемом преимущественно через вегетативную нервную систему, причём это торможение не достигает резких степеней, что явствует хотя бы из того, что больные в состоянии частично реагировать на окружающую их обстановку, болезненно, но всё же интерпретировать слышимые ими разговоры и т. д. Сравнительно нерезкая степень торможения подтверждается также лёгкостью устранения этого

состояния при помощи относительно небольших доз вегетативных ядов и некоторых других средств.

Однако, как мы полагаем, такой способ рассмотрения не может быть полностью приложен к галлюцинациям схизофреников.

Во-первых, сопоставление психического состояния схизофреников с сновидными типами нарушений сознания весьма относительно, а во-вторых, и тип галлюцинаций здесь совершенно иной, по сравнению с обманами чувств при онероидном синдроме и алкогольном делирии.

Ещё Делакруа утверждал, что бред играет доминирующую роль в генезе слуховых галлюцинаций; слуховая объективизация голоса является вторичным феноменом.

Мург подчеркивает, что «классические слуховые галлюцинации», т. е. галлюцинации функции речи, могут существовать только у человека, и отличаются от галлюцинаций онероидного типа.

Паркер и Шильдер, изучая отношение слуховых образов к слуховым галлюцинациям, показывали, что токсические галлюцинации алкоголиков имеют ту же структуру, что и слуховые образы; схизофренические же—другого типа: в них больше символических и моторных элементов, чем чувственных.

Таким образом, исходя из различных соображений, приводить которые здесь излишне, целый ряд особенно современных авторов (Жанэ, Кверци, Лягаш, В. И. Аккерман и другие) приходят к определённому заключению о псевдосенсорном и бредовом характере схизофренического галлюциноза, о тесной связи этих «обманов чувств» с нарушениями мышления и внутренней речи.

Поскольку это так, нас не должно удивлять очень незначительное влияние на слуховой галлюцинаторный синдром при схизофрении (случай VII) применённых нами вегетативных ядов: их действия в подобных случаях следует сравнивать не с их влиянием на онероидный синдром энцефалитиков, а скорее (конечно, тоже с большими оговорками) с влиянием на истерические симптомы и внушённые гипнотические проявления. Естественно, что самые разнообразные фармакологические вещества, применённые в обычных (нетоксических) дозах, могут оказывать лишь косвенное воздействие на эти, так сказать, «идеоречевые галлюцинации». И лишь во сне, когда выключается функция бодрствующего сознания, или при даче больших доз снотворных и наркотических веществ можно добиться временного устранения галлюцинаторных явлений.

Разумеется, данное нами толкование фармако-динамического воздействия на галлюцинаторный слуховой синдром при схизофрении не может претендовать на безусловную точность, но всё же такое понимание, нам думается, достаточно хорошо объясняет

иной характер действия тех же веществ на онероидный синдром энцефалитиков.

Что касается воздействия на галлюциноз у наблюдаемого нами больного Л., «гипнотического внушения», то прежде всего нет уверенности, что возникшее у него при процессе гипнотизации лёгкое сновидное состояние можно расценивать как определённую степень гипноза. Вероятно, кратковременное ослабление галлюцинаций следует объяснить отвлечением внимания больного необычной процедурой гипнотизации, так как и при обычном разговоре, чтении и другой психической деятельности, требующей известной активности, голоса временно ослабевают или даже прекращаются совершенно.

Перейдём теперь к изложению и разбору одного случая схизофрении [1], в котором достаточно культурная больная сообщает много тонких патопсихологических наблюдений, касающихся как её состояния вообще, так и переживаний во время гипноза.

Мы приводим из очень богатой истории болезни Е. лишь только то, что необходимо для правильного понимания действия фармакосредств и гипнотического внушения на её психическое состояние.

Случай VIII. Больная Е., 23 лет, русская, девушка, инструктор Облоно, находилась в психиатрической клинике с 26/IX-1935 г. по 23/XII-1936 г.

Психическое состояние. Поведение больной в клинике. Следует прежде всего отметить, что в поведении больной сравнительно слабо отражаются богатые внутренние переживания. Больная обычно с довольно равнодушным выражением лица сидит, о чем-то задумавшись, почти не разговаривает с окружающими больными, кроме кратковременных периодов, когда у нее появляется особенное желание поделиться своими переживаниями и когда она целыми часами говорит о себе. Временами бывает капризна, требовательна в отношении мелочей туалета, однако в общем мало заботится о своей внешности и даже чистоте одежды. Обычно охотно беседует с врачами, но не со всеми, а только с избранными, которые её могут, так сказать, понять; свои мысли выражает очень точно и образно, улавливает самые тонкие оттенки мысли и любит анализировать самые мимолётные, почти неуловимые психические переживания.

Пребыванием в клинике до известной степени тяготится, но часто совершенно равнодушна к своему положению. Иногда наблюдаются колебания настроения, когда эмоциональное притупление сменяется несколько ребячливой экзальтацией или своеобразными приступами напряжённого отчаяния.

Удвоение личности. По словам Е., она «двойная», т. е. у неё имеются как бы два «я»: «Она двойная, раздвоенность личности,—это стержень всего».

В первом «я» нет перспективы и нет настоящего; о прошедшем—только предположение. Во втором «я» переживает прошедшее, настоящее и будущее, т. е. имеет «перспективность». Однако, хотя настоящим «я» являет-

---

[1] Описан в другом разрезе проф. В. И. Аккерман в его монографии: «Механизмы шизофренического первичного бреда», ОГИЗ, 1936.

ся второе, она о нём узнаёт только через первое «я». Первое «я» совершенно лишено активности—в некоторых случаях она даже не в состоянии поднять руки; второе же «я» обладает активностью.

Соответственно наличию двух «я», она имеет два детства, одно «крестьянское», полное материальных лишений; второе же «настоящее», светское, прошедшее в большой роскоши (фактически дело обстоит как раз наоборот, т. е. первое детство является действительным прошлым, а второе—«настоящее»—бредовым).

Первое и второе «я» соединяются только на время, когда, например, она погружена в чтение, где описывается и нравственное состояние и обстановка. Так бывает только в отдельные моменты, редко.

Деперсонализация. Обычно всё воспринимает как мнимое, нереальное, предметы почти потеряли присущее им значение и не вызывают эмоционального резонанса. Она как-то далеко отвлечена от жизни простых людей, их жизнь кажется серенькой и бесцветной. Она чувствует свою личность только минутами, даже секундами.

Первое её «я» основательно обеднело, лишилось чувств, она отвергла предметность и отгородилась от мира в целом. Она лишена лишь своего активного сознания, а пассивно всё воспринимает. Сейчас она «нерентабельна», вроде паразита, ничего не дающего обществу. Создать что-нибудь полезное она сейчас не в состоянии. Она изолирована от всей окружающей, чувственно-осязаемой, материальной среды; она как бы вошла в себя, как «вещь в себе» в смысле Канта.

Не переживает времени, но регистрирует его; всё лишено распорядка дня, т. е. безразлично: утро, день или вечер; всё одинаково. Не замечает движений. Первое «я» очень обеднело, почти стирается.

Пространство в смысле местонахождения совершенно однообразно, хочется чего-то нового. Она слишком пассивна, даже не реагирует на обиды и оскорбления; на всё смотрит или снисходительно, или с презрением. Когда она мыслит, то чувствует себя лучше, больше чувствует свою личность. Бывает нередко чувство «уже виденного». Представляется, что она уже была в такой обстановке и так далее; объясняет это тем, что она воспринимаемое не чувствует, как что-то новое, а как будто пережитое раньше. Всё однообразно потому, что во всём она видит нечто, связанное с ней. Мир не имеет прямого назначения. Если она смотрит, например, на Ангару, то воспринимает её, как часть своей личности; прямое же значение отделено далеко. Мозг работает помимо её воли, она является лишь пассивным наблюдателем, который не участвует непосредственно в управлении своей психикой; она не является хозяином своей психики; её собственная личность существует, но «забита, заброшена, страдает от внушений».

Бред особого значения. Почти всё её окружающее приобрело особый смысл, как будто её окружает тайна.

Каждый предмет кроме его прямого значения имеет свой добавочный, активный смысл. Имеется целая система сигналов: цифры, фамилии, жесты, предметы, действия людей; по ним она узнает о том, что то или другое явление её касается. Она вроде какого-то механизма, который регистрирует каждую мелочь, каждый разговор, каждую соринку—всё имеет определённый смысл.

В июле—августе месяце мыслила исключительно «предметностью», действиями, людьми; никто уже давно не говорил с ней просто, а только при помощи «интимного языка». Говорят как будто о другом, но она находит в этом особый смысл или непосредственно, или в сочетании с другими фактами. «Прямой смысл ей пассивен» механически воспринимается, но не имеет значения. Отмечает слабость внимания обычного назначения и усиление внимания особого смысла.

По словам больной, когда у неё хорошее настроение, то вещи сигнализируют в меньшей степени, чем обычно; она меньше думает об их «особом смысле», действие внушения также снижается.

Бред постороннего влияния. Она всё время живёт под внушением: «Моего «я» не существует». Она всё время находится под влиянием: на неё действуют, прежде всего С., которого она когда-то любила, врачи. Внушение нечто отвлечённое, объективное, не зависящее, не считающееся с её желаниями. В отношении мыслей она испытывала запрет, её вроде как бы обуздывали. Ей, например, насильно навязывали, «приклеили», что она дочь Чапаева, что она написала произведения Толстого и т. д. Эти внушённые мысли для первого «Я» нереальны и непостижимы.

Внушение—это восприятие первым «Я» второго «Я»; это подготовительный период к захвату первого «Я» вторым «Я». Первое «Я» лишено реальности, второе «Я» удвоено («дублировано»); одна его сторона внедрена в первое «Я» и воспринимается как внушение, в которое ни люди, ни она не верят. С. всё знает, что с ней делается, даже следит зорко, читает её мысли и внушает ей.

Она включила С. во второе «Я». Если она познала второе «Я», то поправилась бы, стала здоровой, как бы ни было трагично и плохо.

Внушением вызывают насильственные действия, например, заставляют читать против желания, или, наоборот, не допускают до чтения, несмотря на её желание. Иногда силой внушения заставляют идти куда-нибудь, хотя она сама не имеет никакой цели. Ей создают «слышимый голос», например, она не видит людей, но слышит не только голоса человека, но также лай собак, мычание коров и т. д. Ей кажется, что голоса произносятся через уши, но фактически передаются как внушение. Голоса идут не из пространства, а от того субъекта, который внушает (гипнотизёр).

Происходит передача мыслей на расстояние.

Внушают также чувства, заставляя, например, плакать непроизвольно: иногда хочется плакать, а слёз нет; затем они вдруг появляются.

Считает, что сновидения у неё также вызываются при помощи постороннего влияния, внушения. То, что снится и то, что внушается,—одно и то же, но только попадает в сознание разными путями. По мнению больной, у нас мозг работает во сне независимо от сознания.

Собственные мысли более глубоки по содержанию, а внушённые более легкомысленны. Внушают больше те, с кем она чаще встречается.

Гипнологические исследования.

Опыт № 1. 28/IX-1935 г. Гипнотический сеанс. Тяжесть в веках, рука онемела и притянулась согласно внушения; всё помнит (гипотаксия).

Содержание внушения: соединение первого и второго «Я» (на 10 мин.); хорошее настроение, т. е. чтобы она чувствовала себя так же хорошо, как раньше до раздвоения личности.

Результат внушения. По мнению больной, только впервые открыто применили в отношении её внушение, тогда как раньше действовали тайно. Так как ей внушали хорошее, то ей это было приятно.

После внушения всё воспринималось более ярко и реально, более материально, повысилось настроение. Всё показалось иным, имеющим большее значение, чем обычно. Потом всё померкло и выступило снова первое проклятое «Я», «тоска и грусть».

Минут через 15 спросила, действительно ли она была прежней или нет: так теперь всё вновь стало тусклым, утратило реальность.

Опыт № 2. 4/X-1935 г. Гипнотический сеанс: веки отяжелели, возникло дрожание в теле; рука притянулась ко лбу, согласно внушения; из гипноза вышла самопроизвольно; всё помнит.

Содержание внушения: слияние первого и второго «Я» на полчаса, полное здоровье на этот период времени.

Результат внушения. Вещи утратили особый смысл и получили прежнее обычное значение; раньше хотя она и знала обычное назначение предметов, но ощущала это чисто механически, настроение не такое угнетённое, более жизнерадостное; вместе с тем появилось чувство какой-то растерянности; раньше не было никакой воли, а сейчас способна немного сосредоточиться; время стало «немного дороже»; оно было «отдалено», теперь же приблизилось и приобрело более осязаемый характер; до некоторой степени чувствует себя, как зимой 1935 г., когда была почти здорова.

Наблюдательность уменьшилась, больная не прилагает ко всему особого смысла, вещи воспринимаются почти, как обычно.

Гипнотическое состояние, по словам больной, походит на обычный сон, с той, однако, разницей, что во время сна она не слышит.

14/X. Состояние обычное.

Опыт № 3.—Гипнотический сеанс: гипотаксия.

Внушено: освобождение от постороннего влияния, особого смысла, соединения первого и второго «Я».

Результат внушения. В течение 10—15 мин. чувствовала себя, почти как до болезни, наступала какая-то растерянность, идеи постороннего влияния и особого смысла устранялись, становилось яснее истинное положение вещей, настроение падало.

Отмечает, однако, что гипнотическое внушение (врачебное) больше сказывается на соматическом состоянии, чем на психике.

15/X. Состояние обычное.

Опыт № 4.—Гипнотический сеанс: гипотаксия. Прежние внушения.

После внушения стал шире кругозор; не узок, как раньше, когда была занята только особым смыслом.

28/X. После непродолжительного разговора с врачом, во время которого она спорила, больная вдруг положила голову на стол и впала в сноподобное состояние: на вопросы отвечает, но не в состоянии открыть век; придаваемые позы не сохраняет, напротив, опускается вниз при всякой попытке поднять её.

29/X. После вопроса о том, как спала ночью, сразу впала в сноподобное состояние такого же характера как в прошлый день.

5/XI. При вопросе о том, кто производит ей внушение, впала в гипнотическое состояние.

В этом состоянии у больной мышечный тонус понижен, попытки при помощи внушения устранить это состояние не всегда приводят к положительному результату.

Больная продолжает спать, несмотря на внушение быть бодрой; демонстрирует невозможность открыть глаза, несмотря на все усилия и соответствующие внушения врача.

Особый смысл этой процедуры, по мнению больной, заключается в том, что врач является её воспитателем с пятилетнего возраста.

В дальнейшем больная неоднократно самопроизвольно впадала в гипноидное состояние, иногда сразу, как только заходила в кабинет к врачу.

28/XI. При попытке загипнотизировать её, смеётся, полагая, что врач говорит одно, а мысленно передаёт обратное внушение, т. е. когда говорит, например, что она не в состоянии открыть глаза, то внушает, наоборот, что их нужно открыть и т. д.

Вскоре больная спонтанно впала в гипнотическое состояние, причём не поднимает веки, несмотря на внушение их поднять (демонстрирует невозможность это сделать), снова указывая на то, что врач словесно внушает одно, а мысленно противоположное.

Феноменологический анализ гипнотического состояния

Больная различает в личности человека три «этажа»: умственный, мысленный и физиологический.

Умственные переживания—собственные, самые высокие, преобладающие у нормального человека.

Мысленные переживания—всегда чужие, отголоски чужих мнений. Преобладание мысленного этажа идёт за счёт пассивности умственного; такое состояние характерно для неё, так как она как бы спит, как будто у нее парализовано умственное «Я». Её умственное «Я» спит до тех пор, пока ей не зададут вопроса. Исходя из этой своей, так сказать, «рабочей гипотезы», больная различает три типа сна:

1) естественный сон, свойственный нормальному человеку;

2) умственный сон, т. е. такой, когда умственный этаж спит, а мысленный бодрствует. В этом случае она видит сновидения, отвечает на мысленные вопросы и даже дискутирует с внушениями;

3) мысленный сон, т. е. такой вид его, когда работает только умственное «Я», которое, однако, не в состоянии воспринять мысленное «Я».

Во время гипнотического сна, по мнению больной, работает, главным образом, мысленное «Я», умственное «Я» принимает участие лишь эпизодически, на полминуты или на несколько секунд, причём мысленное и наблюдающее «Я» работают в контакте, а умственное—совершенно самостоятельно; физиологическое «Я» спит.

Во время гипнотического сеанса «особый смысл» приобретает сугубое значение: каждое движение, каждый звук приобретают особое значение.

Опыт алкоголизации

23/X-1935 года. Обычное состояние.

9 ч. 30 м. утра. Дан 40% раствор Spiritus vini 100,0. Спустя 5 мин. клонит ко сну, почти не отвечает на вопросы. Вскоре опустила голову, не в состоянии сидеть на стуле; с посторонней помощью легла на кушетку.

Примерно с полчаса пролежала спокойно, только изредка отбрасывая в сторону голову. Затем стала выкрикивать слова: «Ох, тяжело, тяжело», ломать руки, сползать на пол, громко рыдать и стенать на всю палату. Минут через 15 несколько успокоилась, но как ребёнок начала просить, чтобы её не оставляли одну, что она чего-то страшно боится, в точности так же, как она когда-то боялась в детстве и мать брала её на руки. Сказала, что ей кажется, что на неё надвигаются какие-то горы, которые давят её или вернее как они падают на неё.

«Мне страшно, не оставляйте меня одну. Меня в жизни никогда никто не любил, даже родители и те чувствовали ко мне мало привязанности. А теперь, теперь кто же полюбит сумасшедшую. Лучше умереть, не стоит жить». Снова—крики, слёзы. Несколько позже: «Мне скучно, мне надоели особые смыслы, не покидайте, не оставляйте меня одну».

Затем вновь наступило возбуждение с резкими эмоциональными проявлениями. Успокоение наступило только около часа дня. Головная боль, общая слабость, высказывания о том, что ей дали «наркоз», со специальной целью, но с какой—не сказала.

Выход из болезни

16/XI. При психотерапевтической беседе с больной она весьма искусно уклоняется от малейшей попытки вывести её из «структуры психоза», стараясь всё время оставаться на своих бредовых позициях. Упрекает врача, видя в нём как бы объект своего прошлого увлечения, некоего С., которого называет подлецом. Она теперь никому не верит, так как её все обманыва-

ют. Считает, что если бы она не забывалась, находясь под внушением, от тяжёлых обид прошлого, то она непрерывно день и ночь плакала бы. Поэтому ей внушения нужны, так как они дают возможность постепенно осознать всё тяжёлое, что она пережила в прошлом,—они смягчают силу тягостных переживаний.

20/XI. Отмечает, что особые смыслы утратили прежнее значение, что она иногда стала воспринимать вещи как раньше, до болезни. Вместе с тем она испытывает большую усталость; нет никаких желаний. Напротив, когда она придаёт вещам особый смысл, то её все сильно волнует. Иногда закрывает глаза, чтобы не придавать явлениям особого смысла.

23/XI. Сказала, что в последнее время лечащий врач стал меньше действовать на неё внушением. При встрече с братом дала большую эмоциональную реакцию, так как поняла, что это именно её брат, а не посторонний человек. Настойчиво просит выписать её домой.

27/XI. Хочет уйти из клиники, так как стала больше ценить мир, начинает оценивать людей, «предметность». Немного переживает настоящее. Раньше думала, что любовь к С. внушённая, теперь думает, что любила сама, стала вспоминать прошлое, в частности людей, обычно, т. е. без придавания воспоминаниям особого смысла.

В данном случае диагноз заболевания (Schizophrenia) настолько очевиден, что нет нужды приводить доводы к его обоснованию.

В этом отношении интересно только отметить что при реакции Е. на дачу алкоголя соответствовал по Клоду тем больным, которых он относит к schizomania, а не к dementia praecox.

Действительно, как видно из опыта, больная на приём алкоголя (40,0) сначала дала реакцию торможения ступорного характера (сонливость, затруднение в речи, ослабление мышечного тонуса). Несколько позже у Е. наступило состояние эмоционального возбуждения, во время которого она испытывала чувство страха, одиночества, покинутости, детской беспомощности и, вместе с тем, на время появилось сознание своей психической болезни и стремление освободиться от бредовых идей.

Таким образом здесь получилась на алкоголь совершенно иная реакция, по сравнению с теми, которые наблюдались у других больных, где действие алкоголя сказывалось, преимущественно, на элементарных психических проявлениях.

Прежде чем разобраться в характере действия гипнотического внушения на психическое состояние Е., необходимо подробно остановиться на особенностях гипнотического сна, в который она впадает, а также на условиях его возникновения и устранения.

Консторум, вызвавший гипнотический сон у одного постпроцессуального схизофреника, обращает внимание на своеобразие такого рода гипноза, так как больной ни одного приказания не выполнял сразу, а всегда требовалось настойчивое, повторое командование.

Точно также необходимо было затрачивать не менее 2—3 минут, чтобы вывести больного из гипнотического сна, причём иногда

приходилось прибегать к физическим воздействиям (щипки, встряхивания).

Аналогичные, но более разносторонние особенности гипноза наблюдались у нашей больной Е. Прежде всего, отвлекаясь пока от качественных особенностей гипноза, следует отметить, что, несмотря на повторные попытки вызвать более глубокий сон, нам удалось получить только вторую степень гипноза по Форелю, т. е. гипотаксию. Процедура гипнотизации была воспринята Е. с точки зрения имеющегося у ней бреда постороннего влияния, как «впервые открыто применённое внушение», однако, в дальнейшем больная была склонна диференцировать открытое «врачебное внушение» от «мысленного», которое нередко шло наперекор первому.

Наряду с выполнением отдельных внушений (например, притягивания руки ко лбу и т. д.), Е. очень часто давала чисто негативные реакции: закрывала глаза, когда внушали их открыть и, наоборот; самопроизвольно выходила из гипноза или впадала в таковой, причём негативные проявления связывала не с собственным волевым усилием, а объясняла действием «мысленного внушения». Иногда достаточно было больной зайти в кабинет врача, посмотреть на него, услышать что-либо касающееся сна, как она тотчас же впадала в гипнотическое состояние.

Как видно из произведённых нами исследований, после сеансов гипнотического внушения всё воспринималось более ярким и «материальным»; предметы становились более «активными», утрачивали «особый смысл» и получали обычное значение; всё воспринималось быстрее и время становилось «немного дороже»; появлялась некоторая возможность сосредоточиться, расширялся кругозор, яснее улавливалось истинное положение вещей.

Вместе с тем изменялось настроение, которое после гипноза во всех случаях становилось временно более напряжённым, однако проявлялось по-разному: или в эйфории, или лёгкой депрессии, или растерянности.

Таким образом гипнотическое внушение, усиливая активность и эмоциональную живость, повышая общий «тонус сознания», оказывалось способным на время приблизить психическое состояние больной к норме. Это, конечно, не значит, что при помощи психотерапии возможно в данном случае добиться выздоровления, но произведённые нами исследования свидетельствуют о том, что в схизофрении, наряду с основными эндогенно обусловленными нарушениями, существует, как в своё время показали ещё Блейлер и Юнг, и добавочные реактивные наслоения, достаточно пластичные в отношении психических воздействий.

Интересно, что при выходе из болезни как раз в первую очередь постепенно стали исчезать те симптомы (деперсонализация,

бред особого значения, бред постороннего воздействия и т. д.), которые были подвластны, до известной степени, воздействию гипнотического внушения. Наоборот, такие симптомы, как общее снижение активности, повышенная утомляемость и эмоциональная ранимость, затруднение в общении с людьми и т. д., остались и в периоде ремиссии, когда больная, выписавшись из клиники, уже самостоятельно жила и удовлетворительно справлялась со своими служебными обязанностями (инструктора Облоно).

Как известно, схизофреники иногда обладают способностью регистрировать те смутно сознаваемые переживания «периферии сознания», которые ускользают от нашего внимания или подвергаются процессу так называемого вытеснения. Поэтому, с известной осторожностью, мы можем воспользоваться феноменологическими данными больной для лучшего уяснения некоторых сторон в учении о сущности внушения и гипноза (уже Штёрринг показал плодотворность такого метода, использовав данные психопатологии для понимания некоторых психологических вопросов).

В этом отношении любопытно прежде всего, что делаемое Е. разграничение в личности человека трёх «этажей», в сущности совпадает с аналогичными разделениями многих учёных, признающих, под разными названиями: Noo и Thymopsýche Странского, Sophro и Týphlopsýche Брауна, высшая психическая деятельность и гипоноические и гипобулические механизмы Кречмера и т. д., примерно те же «слои» в психике человека.

Под «умственным этажом» Е. понимает наиболее высокие, оригинальные и личные психические акты; под «мысленным» имеет в виду те психические процессы, которые менее интимно связаны с личностью, менее активны, но в бóльшей степени зависят от влияния других людей; «физиологический этаж»—это чисто соматические, внепсихические процессы.

Во время гипнотического сна, по мнению Е., работает главным образом мысленное «я», умственное же «я» принимает участие лишь эпизодически, в течение нескольких секунд («максимум ½ минуты»), причём мысленное и наблюдающее «я» работают в контакте, умственное же—совершенно самостоятельно; физиологическое «я»—спит.

Во время гипнотического сна «особый смысл» доминирует над всеми другими переживаниями: каждое движение, каждый звук приобретают особое значение.

По мнению Е., врачебное внушение воспринимается вторым «я».

Только что приведённые переживания больной Е. несомненно могут служить известным подтверждением нашего взгляда на сущность гипнотического внушения, рассматриваемого нами в своей основе как аффективно-кататимическое воздействие.

Впрочем, при повторных гипнотизациях, этот аффективно-кататимический тип суггестивного воздействия быстро автоматизировался (аналогично «шлифованию», автоматизации вначале произвольных актов при «истерическом привыкании» по Кречмеру) и всё более приближался к механизму условного рефлекса, когда один вид врача, обстановка и т. д. вызывали гипнотический сон. Сама Е. отмечает, что внушение стало больше действовать на соматическое состояние, чем на психику.

В заключение настоящей главы сделаем некоторые обобщения произведённых нами фармако-гипнологических исследований при схизофрении и постараемся ответить на те вопросы, которые возникли при анализе отдельных случаев, но не могли быть достаточно полно поняты без сопоставления с фактами, полученными в случаях с другими больными.

Прежде всего мы убедились, что фармакологические вещества (в частности, алкоголь) и гипнотическое внушение в известных случаях способны оказать определённое влияние на психическое состояние схизофреников. Однако и тот и другой способы воздействия имеют свои пределы. Действительно, как мы видели, алкоголь способен, благодаря более или менее выраженному параличу высших психических функций,—вызвать определённые сдвиги в психике схизофреников, но для влияния на некоторые структурные особенности личности последних необходимы и чисто-психические воздействия.

Таким образом следует, в частности, согласиться с мнением тех авторов (Феррaро и Баррера и другие), которые полагают, что кататонический синдром у человека является сложным образованием, в построении которого имеют значение не только физиологические, но и психологические механизмы.

Как мы видели выше, это положение справедливо и в отношении галлюциноза схизофреников. Схизофрения, в смысле её реакции на фармако-гипнотические воздействия, занимает особое положение по сравнению с истерией и эпидемическим энцефалитом, так как в отличие от первой, схизофрения менее подвластна суггестивным влияниям, в отличие же от второго, она менее доступна действию фармакологических веществ. В отличие от циклофрении, где основные психические изменения зависят от органо-вегетативных сдвигов, а добавочные носят психо-реактивный характер, при схизофрении происходят кардинальные изменения в самой личности, которые обусловливают утрату способности поддаваться определённым психическим воздействиям, в частности гипнотическому внушению.

В этом отношении важно сопоставить механизмы внушения и автоматизма по приказанию, так как, несмотря на наличие неко-

торых общих черт, между ними имеются значительно более резкие различия.

Прежде всего есть основание думать, что они относятся к различным психическим уровням, так как, во-первых, как показывают наблюдения многих гипнологов, наиболее глубокие степени гипноза часто сопровождаются снижением подчиняемости гипнотиков, у которых возникают почти негативистические реакции (так сказать, «оборотная сторона» автоматизма по приказанию), а, во-вторых, в период развития выраженного автоматизма по приказанию, схизофрении совершенно утрачивают способность поддаваться внушению и входить в гипнотическое состояние.

Ещё более показательно различие между внушением и автоматизмом по приказанию в других отношениях:

1) тип действия атоматизма по приказанию, по сравнению с внушением, более примитивен;

2) границы действия внушения и автоматизма по приказанию резко отличны;

3) внушение—механизм, преимущественно свойственный нормальным людям и психоневротикам; автоматизм по приказанию встречается почти исключительно при душевных заболеваниях, особенно при схизофрении.

Самую утрату (или, по крайней мере, ясное снижение) способности схизофреников поддаваться действию внушения и невозможность у них, как правило, вызвать гипнотический сон,—следует расценивать как временное (или постоянное) нарушение соответствующих «психических уровней», которые обеспечивают внушаемость и вместо которой выступает более примитивный механизм, в виде автоматизма по приказанию и негативизма.

В частности, при схизофрении, несомненно, нарушается эмоциональный резонанс, который используется внушением при его действии на психику человека.

Глава IX

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ И ГИПНОТИЧЕСКОГО ВНУШЕНИЯ НА АФФЕКТИВНОСТЬ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ

При наших фармако-суггестивных исследованиях мы неоднократно имели возможность наблюдать определённые сдвиги в аффективности душевнобольных, наступающие в связи с применением фармакологических веществ и гипнотического внушения. Поскольку эмоции, по крайней мере наиболее элементарные, интимно связаны с телесными изменениями, они, несомненно, явля-

ются удобным объектом для изучения соматопсихических сочетаний.

Указанные соображения и побудили нас вопрос об аффективности, значение которой для понимания многих психопатологических феноменов в последнее время особенно подчеркнул П. Жанэ, выделить в отдельную главу.

Не задаваясь целью дать подробное изложение различных взглядов на сущность эмоций, ограничимся лишь упоминанием о тех основных учениях, которые могут быть полезны для лучшего понимания результатов фармако-гипнологических исследований.

Как известно, теория Джемса-Ланге, видящая генезис эмоций в первичных висцеральных, особенно сосудистых, расстройствах и считающая эмоции их субъективным отражением, подверглась, прежде всего, критике со стороны самих физиологов (Шеррингтон, Кэннон, Вильсон и др.), подчеркнувших основное значение центральных мозговых механизмов, по сравнению с периферическими телесными изменениями.

С другой стороны, и старая интеллектуальная теория происхождения эмоций, нашедшая наиболее полное выражение ещё у Гербарта, а затем особенно последовательно развитая Наловским, согласно которой все чувства возникают от существования в психике идей и подчиняются тем же законам, что и последние, в сущности никогда не удовлетворяла представителей медицины ввиду слабой связи этой теории с соматикой, в частности, с физиологией.

В. П. Осипов уже в 1917 г. пришёл к выводу, что аффективные процессы развиваются по типу условных рефлексов. Согласно его представлениям, нервное возбуждение, лежащее в основе эмоций, не является строго диференцированным, а разлитым, распространённым, причём иррадиация возбуждения происходит не только по коре, но распространяется на подкорку и дальше на периферию, что, в частности, находит своё выражение в некоординированных движениях.

В последнее время Лапик пытается подойти к пониманию эмоций с точки зрения своего учения о хронаксии, считая, что если в каком-либо пункте, благодаря сильному и неожиданному ощущению, связанному с моральным шоком, нервное возбуждение приобретает необычную интенсивность, то оно выходит из пределов гомохронизма и передаётся на самые гетерогенные невроны. Эмоция, по Лапику, и является психологическим отражением этих анормальных изменений.

В последние годы всё более и более намечается тенденция к выделению отдельных типов эмоций с различным генезом.

Известно учение Геда о таламических эмоциях, которые обладают качественными особенностями (неопределённы, весьма тягостны, не связаны с определённым психическим содержанием) и,

вместе с тем, зависят от поражения определённых субкортикальных центров.

Аналогично Геду, Кюпперс и Аствацатуров также признают таламические (протопатические) и корковые (эпикритические) эмоции. По Дюма, эмоции по своему происхождению являются или кортикоталамическими или таламокортикальными.

В области психопатологии Блейлер, развивая взгляды Майерса, различает голотимные и кататимные аффекты. Первые являются выражением общих расстройств настроения (например, меланхолия циклофреников), тогда как вторые возникают как реакция на те или иные переживания и имеют определённое психическое содержание.

До некоторой степени сходные взгляды развивает Ясперс, который считает необходимым делить эмоции на два типа, из которых одни, хотя и являются аномальными переживаниями, однако «психологически понятны», т. е. в них возможно вчувствоваться, они допускают, так сказать, «сопереживание»; другие, наоборот, психологически невыводимы и являются первичным выражением патологически изменённой психики; их причины лежат за пределами сознания (фазы, эндогенные сдвиги настроения и т. д.).

Зависимость аффективности от состояния эндокринной системы, от введения различных фармакосредств (особенно наркотических), психических воздействий настолько общеизвестна, что нет нужды подробно останавливаться на этом вопросе.

Целый ряд фармакологических веществ (ароматические, сладкие, горькие и т. д.) специально употребляются для соответствующих воздействий на элементарные ощущения обоняния и вкуса. В возникновении различных наркоманий определённую роль играют приятные изменения в чувствованиях, наступающих под влиянием наркотиков.

Подобно влиянию на другие психические феномены, характер действия различных химических веществ на аффективное состояние человека зависит, помимо химической природы вещества, также от целого ряда других факторов (доза, конституция, временные сдвиги в состоянии организма, привыкание и т. д.).

Поэтому только игнорируя многочисленные отступления, возможно утверждать, что алкоголь вызывает эйфорию и повышает храбрость, мухомор обусловливает наступление воинственного настроения со склонностью к насильственным действиям, рвотный камень—угнетённое настроение и чувство страха и т. д.

В последнее время, в связи с известными исследованиями Кеннона (выделение надпочечниками адреналина при эмоциях страха и гнева), для выяснения роли периферических аппаратов в происхождении эмоций, некоторые авторы (Сиерра, Мараньон, Ти-

нель, Шаргородский и другие) пытались выяснить «аффектогенное» действие адреналина.

Тинель констатировал, что после введения адреналина наступало состояние физиологической готовности к реализации эмоций, но настоящих эмоций не развивалось. Истинные эмоции могут быть спровоцированы адреналином лишь в тех случаях (Шаргородский и др.), когда имеется первоначальная болезненная эмоциональная неустойчивость.

По данным Сиерра, наибольший эффект действия адреналина наблюдается при меланхолической фазе циклофрении и при кататонической форме схизофрении.

Н. Н. Тимофеев и А. А. Гурари также отмечают изменение аффективного состояния под влиянием адреналина у депрессивных циклофреников, а в некоторых случаях у кататоников и параноидных схизофреников.

Вопреки Мараньону, Кэннон считает, что все подобные опыты не подтверждают теории Джемса-Ланге.

Н. И. Бондарев, исследуя по биологическому методу Magnus'a спинномозговую жидкость циклофреников, пришёл к выводу, что ликвор последних при выраженных патологических эмоциональных состояниях содержит питуитрин и адреналин.

Что касается влияния гипнотического внушения на эмоции, то возможность подобного воздействия настолько обширна, что некоторыми авторами (Деуч и др.) специально использована, как метод изучения аффективности.

После этого краткого введения, перейдём к изложению наших собственных фармако-гипнологических исследований, касающихся эмоций.

Прежде всего мы стремились выяснить «взаимоотношения» между, так сказать, экзогенными эмоциями, т. е. вызванными различными токси-инфекционными факторами и внушёнными чувствами.

С этой целью мы, в частности, произвели фармако-гипнологические исследования с алкоголем, в которых мы пытались устранить при помощи гипнотического внушения алкогольную эйфорию или депрессию.

Приведём эти опыты.

Опыт № 1, случай XVI главы IV (Hysteria). 4/IV-35 г. Плохо спала ночь. Выражает жалобы на «гадкое настроение», на неприятные ощущения в области сердца. Дан 40% раствор алкоголя в количестве 100,0. Спустя 10—15 мин. настроение весёлое, много говорит, беспричинно смеётся, совсем забыла о своих жалобах.

Гипнотический сеанс—сомнамбулизм. В гипнозе внушено, что испытуемая находится на берегу Волги: солнечный день, простор воды, пароходы, лодки и т. д. Внушено всё припомнить, когда проснётся.

Сделано постгипнотическое внушение, что в первые 10 мин. после пробуждения будет испытывать скверное настроение, недовольство обстановкой, жизнью и т. д.; затем настроение резко изменится: наступит радостное чувство, бодрость, всё примет розовые весёлые тона. Такое состояние останется на весь день.

Состояние после гипноза. Проснувшись, одно мгновение открыто и весело посмотрела на врача, но затем настроение изменилось: села на кушетку, закрыв лицо руками; раздражённо отвечает на вопросы, страстно и вместе театрально говорит о том, что ей очень грустно, что на свете нет ничего хорошего; просит немедленно её выписать из клиники и, наконец, заплакала уже не театрально, но вполне правдиво. Минут через 10 сказала: «Ах, оставьте меня, позвольте прилечь на кушетку». Вскоре вскочила с радостным лицом, со словами: «Какая-же я глупая, эксцентричная, чего ради расплакалась». Сказав это, стала весело смеяться, говорить много всякого вздора, короче, впала в эйфорическое состояние, в котором находилась до самого вечера.

Некоторые детали, касающиеся периода гипноза, не припомнила, несмотря на соответствующие внушения.

Случай II. Больная С., 25 лет, лечилась от заикания в логопедическом кабинете; отмечаются истерические проявления в умеренной степени (Hysteria).

Опыт № 2. 7/V-35 г. Самочувствие хорошее. Пульс 76 ударов в минуту, 11 ч. 4 м. Дан 40% раствор алкоголя в количестве 75,0.

Вскоре после приёма алкоголя заметно усилилось заикание, настроение стало несколько подавленным (по словам С., на неё алкоголь всегда действует одинаково—ухудшается настроение, обычно начинает плакать), на вопросы отвечает медленно, отмечается общая заторможённость; в теле, особенно в конечностях, ощущает тяжесть, голова слегка кружится. Минут через 5—8 стала отвечать более свободно, но затем вновь затормозилась.

11 ч. 20 м. Пульс 68.

11 ч. 25 м. Гипнотический сеанс: довольно глубокий сон с неполной амнезией, внушённые движения (гипотаксия с тенденцией к переходу в сомнамбулизм); пульс 62.

В гипнозе, несмотря на соответствующие внушения, говорит медленно, сильно заикается, и только после повторных внушений стала говорить несколько лучше.

Удалось вызвать радостное чувство, внушив больной, что она встретилась с подругой. Больная много смеялась в ответ на мнимые шутки подруги; смех носил весьма непосредственный и заразительный характер. Только путём настойчивых повторных внушений удалось успокоить больную.

Внушено, что действие алкоголя прекратилось. С трудом прекращён гипноз, наступила сонливость, заикается. Сделаны попытки ободрить больную, но безрезультатно—пришлось предоставить ей кушетку, и она проспала примерно 1½ часа. Больную, впрочем, обычно после гипноза клонит ко сну.

Как видно из произведённых исследований, при помощи гипнотического внушения не только удалось устранить алкогольную эйфорию и депрессию, но даже заменить их противоположными настроениями. Разумеется, действие гипнотического внушения в этом отношении имеет свои пределы, так как у больной С. тотчас по окончании гипнотического сеанса вновь развилось несколько угнетённое настроение и заторможённость. Таким образом, как мы видели раньше в отношении сна и фармако-гипноза, конечный ре-

зультат от противоположно действующих фармакосредств и гипнотического внушения, в зависимости от их относительной «силы», может склоняться в ту или иную сторону.

Вместе с тем важно, что внушённые феномены устранимы при помощи фармакосредств, как мы уже не раз подчёркивали, только «косвенно», через влияние на функцию сознания в целом.

Чтобы оценить всю сложность действия фармаковеществ на аффективность, попытаемся произвести анализ одного клинического случая, при котором приёмы алкоголя оказывались способными на время устранять эмоцию страха, возникшую в связи с травматическими переживаниями.

Случай III. Больной М., 32 лет, русский, со средне-техническим образованием.

Считает себя больным с 1933 г., после автомобильной аварии.

При возвращении с базы, ввиду загруженности и плохой дороги, автомобиль покатился под насыпь. М., находившийся в нём, успел выпрыгнуть, не ушибся и даже особенно не испугался. Пришлось итти с другим пассажиром на участок по неизвестной дороге. Была ранняя весна, М. был совершенно мокрый и сильно замёрз. Случайно наткнулись на избушку, где просушили своё платье. Первое время после происшествия чувствовал себя хорошо, но потом обнаружилось, что «боится темноты и пространства». Нападает такой страх, что он не может вечером и ночью выходить на улицу.

В прошлом году, по условиям своей работы, он должен был ходить через поле, примерно, на расстояние $^1/_2$ километра. Хотя ходить нужно было днём, но он мог это делать лишь, когда были люди; ему нужно было иметь хотя бы одного человека в поле зрения.

Часто охватывал «непреоборимый страх темноты». Был не в состоянии пройти по открытому пространству, перейти площадь и т. д.

Как-то заметил, что алкоголь уменьшает чувство страха. С тех пор стал для храбрости принимать вино (портвейн), примерно $^1/_2$ стакана. Вскоре после приёма страх исчезал, и он мог итти совершенно спокойно. До сих пор вынужден прибегать к этому способу, хотя желания пить нет совершенно. Принимает вино перед тем, как нужно куда-нибудь пойти. До катастрофы никогда страха не испытывал и вообще чувствовал себя хорошо, ничем не болел.

По характеру всегда был несколько нерешителен, много работает, любит странствовать, с людьми сходится с трудом. Половую жизнь начал лет с 20; «случайные связи», которые он имел, его не вполне удовлетворяют, так как угнетает «чувство одиночества».

Со стороны нервной системы органических симптомов нет.

Только что приведённый случай, мы полагаем, всего правильнее оценить, как невроз страха, возникающий у психастенического субъекта. В структуре этого невротического состояния, помимо актуального травматического переживания, определённое значение имеют конституциональные особенности личности и возникшие на их основе реактивные наслоения.

Как известно, генез обсессий весьма сложен и очень часто конституциональные и психогенные механизмы в развитии навязчи-

вых состояний выступают совместно. Поэтому, помимо психогенных моментов, должны быть подвергнуты тщательному изучению особенности конституции, вегетативно-эндокринные соотношения и даже наследственность. Иногда сходные с обсессиями проявления вырастают на фоне эндогенных депрессий, в частности при циклофрении, в рамки которой Каннабих даже пытался отнести всю психастению.

Таким образом нельзя односторонне объяснять действие алкоголя на аффективность М., так как здесь имеет место сложный комплекс различных условий, определяющих эмоцию страха. Прежде всего, описание всех обстоятельств приёма алкоголя заставляет думать, что здесь, действительно, дело идёт о фармакологическом действии алкоголя на эмоцию, а не о косвенном внушении (самовнушение).

Поскольку возникающая у М. фобия не достигала большой интенсивности, вполне понятно, что сравнительно незначительные дозы алкоголя (около 20,0), не оказывающие заметного влияния на сознание, были способны временно устранить это чувство страха.

Таким образом, в данном случае вызванная алкоголем эйфория, создавала такой аффективный фон, при котором фобия, психогенно-конституциональной природы, не могла развиться.

В некоторых случаях (при эпидемическом энцефалите, алкогольных психозах и других экзогенных психических заболеваниях), образец которых мы как раз сейчас приведём, оказывается, возможны такие формы влияния фармаковеществ и гипнотического внушения на эмоции, при которых ещё более ярко выступают специфические особенности их воздействия. Произведём в этом направлении анализ двух случаев эпидемического энцефалита.

Описанный нами ранее энцефалитик П. (глава IV), во время психотического онероидного приступа, наряду с другими психопатологическими феноменами, испытывал чувство страха и тревоги.

Энцефалитичка Г., наряду со зрительными псевдо-галлюцинациями и выраженными идеями преследования, переживала во время психотических обострений чувство страха, раздражительности и злобы.

При введении скополамина не только устранялись эти неприятные переживания, но возникали эмоции с положительным чувственным тоном. Больному П. инъекции скополамина производились иногда (по его просьбе) специально для подъёма настроения перед его выступлением с декламацией; у больной Г. после введения скополамина не только повышалось настроение, но она «становилась доброй».

Из этих опытов видно, что эмоциональное состояние обоих энцефалитиков находится в определённой зависимости от состояния их вегетативной системы.

Мы уже указывали, что в таких случаях следует допустить непосредственное влияние вегетативной системы на центральную нервную систему, в смысле учения Л. А. Орбели и его школы, причём не исключается и участие сосудистой системы.

Дюма считает, что существует определённое правило в отношениях между кровяным давлением и пульсом при эмоциональных состояниях. По этому правилу, если одновременно с повышением давления пульс учащается и наоборот, то это свидетельствует о центральном, нервно-сердечном происхождении их колебаний; если же давление повышается, а пульс становится более редким и наоборот, то это говорит о периферическом происхождении колебаний, т. е. о нарастании или снижении сопротивления сосудов (вазоконстрикторы и вазодиляторы).

У больного П. во время психотических онероидных приступов, сопровождавшихся отрицательным чувственным тоном, наблюдалась диссоциация между кровяным давлением и пульсом (давление—нарастало, пульс—замедлялся), что согласно правилу, указываемому Дюма, свидетельствует об участии периферических механизмов в происхождении этих колебаний.

Прежде чем разобрать, в какой мере способно гипнотическое внушение воздействовать на аффективность энцефалитиков, остановим наше внимание на отношении эмоций, переживаемых больным П., к возникающим у него одновременно псевдогаллюцинациям и бредовым идеям.

В этом отношении следует подчеркнуть, что соответственно отрицательному характеру переживаемых больным эмоций, псевдогаллюцинации и бредовые идеи также окрашены в неприятный чувственный тон, проявляясь в виде идей отношения и преследования.

Но можно ли допустить, что в подобных случаях эпидемического энцефалита эмоции обусловливают возникновение галлюцинаций и бреда?

Конечно, такое предположение было бы ошибочным, потому что имеется единая причина (состояние вегетативной нервной системы), обусловливающая весь синдром в целом, в котором различные психопатологические феномены (в том числе и эмоции) выступают как бы на паритетных началах: они, так сказать, сопод-чинены, но не находятся в зависимости друг от друга.

Можно только согласиться с Повицкой, которая даёт аналогичные толкования соотношений эмоций и бреда при эпидемическом энцефалите.

Как нами уже указывалось ранее (в главе VI), при помощи гипнотического внушения удавалось устранять психотические приступы у больного П., однако только на короткий срок (15—20 мин.). Но то, что для нас в данном случае наиболее интересно, гипнотиче-

ским внушением оказалось возможным, не устраняя самого психопатологического приступа, удалять из переживаний П. наиболее эмоционально-неприятные псевдогаллюцинации, однако на смену им возникали другие, причём даже галлюциноиды приятного содержания приобретали «кисловатый оттенок».

Таким образом, можно говорить об относительной самостоятельности кататимной (в данном случае—внушённой) и голотимной (в данном случае—органо-вегетативного происхождения) аффективности.

Собирание ассоциаций на внешне бессмысленный набор слов, составляющих содержание псевдогаллюцинаций у больного П., также показало их кататимическую аффективную насыщенность, так как за каждым таким «нелепым словом» скрывался определённый смысл, касающийся важных обстоятельств в жизни больного, когда у него были большие неприятности во взаимоотношениях с отцом.

Во всех приведённых случаях мы имели дело преимущественно с экзогенно или психогенно возникшими нарушениями в аффективности больных; сейчас мы постараемся разобраться в действии фармакосредств и гипнотического внушения на эмоции эндогенного происхождения по преимуществу.

Вот один такой случай инволюционного параноида, который мы приводим in extenso.

Случай IV. Больная С., 62 лет, русская, поступила в психиатрическую клинику 6/V 1936 г.; ранее находилась в ней дважды: в 1935 г. и в 1936 г.

Общий анамнез (со слов больной и дочери). В роду нервно и душевнобольных не было. Сама С. за всю жизнь почти не болела, однако была нервной, что проявлялось в виде «истерии» (без припадков), плача и бессонницы.

В 1910 г. были сильные головные боли, которые устранил врач при помощи гипнотического внушения. Всего было проведено 12 сеансов, причём гипноз был настолько глубоким, что «она ничего не слышала, что происходило вокруг».

Воспитывалась родителями. Когда ей было 10 лет, отец умер, и она осталась лишь на попечении матери. В детстве была капризной, впечатлительной, но малоподвижной девочкой, избегала шумных игр, подруг совершенно не имела, часто плакала. Лет 6, когда однажды её не взяли в театр, легла на пол и «била руками и ногами».

В школе была примерной ученицей, однако училась средне; учение продолжалось всего $1^1/_2$ года. Menses появились с 13 лет, протекали нормально. Работала до 17 лет дома, помогая матери в рукоделии. Никаких особых событий в личной жизни не было. Семнадцати лет вышла замуж: жених нравился, но особой любви к нему не чувствовала. С самого начала семейная жизнь сложилась плохо, главным образом из-за пьянства мужа, а отчасти из-за его склонности увлекаться женщинами.

В 1913 г. (34 л) у больной был удален левый яичник, после чего у нее прекратились menses. Вскоре после операции у неё изменился характер: она ещё более замкнулась в себе, стала безразлично относиться к мужу, к поло-

вой жизни уже не влекло. Не помнит точно, но примерно в 1926 г. сын женился и уехал в другой город. В 1934 г. фактически развелась с мужем и стала жить у дочери.

Анамнез болезни. В августе месяце 1935 г. у соседей, живущих на верхнем этаже их дома, заболел дизентерией маленький ребёнок. Хотя С. и не была хорошо знакома с соседями, но пошла им на помощь и дала им рис для отвара. Тем не менее, ребёнку становилось всё хуже и хуже, и «разнёсся слух», что якобы ребёнок умер по вине С. Соседи вели разговор, что будто бы рис был «подмочен», т. е. в него добавили яд. «Затеяли дело», передали в суд, но её не вызывали и открыто обвинений не предъявляли.

Когда она однажды шла по улице, то про неё сказали: «Вот женщина, которая изнасилована по радио».

Придя домой, она заявила, крича через печку: «Не мой позор, а казённый», т. е. тех лиц, которые находятся наверху.

Она совсем перестала выходить на улицу, так как слышала разговор: «С. сейчас арестуем». Стала целыми днями сидеть за вышиванием, считая, что таким образом она отбывает принудительную работу.

Одно время дочь временно разводилась со своим мужем, который, однако, продолжал жить в одной квартире, часто напивался и устраивал скандалы. Этот ненавистный человек, чтобы её унизить «распространил слух», что она вступила с ним в половую связь, что, конечно, является «чудовищной нелепостью» и «чего не было и быть не могло». Однажды зять выскочил из своей комнаты, сказал: «Если не согласишься, то изнасилую по радио». Были и такие факты, что она ночью слышала скрип кровати из комнаты зятя (она лежала в кухне). Утром он сказал её дочери: «Слышишь, Люся, она опять была у меня», т. е. явная клевета на неё.

Было ещё много «мелких, гадких и лукавых разговоров и поступков». В то же время «верхние соседи» оклеветали её до такой степени, что стали говорить о ней, как о проститутке, благодаря чему ей стыдно было появляться на улице.

Иногда голоса доносились прямо в ту комнату, где она находилась: их передавали при помощи радио или другого аппарата. Регистрировали каждое её движение и записывали в особый журнал, создали целую канцелярию, привезли специально для этой цели шкаф (она сама видела, как его привезли на автомашине). Всё время была настороже, приходилось ко всему приглядываться и прислушиваться. Во всех явлениях, поступках, движениях улавливала особый смысл, касающийся её личности.

С этими явлениями больная и была помещена в психиатрическую клинику.

Соматическое состояние. Телосложение ближе к атлетическому. Имеется выраженный зоб. Конфигурация зрачков слегка изменена; реакция на свет вялая. Коленные рефлексы живые, равномерные.

Болевая чувствительность снижена. Видимые артерии слегка уплотнены.

Психическое состояние. Сознание ясное. Поведение в целом, за исключением сравнительно редких случаев разговоров вслух с галлюцинаторными голосами, достаточно адэкватное. Целыми днями занята рукоделием. Избирательно контактна; к некоторым больным и обслуживающему персоналу как бы привязана, во всяком случае имеется известный тёплый эмоциональный тон (например, радость при встрече, благодарность и т. д.).

Очень неохотно и скупо говорит о своих галлюцинаторно-бредовых переживаниях и только изредка, возмущённая новыми «издевательствами», заходит в кабинет врача и просит окончательно выяснить положение её дела. Подозрительно относится к приходу в клинику новых лиц и некоторых из них считает за специально посланных, которые стремятся причинить ей вред. Любопытно при этом, что ей прямо в лицо никогда и никто

ничего не говорит, а она только прислушивается к чужому разговору и оценивает поведение и поступки окружающих. Думает, что за ней всё время следят, даже тогда, когда она ходит в уборную. Не понимает, что от неё хотят, испытывает какой-то неопределённый страх и не только не доверяет людям, но даже имеется какое-то «недоверие к пространству»; однажды при помощи радио у неё перед глазами вызвали что-то похожее на вспышки магния.

Интеллект сохранён в достаточной степени; имеется снижение памяти, особенно на названия.

Характер до болезни имела настойчивый, даже властный и гордый, временами была импульсивна, порывиста и нетерпелива. Вместе с тем у неё всегда имелась какая-то нерешительность, стеснительность и боязнь. Легко поддаётся настроению, чувствительна, совершенно не переносит грубых, резких слов. Быстро мирится, незлопамятна, однако, не сразу забывает нанесённые ей обиды, в частности, не могла простить мужу его легкомысленных поступков. Довольно практична, но никогда не отличалась особенной ловкостью в жизненных делах; плохо приспособляется к новым обстоятельствам.

Течение болезни и гипнологические исследования

22/IX-35 г. Состояние больной обычное.

Опыт № 1. Гипнотический сеанс. Рука притянулась ко лбу, согласно внушению; больная застывала в придаваемых ей положениях, внушённая анестезия, полная амнезия периода гипноза; точное выполнение постгипнотических внушений. Специальных внушений, рассчитанных на изменение психического состояния больной, не делалось.

Опыт № 2. 20/IX. St. idem. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм.

Внушено, что больная на два часа откажется от мысли, что её обвиняют в отравлении ребёнка рисом, а затем вновь вернётся к первоначальному убеждению.

По пробуждении больная, примерно, минут 10, неуверенно отвечала на вопросы об отравлении, а затем совершенно определённо сказала, что она теперь не считает, что её обвиняют в отравлении и что она теперь согласна с дочерью, отрицавшей это.

28/IX. Обычные бредовые высказывания. Демонстрирована на клинической конференции.

Опыт № 3. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено—полное восстановление здоровья, отказ навсегда от бредовых идей воздействия, обвинения и преследования.

По пробуждению С. признаёт, что она была больна, что, вероятно, она ошибалась в отношении своих бредовых взглядов на происходящее с ней. Все переживания психотического периода воспринимаются сейчас, как нечто далёкое, давно бывшее.

29/IX. Чувствует себя хорошо. Ко всему происшедшему с ней стала относиться спокойнее. Интересует вопрос, как сложатся отношения с дочерью и зятем.

Всё-таки думает, что влияние по радио имело место, хотя пусть это не согласуется с медицинской точкой зрения.

Теперь, вероятно, верхние соседи её преследовать больше не будут.

Сейчас всё раздвоилось и «она не знает, что правда и что ложь».

1/X. Отмечает, что после сделанного ей внушения с трудом или совсем не в состоянии припомнить многих переживаний острого периода болезни. Попрежнему не сомневается в реальности слышанных голосов.

Опыт № 4. 2/X. St. idem. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено: отказ от бредовых идей влияния, преследования и т. д.; утрата зна-

чения прежних переживаний, касающихся острого периода болезни. В гипнозе на вопрос о том, преследуют ли её, обвиняют ли, действуют ли по радио,—ответила отрицательно.

3/X. Совсем перестала думать о прежних переживаниях, однако всё же считает, что влияния по радио были, но думать об этом не хочется.

4/X. Целыми днями занята рукоделием. Отказывается от своих прежних бредовых утверждений, признав их за болезненное переживание, связанное с одиночеством и вообще тяжёлыми условиями жизни.

5/X. Считает, что лечащий врач знает о ней больше, чем она сама. Думает, что через радио на неё не действовали, однако всё-таки её преследовали, в частности собирались арестовать.

Опыт № 5. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено, что будет себя чувствовать так же хорошо, как 5 лет тому назад, что силы к ней вернулись, что она чувствует интерес и любовь к жизни, что её никто не преследует.

8/X. Выражает опасения, что к ней могут предъявить счёт по поводу растраченных денег за наблюдения, которые проводятся за ней. Думает, что при помощи радио действуют и на её дочь, но та об этом не догадывается.

11/X. Ни о чём думать не хочется: «что будет, то и будет».

14/X. Как будто критически относится к своему прошлому состоянию: уверяет, что в действительности не было ни разговоров, ни влияний по радио.

20/X. Высказывает опасение за своё будущее, испытывает какой-то неопределённый страх; в связи с этим не решается даже выходить на улицу.

Опыт № 6. Гипнотический сеанс: сомнамбулизм. Внушено полное исчезновение страха, опасений об аресте.

22/X. Выходит вместе с одной больной на улицу, думает, что сможет пойти и одна: страха не испытывает.

26/X. Всё-таки есть какие-то ещё смутные тревога, страх, стыд; ощущение такое, что как будто все знают о ней, читают на её лице о том, что её признавали за проститутку и т. д.

Катамнез. Ввиду некоторого улучшения была взята дочерью домой, но вскоре поведение больной стало явно болезненным, вновь стала высказывать бредовые идеи преследования, слышать галлюцинаторные голоса и т. д.

После этого находилась в клинике ещё два раза, примерно с такими же психопатологическими проявлениями, как и прежде.

Разбирая достаточно подробно описанный нами случай, вряд ли можно сомневаться в диагнозе пресенильного психоза, за наличие какового говорит целый ряд моментов: начало болезни в возрасте 60 лет; хроническое течение заболевания, хотя и дающего временами улучшение, но в целом сохраняющего свой характер, достаточная сохранность интеллекта; изменение общего фона настроения в смысле понижения самочувствия с постоянным чувством тревоги и боязливого ожидания всяких несчастий, притеснений и т. д.

Типично также участие в генезе психоза психогенных моментов, связанных с наличием объективно-тяжёлой жизненной ситуацией, и конституциональных особенностей преморбидной личности. Поскольку в клинической картине на передний план выступают бредовые идеи преследования и галлюцинаторные явления

(преимущественно слуховые обманы чувств), следует думать о параноидной форме пресенильного психоза (инволюционный параноид). Против схизофрении говорит: живой эмоциональный тон, достаточная контактность, внешняя правильность поведения, нетипичный для начала заболевания схизофренией возраст, возможность получать у больной глубокие степени гипноза и пр.

Как вполне правильно подчёркивает П. Жанэ, подступ к эмоциям больных с бредом преследования очень затрудняется тем, что мы вынуждены одинаково обозначать чувство и соответствующую идею.

В отличие, однако, от Жанэ, мы полагаем, что такое «смешение» чувств и идей зависит не столько от природы наших познавательных способностей, сколько от объективной неразрывности мысли и чувства при бредовых идеях. При голотимных формах, как мы видели на примере с эпидемическим энцефалитом, аффективность и бредовые идеи соподчинены определённым изменениям в деятельности органо-вегетативной системы; при кататимных же формах (к которым, впрочем, нельзя отнести бред у разбираемой больной с инволюционным параноидом), как при гипнотическом внушении, также невозможно отделить идею от эмоционально-волевых элементов, с которыми она образует единое целое, на подобие рефлекторного процесса. Это, конечно, не значит, что мы не должны изучать эмоции при бредовых идеях, но это только означает, что чувства не могут быть причиной, а поэтому не могут объяснить происхождения бредовых идей, с которыми они неразрывно соединены в единое целое. Поэтому правильнее, с нашей точки зрения, поступают тогда (сам Жанэ, Берце, Мург и др.), когда для объяснения происхождения психопатологических феноменов прибегают к таким понятиям, как «понижение тонуса сознания», «психическое напряжение», деперсонализация и т. д.

Исходя из этих соображений, естественно, что в наших гипнологических исследованиях мы пытались воздействовать не только на чувства, но и на соответствующие им бредовые идеи, и наоборот; поскольку нас, в настоящей работе, интересуют лишь моменты, связанные с фармако-гипнотическими влияниями, мы не стремились дать более или менее исчерпывающей классификации всех переживаемых больной эмоций, связанных с бредом.

Во всяком случае, С., наряду с бредовыми идеями преследования и влияния, переживала разнообразные эмоции: 1) тревоги, опасения, страха; 2) недоверия, сомнения, настороженности; 3) ненависти, озлобления; 4) насилия, вторжения, «проникновения», «запрета» и т. д.

Оценивая результаты наших гипнотических воздействий, нужно, прежде всего, совершенно определённо сказать, что, несмотря на исключительную внушаемость С. (представляющую, несомнен-

но, большую редкость у подобных больных), нам не удалось радикально повлиять внушением на бредовые идеи и связанные с ними чувства. С другой стороны, нам удавалось без всякого труда вызывать у С. обычные внушённые феномены (в том числе и внушённые эмоции), которые характерны для сомнамбулов (аналгезия, амнезия, внушённые галлюцинации, постгипнотические внушения и т. п.).

Внушённая амнезия известных периодов болезни, повидимому, затрудняла экфорию бредовых идей этого времени, что вообще нарушало, в какой-то мере, ход мыслительного процесса и поэтому было для больной неприятным состоянием.

При сравнении действия гипнотического внушения на основные патологические симптомы при инволюционном параноиде и эпидемическом энцефалите, очень интересным является то, что оно, несмотря на относительно меньшую внушаемость больного, было больше при последнем заболевании.

В этом отношении важно, что действие гипнотического внушения на эмоционально-комплексные образования, даже при психоневрозах и половых извращениях, часто недостаточно эффективно, если оно противоречит основным аффективным установкам больных.

Разбираемая нами больная С. постепенно всё менее и менее охотно соглашалась на применение гипноза, заявив под конец, что она предпочитает оставаться со своими взглядами, хотя бы с точки зрения врачей и болезненного характера.

Таким образом эмоции, входящие как бы в состав бредового комплекса, т. е. неразрывно связанные с соответствующими бредовыми идеями, надо полагать, отличаются по своей природе от внушённых эмоций, которые, как мы видели, легко было вызвать у больной, но которые не оказывали влияния на бред.

Что касается влияния фармаковеществ и гипнотического внушения на аффективность душевнобольных при других эндогенных психозах, которые явились объектом нашего исследования (схизофрения и циклофрения), то, не приводя добавочных случаев, мы лишь ограничимся кратким обобщением соответствующих данных, полученных нами ранее (в VII и VIII главах настоящей работы).

При схизофрении под влиянием фармакосредств (особенно алкоголя) в некоторых случаях наблюдались переходящие изменения в эмоциях и влечениях больных, однако в этих колебаниях в аффективности схизофреников трудно установить определённую закономерность.

Гипнотическое внушение или совершенно не сказывалось на чувствованиях схизофреников, или оказывало некоторое нестойкое действие на реактивные эмоциональные наслоения. Таким образом

ясно, что существует несомненный параллелизм в типе фармако-гипнотических воздействий при параноидной форме инволюционных психозов и схизофрении.

Как мы видели выше, под влиянием алкоголя у циклотимиков несколько улучшалось угнетённое настроение, снижалась заторможённость, и больные становились более оживлёнными. Гипнотическое внушение, почти не сказываясь на общем настроении, ослабляло интенсивность тягостных соматических ощущений.

Всё только что изложенное даёт сснования считать, что при циклотимии (resp. циклофрении) имеет место, по сравнению с схизофренией и инволюционными психозами, иной тип фармакологических воздействий, характеризующийся бо́льшей возможностью влиять на голотимную аффективность, при одинаковом характере влияния гипнотического внушения, сказывающегося, при всех упомянутых выше эндогенных психозах, преимущественно на реактивных эмоциональных наслоениях.

Резюмируя наши фармако-гипнологические исследования, касающиеся аффективности при душевных заболеваниях, мы прежде всего должны, как это делает Шнейдер в отношении депрессивного состояния, выделить три основных типа аффективности: эндогенный (т. е. связанный с конституциональными предпосылками и эндокринными сдвигами), экзогенный (обусловленный соматическими, преимущественно токси-инфекционными воздействиями, идущими извне) и психогенный (понятные, мотивированные, психически обусловленные эмоции).

Разумеется и в пределах отдельных групп, например, эндогенной, как мы видели, при сравнении аффективности схизофреников и циркулярных больных, имеются определённые отличия в характере чувствований, равно, как возможны разнообразные сочетания указанных форм аффективности, но всё же такое разграничение нам представляется уместным и клинически оправданным.

Фармако-гипнологические исследования также дают основание считать продуктивной точку зрения Ясперса, признающего существование первичных и «психологически-мотивированных» эмоций, равно как и до известной степени сходное разделение Блейлера на голотимные и кататимные аффекты.

В нашу задачу не входило выяснение вопроса о правильности или ошибочности теории Джемса-Ланге, но некоторые полученные нами данные, касающиеся, например, происхождения эмоциональных изменений при эпидемическом энцефалите, частично могут служить её подтверждением; однако при других типах аффективности мы не могли подметить каких-либо моментов, говорящих в пользу такой точки зрения, которая, видимо, является слишком односторонней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Для разрешения некоторых психопатологических вопросов, особенно для отграничения соматогенных и психогенных нарушений, имеются основания пользоваться «методом фармако-гипнотических воздействий». Сущность этого метода состоит в том, что на основании результатов непосредственного действия фармакологических веществ и гипнотического внушения на психотические явления у душевнобольных, получается косвенная, но всё же достаточно значительная возможность судить о некоторых патогенетических моментах, лежащих в основе тех или иных психопатологических состояний.

Непременным условием плодотворности данного метода является возможно более полное знание механизмов и пределов действия применяемых фармакологических веществ и гипнотического внушения.

Хотя метод фармако-гипнотических воздействий, в отличие от терапии в тесном смысле этого слова, учитывает лишь непосредственные изменения в психике душевнобольных, а не отдалённые, однако, по существу, этот метод, являясь необходимым посредником между фармакологией и терапией, создаёт для последней клинико-экспериментальные предпосылки.

2. В механизмах действия фармакологических веществ (в обычных, допускаемых фармакопеей дозах) на психопатологические состояния следует различать два основных типа:

а) когда фармакологические вещества являются как бы специфическим средством, т. е. в основном соответствуют патогенезу психопатологического нарушения; в подобных случаях выступает вполне определённая и прямая зависимость между характером вводимого в организм химического вещества и устранением или вызыванием тех или иных болезненных проявлений (например, при прекращении онироидного приступа у энцефалитиков при помощи атропина или адреналина);

б) когда фармакологические вещества являются «неспецифическим средством» в отношении психопатологического нарушения, поскольку последнее имеет не соматогенное, а психогенное происхождение; в этих случаях фармакологические вещества влияют на болезненные проявления лишь косвенно, изменяя общий «физиологический фон»; непосредственное же влияние возможно осуществить лишь при помощи соответствующих психических воздействий (например, на аутосуггестивное представление истерика о невозможности двигать правой или левой рукой и связанный с ним психогенный паралич соответствующей конечности).

Во многих случаях (например, при некоторых схизофренических нарушениях) указанные два типа действия фармакологиче-

ских веществ на психическое состояние душевнобольных осуществляются совместно, т. е. действие частично идёт по первому, а частично по второму типу.

3. Аналогично действию фармакологических веществ гипнотическое внушение имеет два основных типа воздействия на психическое состояние душевнобольных:

а) когда внушение соответствует характеру психопатологического нарушения, т. е. когда последнее психогенной природы; в подобных случаях внушение способно оказывать прямое непосредственное влияние на болезненные симптомы, устраняя или вызывая таковые (например, истерические симптомы);

б) когда внушение не соответствует характеру психопатологического нарушения, т. е. когда последнее соматогенной природы; в подобных случаях внушение, не оказывая существенного действия на патогенез психопатологического расстройства, способно влиять лишь на его структуру, сказываясь на реактивных психогенных наслоениях (например, при циклофрении) или воздействуя на психическое содержание патологического феномена (например, изменяя содержание галлюцинаторных переживаний, но не устраняя обманов чувств, как таковых при онероидном синдроме у энцефалитиков).

4. В основе гипнотического внушения лежат два тесно связанные, но, по существу, отличные механизма (аффективно-кататимический и условно-рефлекторный), из которых один (аффективно-кататимический) использует смысловую часть слова, а второй (условно-рефлекторный) осуществляется благодаря звуковой (фонетической) части последнего или в силу других условно-рефлекторных раздражителей физиологического сна. Соответственно этому следует различать психический и соматический типы гипноза, из которых один представляет собой своеобразное психическое состояние с сужением сознания; другой—истинный, но парциальный сон.

5. Внушённые вазомоторные нарушения (внушённые ожоги, обмораживания, кожные высыпи и т. д.) осуществляются в основном через вегетативную нервную систему по типу условных рефлексов, что доказывается следующими особенностями данного процесса:

а) при помощи гипнотического внушения можно вызвать только такие явления, которые были испытаны экспериментируемым ранее в действительности, в виде настоящего ожога, обмораживания и т. д., то есть в качестве эффекторной части безусловного рефлекса;

б) повторные попытки вызвать один и тот же вазомоторный феномен (без производства времени от времени реального раздражения) наталкиваются на всё большие затруднения, т. е. имеет ме-

сто процесс, аналогичный угасанию неподкрепляемых условных рефлексов;

в) в формулу внушения для достижения вегетативного феномена необходимо вводить весь комплекс ощущений, переживавшихся испытуемым прежде при возникновении соответствующих явлений, в частности—болевой компонент.

Для вызывания внушённых вазомоторных нарушений необходимо наличие сомнамбулизма, как optimum'a состояния; создание эмотивного состояния у экспериментируемого в момент внушения благоприятствует лучшему осуществлению последнего; внушённые вазомоторные нарушения возможно получить как в гипнозе, так и в бодрственном состоянии, в виде постгипнотического внушения; внушённые вазомоторные нарушения можно вызвать не только в том месте, где был действительный ожог или обмораживание, но также и на других участках кожи.

6. На течение гипноза в смысле развития более глубокого сна оказывают определённое влияние лишь такие фармакологические вещества, которые имеют непосредственное отношение к функции сна (снотворные и наркотические вещества жирного ряда, до известной степени также морфий и индийская конопля), причём происходит как бы суммация гипнотического и фармакодинамического сна.

Напротив, алкалоиды (атропин, стрихнин, кофеин), онопрепараты (адреналин и инсулин), а также бромистый натр, применённые в лечебных (нетоксических) дозах, не отражаются определённым образом на ходе гипноза.

Введение кофеина (в дозах от 0,1—0,2) не препятствует осуществлению постгипнотических внушений; напротив, дача алкоголя затрудняет реализацию постгипнотических внушений.

При даче фармакологических веществ (в том числе снотворных и наркотических) в токсических или близких к таковым дозах—способность впадать в гипнотическое состояние снижается.

7. Нарко-гипноз отличается от обычного гипнотического состояния тем, что при нём наблюдается несоответствие между сравнительно большой глубиной сна (обусловленной действием фармакологических веществ) и остальными признаками, характерными для определённой степени гипноза.

8. Для понимания механизма действия химических веществ на гипноз важно учесть, что они, прибавляя своё фармакологическое действие к гипнозу (или обратно, гипноз присоединяется уже к наличному наркотическому сну), не изменяют при этом степени внушаемости, свойственной тому или иному субъекту, но введение их может обусловливать «косвенное внушение» (самовнушение), а также создать для восприятия внушений благоприятный или неблагоприятный физиологический фон.

9. При помощи гипнотического внушения можно в некоторых случаях устранить наркотический сон, вызванный хлорал-гидратом и вероналом, а также «нейтрализовать» видимые признаки алкогольного опьянения; при относительно больших дозах упомянутых фармаковеществ и менее выраженной внушаемости «результирующая» идёт в сторону действия последних.

10. Действие фармакологических веществ на истерические симптомы даёт полную аналогию с их действием на внушённые феномены, в частности на гипнотический сон.

11. В происхождении бредовых идей одержимости гадами при истерии (или при комбинировании последней с другими заболеваниями), наибольшее значение имеют следующие факторы:

а) травматические переживания, предшествующие наступлению данного симптома;

б) сновидная переработка травматического переживания, с перенесением последнего в область «субъективных психических отношений»;

в) влияние народных суеверий, предрассудков, мистических представлений, окружающего малокультурного населения;

г) особенности типа личности у подобных больных.

12. Подтверждением психогенного генеза бредовых идей одержимости гадами при истерии являются следующие моменты:

а) невозможность устранения бреда при помощи различных фармакологических веществ;

б) доступность бреда психотерапевтическим воздействиям, в частности, гипнотическому внушению.

13. Висцеральные явления, наблюдающиеся у больных-истериков с бредом одержимости, по своему происхождению, в основном, являются не психогенными, а связаны с соответствующими соматическими заболеваниями, причём, благодаря активности «периферии сознания», происходит иллюзорно-бредовая переработка висцериальных раздражений.

Такое понимание генезиса подобных соматических ощущений подтверждается их лёгкой доступностью фармакологическим воздействиям, причём усиление, ослабление и временное прекращение этих ощущений строго соответствует характеру и дозе применяемого вещества.

14. При онероидном синдроме энцефалитиков имеется невротоническое состояние вегетативной нервной системы, с преобладанием тонуса n. vagi, что нарушает её нормальную регуляцию деятельности головного мозга.

В силу этого нарушения вегетативной регуляции усиливаются явления торможения, изменяются условия кровоснабжения головного мозга, что обусловливает или способствует развитию онероидного синдрома.

15. Атропин, скополамин (в фазе парализующего действия на окончания n. vagi), адреналин, веронал и амил-нитрит оказывают благоприятное влияние на онероидный синдром энцефалитиков, причём атропин, скополамин устраняют синдром на 1—3 дня и более; амил-нитрит же—только на несколько минут; адреналин, не устраняя болезненного состояния, делает его более лёгким.

16. Эзерин, пилокарпин (в фазе возбуждающего действия на окончания n. vagi) действует ухудшающим образом на состояние некоторых энцефалитиков, причём введение эзерина способно провоцировать наступление онероидного синдрома; под влиянием же пилокарпина онероидный синдром становится более тяжёлым.

17. При помощи гипнотического внушения (гипотаксия) возможно иногда устранять онероидный синдром при эпидемическом энцефалите, примерно, на полчаса, а затем психотический приступ развивается, как обычно.

Гипнотическое внушение также способно изменять неприятное содержание зрительных галлюцинаций на более радостное, однако, общий отрицательный эмоциональный тон остается неизменным, благодаря чему даже галлюциноиды с приятным содержанием приобретают «кисловатый оттенок».

18. В генезисе бредовых идей при онероидном синдроме имеют значение не только соматические ощущения, но также сновидное помрачение сознания энцефалитиков, причём это изменение сознания обусловлено влиянием вегетативной нервной системы на деятельность головного мозга.

19. Алкоголь в периоде депрессии при циклотимии ненадолго улучшает настроение, причём больные становятся более оживлёнными, более охотно разговаривают, происходит «механический подъём» энергии, но в целом состояние только до некоторой степени напоминает больным их «светлый период».

20. При выраженных формах маниакально-депрессивного психоза гипнотических явлений вызвать не удаётся. При циклотимии и невыраженных формах маниакально-депрессивного психоза при помощи гипнотического внушения возможно влиять только на соматические ощущения, которые становятся менее тягостными; основное же настроение, как депрессивной, так и маниакальной фазы, равно и остальные психопатологические проявления циклотимии (в частности бессонница) не поддаются действию гипнотического внушения даже на небольшой промежуток времени.

21. Алкоголь оказывает на кататонические симптомы схизофрении неодинаковое действие: в некоторых случаях не удаётся подметить в поведении больных каких-либо изменений, в частности, не устраняется мутизм; в других случаях, по мере увеличения количества вводимого в организм алкоголя (от 15,0—45,0), кататонические проявления нарастают или, наоборот, уменьшаются и даже

временно исчезают совершенно; при шизоманических формах (по Клоду) возможно наступление, после приёмов алкоголя, кратковременного эмоционального возбуждения с чувством страха, одиночества и с временным сознанием своей болезни.

22. Под влиянием скополамина и веронала проявления слухового галлюцинаторного синдрома при схизофрении смягчаются, в частности, галлюцинации становятся менее интенсивными и увеличиваются перерывы между ними; от подкожных инъекций пилокарпина, наоборот, состояние больных ухудшается; помимо увеличения силы голосов возникают многочисленные галлюцинации общего чувства, настроение становится тревожным со склонностью к гневным вспышкам и поступкам, мотивированным бредовым образом.

23. Как правило, у схизофреников получить гипнотических явлений не удаётся; при процессе гипнотизации у больных нередко возникают негативистические реакции или, наоборот, выступает механизм автоматизма по приказанию, причём в этом случае поведение больных до некоторой степени напоминает гипнотическое состояние.

В тех случаях, когда у схизофреников (шизоманические формы) удаётся вызвать неглубокий гипнотический сон, последний отличается от обычного гипноза, так как при этом больные обнаруживают негативистические реакции, самопроизвольно выходят или впадают в гипнотический сон; резко выступают «условно-рефлекторные» механизмы засыпания; сама процедура гипнотизма воспринимается бредовым образом.

В подобных случаях при помощи гипнотического внушения возможно влиять до известной степени на некоторые психопатологические проявления, в частности, на деперсонализацию и аффективное состояние больных.

24. При помощи гипнотического внушения иногда возможно не только устранить алкогольную эйфорию или депрессию, но заменить их эмоциями противоположного характера.

25. При неврозах страха у психастеников приёмы алкоголя иногда способны устранять на короткое время чувства страха. При трактовке действия алкоголя на психическое состояние подобных больных необходимо, исходя из результатов произведенных нами фармако-гипнологических исследований, учитывать взаимное влияние экзогенно и психогенно обусловленных эмоций.

26. Скополамин и атропин способны иногда изменять аффективное состояние энцефалитиков, причём это влияние, как показал анализ результатов фармако-гипнологических исследований, осуществляется через вегетативную нервную систему.

27. В редких случаях при инволюционном параноиде удаётся получить выраженный гипнотический сон (с возможностью вызвать

аналгезию, внушённые обманы чувств и эмоции, амнезии и т. д.), но попытки воздействовать на «первичные» патологические эмоции, бредовые идеи и галлюцинаторные явления не приводят к положительному результату.

28. Фармако-гипнологические исследования дают основания выделять (как это делает Шнейдер) при душевных заболеваниях три основных типа аффективности: эндогенный (по преимуществу аутотоксического и эндокринного происхождения), экзогенный (обусловленный соматическими, преимущественно токси-инфекционными изменениями, идущими извне) и психогенный (понятные, мотивированные, психически-обусловленные эмоции).

БИБЛИОГРАФИЯ

I раздел (на русском языке)

Аккерман В. И. Механизмы шизофренического первичного бреда, 1936.

Аккерман В. И. Учение Жанэ о бредообразовании. Советская невропатол., психиатрия, 1935, т. IV, вып. 8.

Аккерман В. И. Шизофрения Клода и его школы. Невропатол., психиатрия, 1939, № 1.

Аничков Н. Н. Учебник патологической физиологии, 1924.

Асратян Э. А. Влияние экстирпации верхних шейных симпатических узлов на пищевые условные рефлексы собаки. Архив биологических наук, 1930, т. XXX, в. II.

Аствацатуров М. И. Краткий учебник нервных болезней, 1927.

Аствацатуров М. И. О роли психических факторов в возникновении и устранении болевых ощущений. Невропатол., психиатрия, психогигиена, 1935, т. IV, в. 9—10.

Аствацатуров М. И. Современные неврологические данные о сущности эмоций. Советская невропсихиатрия, 1936, сб. I

Бехтерев В. М. Роль внушения в общественной жизни, 1898.

Бирман Б. Н. Гипновнушаемость при неврозах и ее гипнологические основы. Архив биологических наук, 1934, т. XXXVI.

Бирман Б. Н. Экспериментальный сон, 1925.

Блейлер, Э. Аффективность, внушаемость и параноя, 1929.

Богорад (ред.) Физиология сна. Сборник, 1928.

Быков К. М. Влияние коры мозга на тканевые процессы. Физиологич. журнал СССР, 1934, т. XVII, № 6.

Вайнберг и Бирман. О применении малых доз брома при лечении неврозов. Советск. Врачебн. газета, 1935, № 14.

Выготский Л. С. Мышление и речь, 1934.

Гесс К. Вегетативная нервная система и заболевание желудка, 1927.

Гильом. Ваготония, симпатикотония, невротония, 1926.

Гиляровский В. А. К вопросу о соотношении между экзогенией и конституцией в учении об эндогенных психозах. Совет. невропат., психиатрия, 1935, в. 3.

Гиляровский В. А. Психиатрия, 1935, втор. изд.

Гофман. Проблема неврозов в современном клиническом освещении. Центр. мед. журн., 1933, т. XII, в. 5.

Дарвин Ч. О выражении ощущений у человека и животных, 1896.

Дежерин и Гоклер. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией, 1912.

Дерябин В. С. и Сумбаев И. С. Бред одержимости и соматические ощущения. Труды В.-С. мединститута, 1935, № 3.

Дерябин В. С. Влияние бульбокапнина на пищевые условные рефлексы. Физиолог. журнал СССР, 1935, т. XX, № 3.

Дерябин В. С. Чувства, влечения, эмоции. (Рукопись).

Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы, 1926.

Дюбуа. Психоневрозы и их психическое лечение, 1912.

Жанэ П. Психический автоматизм, 1913.

Жислин. О галлюцинозах. К вопросу о кровоснабжении головного мозга при шизофрении. Советская невропатол., 1936, т. IV, в. 7.

Зайцев А. М. Влияние внушения на появление и исчезновение сыпей и других трофических расстройств. Вестник душевных болезней, 1904, т. I, № 2.

Иванов-Смоленский А. Г. Основные проблемы патофизиологии высшей нервной системы, 1933.

Иванов-Смоленский А. Г. О нейродинамической структуре эйдетического и вербального бреда. Архив биологич. наук, 1934, т. XXXVI.

Кандинский. О псевдогаллюцинациях, 1890.

Каннабих Ю. В. Место гипноза в системе советской психотерапии и психогигиены. Советская невропатол., психиатрия, т. III, в. 9, 1934.

Картамышев А. И. Гипноз в дерматологии, 1936.

Консторум С. И. Психотерапия шизофрении. Проблемы пограничней психиатрии, сборн. 1935.

Корсаков С. С. Курс психиатрии, 1901.

Кравков Н. П. Основы фармакологии, 1931.

Кречмер Э. Об истерии, 1924.

Кречмер Э. Медицинская психология, 1927.

Кроль М. В. Невропатологические синдромы, 1936.

Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении. Труды института им. Ганнушкина, 1936, в. I.

Кузнецов В. П. О нейрофизиологическом изучении психоневрозов. Труды 1-го Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935.

Куэ, Э. Сознательное самовнушение, как путь к господству над самим собой, 1926.

Лазарев Н. В. Экзогенные и эндогенные наркотики. Физиологич. журн. СССР, 1936, т. XXI. № 4.

Ланкоф Б. Л. Применение длительного наркоза в психиатрической практике. Советская психоневрол., 1936, № 2.

Лебедева Н. Н. К вопросу о структуре клинической картины маниакально-депрессивного психоза. Труды психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та, 1936.

Леви-Брюль. Первобытное мышление, 1930.

Левин С. Гипноз и условные рефлексы. Советская врачебная газета, 1934, № 1.

Ленглей. Автономная нервная система, 1926.

Ленц А. К. Условные слюноотделительные рефлексы человека в сопоставлении с данными сознания испытуемого субъекта. Физиологич. журнал СССР, 1934, т. XVII, № 6.

Либерзон Г. Н. Вегетативные рефлексы в гипнотических состояниях. Невропатол. психиатрия, 1929. № 2.

Лурия. Заболевания пищеварительного аппарата, т. I. 1933.

Люстернак Р. Е. Учение о пресенильных психозах. Труды психиатрической клиники, 1927, в. II.

Люстернак Р. Е. К вопросу о построении психоза. Труды психиатрич. клиники 1-го Моск. мед. ин-та, 1936.

Майоров. Устранение гипнотического состояния у собак при помощи брома. Труды физиологической лаборатории И. П. Павлова, 1933.

Мак-Даугол л. Основные проблемы социальной психологии, 1916.

Маркелов. Экстрапирамидная система. Труды клиники нервных болезней Одесского Госмединститута, 1929.

Моль. Гипнотизм, 1907.

Мясищев. О патогенезе и структуре психоневрозов. Труды 1-го Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935.

Нарбутович И. О. Действие t-rae Cannab. Indicae при кататонической форме шизофрении (dementia praecox). Архив биологических наук, 1934, т. XXXVI.

Нарбутович И. О. и Головина В. П. Действие алкоголя при шизофрении (dementia praecox). Архив. биологич. наук. 1934, т. XXXVI.

Овчаренко П. П. Опыт эндокринной терапии при шизофрении. Советская психоневрол. 1934, № 1.

Орбели Л. А. J. N. Langley. In memorium, Известия Научного ин-та им. Лесгафта, 1927, т. XII, в. 2.

Орбели Л. А. Физиология вегетативной нервной системы. Больш. Медиц. энциклопедия, 1928, т. IV.

Орбели Л. А. Лекции по физиологии нервной системы, 1934.

Осипов В. П. Кататония Kahlbaum'a, 1907.

Осипов В. П. Курс общего учения о душевных болезнях, 1923.

Осипов В. П. Руководство по психиатрии, 1931.

Павлов А. П. Двадцатилетний опыт изучения высшей нервной деятельности животных, 1923.

Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927.

Петрова М. Е. Новейшие данные о механизме действия солей брома на высшую нервную деятельность и о терапевтическом применении их на экспериментальных основаниях, 1935.

Платонов К. И. Слово, как физиологический и лечебный фактор, 1930.

Подвысоцкий. Основы общей и экспериментальной патологии, 1905.

Подъяпольский П. П. О применении гипнотического внушения при эпилепсии. Неврологич. вестник, 1913, т. XX.

Попов Е. А. Галлюцинации и торможение. Советск. психоневрол., 1936, № 7.

Пэрна Н. Сон и его значение, 1923.

Рибо. Психология чувств, 1905.

Ончевский С. П. К патофизиологии алкогольного делирия. Невропатол., психиатрия, 1934, т. III, в. 10.

Саркисов. Об изменении биоэлектрических явлений коры мозга под влиянием наркотических веществ. Советская невропатология, 1935, т. IV, в. 6.

Сепп. Клинический анализ нервных болезней, 1927.

Сидис Б. Психология внушения, 1902.

Скворцов В. И. Курс фармакологии, 1937.

Сперанский А. Д. Нервная система в патологии, 1930.

Сперанский А. Д. Элементы построения теории медицины, 1935.

Сумбаев И. С. К вопросу о вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением. Сиб. Арх. теорет. и клин. медицины, 1928, т. III, кв. 4.

Сумбаев И. С. К вопросу о синдроме Ганзера. Соврем. психоневр. 1928, № 5—6.

Сумбаев И. С. О влиянии фармакологических веществ на возникновение и прекращение галлюцинаций и бредовых идей. Советская психоневрол., 1932, № 5.

Сумбаев И. С. Внушение и убеждение. Труды В.-С. мед. ин-та, 1935, сб. 2.

Сумбаев И. С. О влиянии фармакологических веществ на гипнотический сон. Советская невропатол., психиатрия, 1936, т. IV, в. 7.

Сумбаев И. С. К психотерапии гомосексуализма. Советская психоневрол., 1936, № 3.

Терновский и Могильницкий. Вегетативная нервная система и её патология, 1925.

Тимофеев Н. Н. Лизатотерапия депрессивных состояний циклофреников. Невропатолог., психиатрия, 1935, т. IV, в. 9—10.

Угол Н. Б. Инсулин в психиатрической практике. Советская психоневрол., 1934, № 1.

Форель А. Гипнотизм или внушение, 1928.

Фрэзер Д. Золотая ветвь, 1928.

Ходос Х. Г. Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы, 1943.

Цондек Г. и Бир А. О содержании брома в организме человека. Советская психоневрол., 1932, № 8.

Шалабутов. К патогенезу галлюцинаций. Соврем. психоневрол., 1925, № 6.

Шаргородский. Особенности психической реакции на адреналин у больных с невротическим симптомокомплексом. Советская невропатол., психиатрия, 1934, т. III, в. 8.

Шевелев. Классификация неврозов. Труды I-го Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935.

Шерешевский Н. А., Степун О. А., Румянцев А. В. Основы эндокринологии, 1926.

Шильдер и Каудерс. Гипноз, 1927.

Шильдер. Учение о неврозах органов. Новейшие достижения в области нервных болезней и психиатрии, сборн., 1928.

Широков. Норма кривых мышечного сокращения и подвижность тонуса при психогенных парезах. Советская психоневрол., 1936, № 5.

Штёрринг. Психопатология в применении к психологии, 1903.

Экономо. Сон, 1927.

Эпштейн А. М. Рефлексы вегетативной нервной системы, 1925.

Юдин Т. И. (отв. ред.). Проблемы острых экзогенных психических заболеваний, 1935.

II раздел (на иностранных языках)

Baruk H. et Ablade A. Catatonie intermittente suivant le rythme du sommeil. Annal. medico-psychologique, 1931, t. II, Nr. 4.

Baruk H. La catatonie expérimentale par la bulbocapnine et les autres catatonies experimentales toxiques et toxiinfectieuses. L'Encephale, 1932, Nr. 9.

Baudouin Ch. Psychologie der Suggestion und Autosuggestion, 1926.

Benussi V. La suggestione e l'ipnosi come mezzi di analisi psichica reale. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych, 1927, B. 43.

Benussi V. Zur experimentellen Grundlegung hypnosuggestiver Methoden psychischer Analyse. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1928, B. 49.
Berger H. Über die physiologischen Bedingungen der Bewusstseinerscheinungen. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1935, B. 77.
Birnbaum K. Die psychischen Heilmethoden, 1927.
Birnbaum K. Der Aufbau der Psychose. Handbuch der Geisteskrankheiten, B. V., spez. Teil 1, 1928.
Blondel Ch. La conscience morbide, 1928.
v. Bogaert M. L. Un probléme doctrinal remis en question par l'encephalite lethargique: Hysterie et Pithiatisme. Annal. medico-psych., Fevrier, 1931.
Boisseau J. Conceptions nouvelles de l'hystérie et son traitement. La Presse médicale, 1936, Nr. 71.
Boss M. Die Grundprinzipien der Schizophrenietherapie im historischen Rückblick. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1937, B. I57, H. 3.
Braun E. Psychogene Reaktionen. Handbuch d. Geisteskrank. heraus. v. O. Bumke, 1928, B. V.
Bumke O. Lehrbuch der Geisteskranheiten, 1924.
Claude H. Mécanisme des hallucinations syndrome d'action exterieure. L'encéphale, 1930, № 5.
Claude H. et Ey H. Les états hallucinatoire à type schizophrénique de l'encéphalite epidemiques chronique et le problème des hallucinations. L'encéphale, 1933, № 7.
Claude H. Tinel et M-me Michon. Crise paroxystique anxieuses, hallucinatoires et impulsives d'origine encéphalitique. L'encéphale, 1929, № 3.
Desfosses P. Influence de la volonté sur les activités physiologiques. La presse medicale, 1936, № 27.
Deutsch F. Der Einflus von Gemütsbewegungen auf den Energiestoffwechsel. Hypnotische Experiment. Zent. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1926.
Dide M. Les émotions et la guerre, 1918.
Dide et Guiraud. Psychiatrie, 2 ed., 1929.
Fendel. Die vegetative Neurose als kausaler factor in der Genese körplicher und seelischer Erkrankungen, 1927.
Grasset. Le psychisme inferier, 1913.
Janet P. Les sentiments dans le délire de persécut. Jour. de Psycholog, 1932, №№ 3—4, 5—6.
Jaspers K. Psychopathologie générale, 1928.
Ingvarsson et Lindberg. Annal. médicopsycholog., t. I, 1930, № 4.
Jong et Baruk. Pathogénie du syndrome catatonique experimentall. L'encéphale, mars, 1930.
Kandou T. Hypnose mit Hilfe von Evipan bei poliklinischen Patienten (holländisch). Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1935, B. 77.
Klauder J. Psychogenic aspects of diseases of the skine. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1935, B. 76.
Klienerberger Otto. Psyche und innere Sekretion, 1927.
Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn, 1927.
Kretschmer E., Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Zeitschr. f. d ges. Neur. u Psych., 1929, 121 B.
Kretschmer E. Der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychotherapie. Zentr. f. d ges. Neur. u. Psych., 1935, B. 77.
Kronfeld A. Zur Psychologie des Süchtigseins. Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 76 B, 1935.
Küppers E. Puls. Pulsdruck. Vasomotorische Störungen. Blutverteilung. Handbuch der Geisteskrankheiten, 1 Allgem. Vorbemerkungen, 1923.
Lhermitte J. Le sommeil. Annal. médico-psycholog, mai, 1931.

Loomis A., Newton-Harvey E. and Garret H. Brain potentials during hypnosis. Science, 1936, I.

Mayer-Gross. Pathologie der Wahrnehmung, II. Handbuch der Geisteskrankheiten, hrsg. v. O. Bumke, Bd. I., Teil 1, 1928.

Meggendorfer F. Intoxications psychosen., Handbuch der Geisteskrankheiten, B. VII, spez. Teil III, 1928.

Mourgue. Neurobiologie de l'hallucination, 1932.

Müller L. Die Lebensnerven, 1924.

Nissl v. Majendorf. Über den vasomotorischen Mechanismus der Halucinationen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1924, 114.

Povorinski J. und Finne W. Der Wechsel des Zuckergehaltes des Blutes unter dem Einfluss einer hypnotisch suggerierten Vorstellung. Zeitschr. f. d. ges, Neur. u. Psych., 1930, 199.

Schinagel K. Cünstige Beeinflussung der Schizophrenie durch Erlebnisse. (Emotions-therapie). Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1930, 129.

Schilder P. Medizinische Psychologie, 1924.

Schilder P. Über das Hypnose—Erlebnis der Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1929. 120 B.

Schilder P. Psychophysiology of the skin., Zentr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1935, B. 76,

Schneider K. Die psychopatischen Persönlichkeiten, 1928.

Schneider K. Über Depressionszustände. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1932, B, 138.

Senise T. Le psicosi affective prodromiche dell'encephalite epidemica e delle sindromi parkinsoniane. Zentr. f. d. ges. Neur u. Psych., 1935 B. 77.

Stanojevic L. Über die Wirkung des Somnifens und Allonals (Roche), auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit geistig gesunder und einer Gruppe von psychopatischen Persönlichkeiten. Zeltschr f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1935 B. 77.

Stockert F. Über Evipan-Natrium-Behandlung in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1935, B. 77.

Tinel M. Provocation de crises mélancoliques par des emotions joyeuses. Annal. médicopsych., 1931, t. II, Nr. 2.

Tinel S. Syndrome hallucinatoire de persécution et d'influence guerison par traitement salicylé et arsenical. L'Encephale, 1929, Nr. 8.

Wallon H. Psychologie pathologique, 1926.

Zutt. Die innere Haltung. Monatsschrift f. Psych., B. L. XXIII, 1929.

Государственная
Научная Медицинск
библиотека
НКЗ СССР
360002

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Глава I. Литературный обзор 8

Глава II. Методика 13

Глава III. Механизм действия гипнотического внушения и его пределы 16

Глава IV. О влиянии фармакологических веществ на гипноз 32

Глава V. Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на психическое состояние истериков 50

Глава VI. Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на онероидный синдром при эпидемическом энцефалите 66

Глава VII. Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на психическое состояние циклофреников 81

Глава VIII. Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на психическое состояние схизофреников 90

Глава IX. Влияние фармакологических веществ и гипнотического внушения на аффективность душевнобольных 113

Заключение 128

Библиография 134

Отв. редактор К. Х. Королёнок.

Подп. к печати 15/I-1946 г. Печ. л. 8,75. Уч.-изд. л. 10,3.
Тираж 300. Заказ № 835. НЕ 00302.

Отпечатано в 1-й Гос. типо-литографии,
Иркутск, ул. К. Маркса, 11.

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
10	20 сверху	Барука	Барюка
66	8 снизу	с нарушениями, лежащими в основе сна и сновидений	с галлюцинациями, образующимися при расстройствах сна и сновидений.
82	19 сверху	миниакально-депрессивного	маниакально-депрессивного
96	2 снизу	Случай IV	Случай VI

Электронная библиотека ЦПМСП