

Доктор А. П. НИКОЛАЕВ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГИПНОЗА

В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ.



1927.

Доктор А. П. НИКОЛАЕВ

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ГИПНОЗА

В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ОСВЕЩЕНИИ.

1927.

Оглавление.

	Стр.
Предисловие автора	5
Глава I. Сон и его теории	7
Глава II. Механизмы сна и гипноза	10
Глава III. Сон, гипноз и вегетативная нервная система	14
Глава IV. Методика гипнотизации и ее ошибки	19
Глава V. Некоторые явления гипноза в свете физиологии	27
Глава VI. Так называемая „психическая“ или „душевная“ деятельность в гипнозе с физиологической точки зрения	31
Глава VII. О физиологических основах каталепсии и анестезии	38
Глава VIII. Медицинское применение гипноза; гипноз и психоанализ	41
Глава IX. Гипноз в хирургии, акушерстве и гинекологии	45
Глава X. Какие заболевания лечатся с успехом гипнозом	55
Глава XI.—дополнительная: О гипнотизере То-Рама	60
Список литературы по гипнотизму	63

Светлой памяти
своего покойного отца—
брата Петра Николаевича Николаева
посвящает труд свой
Автор.

Предисловие.

Предлагаемая книга является попыткой подойти с физиологическим анализом к теориям, явлениям и результатам практического применения гипноза, еще до самого недавнего времени относившегося к таинственным областям психологии. Гениальный «двадцатилетний опыт» академика И. П. Павлова в изучении высшей нервной деятельности и поведения животных и человека, опыт, — лишь за последнее десятилетие раскрепощения истинной научной мысли от гнета опеки престола и церкви, — ставший достоянием широких масс, с гениальной простотой представил нам истину о психических процессах животных и человека.

Глубины науки сочетались в учении Павлова со столь же глубоким и естественным материалистическим мировоззрением. Сочетание это совершилось легко, без всяких натяжек, вполне естественно, ибо и в том и другом лежит истина. Искание этой истины во всем, что занимало и занимает человеческий разум и побудило нас к краткому, но решительному пересмотру с указанных точек зрения учения о гипнозе, тем более, что книжная литература о последнем ограничивается в настоящее время книгами К. И. Платонова «Гипноз» (Acta medica 1925 г.) и В. Я. Данилевского «Гипнотизм» (Харьков 1924 г.), при чем последняя хотя и написана в 1924 году маститым физиологом, но все же не свободна от «психологических» веяний и вообще мало отвечает (хотя бы по объему) потребности практического врача. Переводная литература в счет не идет, ибо европейские авторы все еще далеки от физиологического понимания гипноза.

Мы почтем себя счастливым, если читатель — практический врач, знакомство которого с гипнотизмом ограничивается по большей части лишь слухами о «чудесных» исцелениях и неизменно связывается с другими «еще необъясненными наукой», «таинственными по своей природе» явлениями, — вынесет из чтения этой книги иное представление о гипнозе, представление о том, что в последнем ныне все ясно, понятно, просто, физиологически вполне обосновано и законно, и что пользование этим явлением в практической медицине уже достаточно себя оправдало, высоко ценно, полезно и также естественно, как пользование всяким иным признанным методом лечения.

Автор.

Киев. Апрель 1927 г.

Глава I.

Сон и его теории.

Гипноз внешне проявляется картиной до такой степени напоминающей обычный, нормальный сон, что невольно у наблюдателя является представление, что гипноз есть ничто иное, как сон; представление, как увидим далее, совершенно правильное.

На какой бы теории гипноза, — а их множество, — мы ни остановились, один факт, одно явление остается неизменным — сон, наступающий в результате гипнотизации. Самые технические выражения, ведущие свое начало с незапамятных времен и прочно укоренившиеся в гипнотической практике, как „усыпление“, отождествляемое с гипнотизацией, «пробуждение» — дегипнотизация, «степени сна», т. е. различная глубина гипнотического состояния и пр. — указывают нам на издавна, быть может, еще бессознательно принятый взгляд, что гипноз есть состояние аналогичное сну.

Поэтому будет целесообразно подойти к теоретическому и практическому рассмотрению гипноза, избрав отправным пунктом всем достаточно хорошо известное состояние обычного, нормального сна.

Оказывается однако, что и механизм последнего нельзя еще считать вполне, твердо и исчерпывающе выясненным.

Уже наличие целого ряда теорий обычного нашего сна доказывает, что нет пока ни одной, с достаточной полнотой охватывающей вопрос.

Все эти теории для удобства рассмотрения можно подразделить на четыре группы:

1. Вазомоторные теории; 2. Нервные теории; 3. Химические теории и 4. Условно-рефлекторные теории, которые можно еще назвать «корковыми» в виду той роли, какая отводится в них коре большого мозга.

Теории первой группы, пытавшиеся объяснить наступление сна изменениями в кровеносной системе, в смысле кровонаполнения мозга, относятся хронологически к наиболее старым. В наиболее примитивной форме взгляды, послужившие к дальнейшему развитию вазомоторных теорий высказывались еще в 1772 г. Haller'ом, который считал, что сон обуславливается застоем крови в мозгу, вследствие горизонтального положения тела. Позже, под влиянием работ Claud Bernard'a, Holz'a, Schiff'a, выяснивших существование сосудодвигателей, обуславливающих, между прочим, расширение сосудов и усиленный приток крови в работающих органах, в отдыхающих же — наоборот — суже-

ние сосудов и меньшее кровоснабжение, — возникли теории сна, как результата анемии мозга (Derghem, Cl. Bernard, Mosseau, Тарханов).

Ряд других исследователей, наоборот, были склонны видеть во сне не анемию, а гиперемию мозга (Brown, Schleich, Czerni). Czerni мог даже наблюдать через трепанационное отверстие в черепе у одного ребенка действительно усиленное кровонаполнение мозга и пульсацию во время сна. Однако, последнее наблюдение особенного доверия не заслуживает, ибо наличие трепанационного отверстия говорит за имевшиеся, вероятно, ненормальности или заболевание мозга, вследствие чего нормальные отношения в нем вообще могли быть изменены.

Что касается «анемических» теорий, то они заслуживают большего внимания, чем им уделяется, хотя бы из тех соображений и наблюдений, что при значительной анемии (напр., вследствие кровопотери) наступает непреодолимая сонливость, имеющаяся и вообще у анемичных людей. С другой стороны, возбуждение, повышенная умственная деятельность, сопровождающиеся усиленным кровонаполнением мозга — весьма мешают, как известно, наступлению сна.

На смену этой, неудержавшейся в науке, теории явился ряд нервных теорий (Poutkinier, Rable-Russard, Duval, Lérin и др.). Согласно последним, нейроны, днем связанные друг с другом своими дендритами, ночью как бы порывают этот контакт, вследствие сокращения, втяжения дендритов. Эта диссоциация нарушает связь мозга с внешним миром, и в результате является сон.

Более детальное изучение гистологии и физиологии нервной клетки и эту теорию сделало неприемлемой.

Далее, всеобщее внимание, и надолго, остановили на себе химические теории сна, из которых наиболее интересную вариацию представляла теория Legendr'a и Piérgon'a, отводившие главную роль в механизме сна химическим изменениям в головном мозгу, а именно образованию особого вещества — «гипнотоксина» (по аналогии с ядом утомления мышц, — «кенотоксином»). Вытяжка из мозга долго неспавшей собаки, отравленного, следовательно, гипнотоксином, будучи впрыснута в мозговые желудочки другой, совершенно свежей собаке, действительно вызывала у последней глубокий сон.

Однако и эта теория сама по себе не может вполне объяснить всех явлений сна, ибо ведь известно, напр., что, в случае необходимости, мы усилием воли можем противиться сну и не спать и сутки, и двое. Если принять, что сон наступает в результате отравления мозговой ткани гипнотоксином, то разве мы могли бы какими бы то ни было усилиями воли бороться с этим отравлением и, значит, со сном? — Конечно, нет. Далее, сплошь да рядом мы засыпаем днем, когда о сильном утомлении и о значительном накоплении гипнотоксина не может быть и речи, а многие умеют засыпать вообще в любое время, т.е. засыпание у них является как бы произвольным актом, несколько не связанным с накоплением гипнотоксина.

Поэтому, вследствие неудовлетворительности всех предлагавшихся

теорий сна, искания новых, более удачных объяснений механизма сна все продолжались.

И вот явилась, наконец, теория внутреннего торможения — акад. И. П. Павлова. «Внутреннее торможение и сон — один и тот же процесс» говорит Павлов, при чем взаимоотношение между ними таково: «торможение есть парциальный, как бы раздробленный, узко локализованный, заключенный в определенные границы под влиянием противодействующего процесса — раздражения — сон, а сон есть торможение, распространившееся на большие районы полушарий, на все полушария и даже ниже — на средний мозг».

Торможение является результатом или периодически наступающего в коре состояния истощения, или же — последствием изолированного и продолжительного раздражения определенного пункта больших полушарий. От продолжительного раздражения истощается данный пункт и в нем наступает в связи с истощением, скорее всего в результате химических изменений в нервной ткани, состояние не деятельности, сна.

Последнее, происшедшее первично в данном ограниченном пункте коры, не остается только в нем, а распространяется все дальше и дальше, захватывает, наконец, полушария в целом и даже нижележащие отделы мозга.

Таким обр., нормальный сон может наступать: 1) как безусловный рефлекс защитного характера, осуществляющийся при накоплении гипнотоксина, для защиты от переутомления и разрушения нервных клеток мозговой ткани и 2) как условный рефлекс, являющийся ответом на длительно и однообразно действующие условные раздражители, как напр. температурные, кожно-механические, зрительные, слуховые. Подробнее об этом речь будет ниже.

Далее, к этим двум механизмам естественного сна присоединяется целый ряд наслоений условно-рефлекторного порядка. Все, что в прошлом несколько раз совпадало, сочеталось случайно с сонным состоянием, с засыпанием, делается условным раздражителем, т. е. сон впоследствии является, как условный рефлекс на данное раздражение, напр.: на руки матери — у ребенка, на колыбельную песню, на определенный час дня, на чтение книги, на определенное положение тела, на затемнение комнаты, на определенную мебель и пр.

С точки зрения этой теории легко объясняются многие непонятные доселе явления.

Напр., как можно усилием воли противодействовать сну? Ведь если принять химическую или сосудодвигательную теорию, то последняя возможность остается необъяснимой: не можем же мы, в самом деле, усилием воли ослабить или ликвидировать отравление мозга или изменить условия кровообращения в нем! С рефлексологической точки зрения, чтобы ограничить торможение и не дать ему перейти в сон, или развившийся сон превратить в чистое торможение, надо образовать в больших полушариях пункты раздражения, которые бы противодействовали распространению торможения. Следовательно, когда на нас «нападает» сонливость, мы, чтобы не заснуть, должны постараться «развлечься» чем-нибудь, т. е. дать мозговой коре новые, более сильные

раздражения, которые приостанавливают распространение процесса торможения и даже растормаживают уже заторможенные пункты (т. е. будят их).

Далее, какую бы из предыдущих теорий мы ни приняли, все же остается совершенно непонятным, напр., почему так много спят новорожденные дети, сон для которых — обычное состояние.

Теория торможения и на это дает ответ. На первых порах внеутробного развития, кора больших полушарий еще очень мало возбуждима, крайне слабо развита и почти не функционирует. Условные рефлексы, как показатель начинающейся функции коры полушарий, начинают образовываться лишь с 4-го месяца.

До этого времени ребенок представляет собою существо, деятельность которого определяется функцией низших частей нервной системы (продолговатый, средний мозг, вегетативная нервная система). Поэтому, состояние коры полушарий в это время можно рассматривать, как состояние естественного, разлитого торможения, которое и обуславливает почти постоянный сон.

Дальше по мере функционирования мозговой коры, образования ею условных связей, появляется все больше и больше пунктов раздражения в ней, которое вытесняет торможение, и тем самым сокращает время сна.

Таким образом, нам кажется необходимым принять именно эту последнюю, рефлексологическую теорию сна, как тщательно проверенную длинным рядом блестящих экспериментов школы Павлова и, с другой стороны, как наиболее отвечающую запросам научной мысли на сегодняшний день.

Глава II.

Механизмы сна и гипноза.

Теперь, уяснив нашу точку зрения на сон и подойдя с нею к вопросу о гипнозе, подробно и строго параллельно рассмотрим механизмы того и другого.

До недавнего сравнительно времени гипноз рассматривали, как состояние совершенно своеобразное, вполне отличное от обычного сна и имеющее лишь внешние черты сходства с ним. Сейчас, благодаря, главным образом, классическим работам акад. И. П. Павлова, можно считать установленным, что нормальный, естественный сон и гипноз есть состояния одного и того же порядка, которые различаются между собою отнюдь не качественно, а лишь количественно. Если естественный сон, как указывалось выше, есть внутреннее торможение, иррадиированное, распространившееся сплошь на всю массу полушарий и лежащие ниже отделы головного мозга, то гипноз представляется процессом аналогичным первому, но имеющим лишь меньшее распространение, ограниченным; является процессом чрезвычайно близким к обычному внутреннему торможению в бодрственном состоянии, — торможению, которое можно охарактеризовать, как раздробленный, частичный или парциальный сон отдельных групп клеток мозговой коры.

Что приводит к полному торможению в головной коре, т. е. ко сну? — Во первых, это может быть гипнотоксин (Legendre и Piergon), представляющий собою, повидимому, продукт распада, главным образом, белковой молекулы и накапливающийся в центральной нервной системе за период бодрствования. Нужно однако заметить, что механизм сна в результате уже наступившего отравления гипнотоксином был бы чрезвычайно нецелесообразен, ибо в этом предположении сон явился бы торможением в коре, явившимся, как следствие тяжкого повреждения, разрушения и, может быть, гибели ценнейших жизненных элементов — нервных клеток, отравленных гипнотоксином. Механизм сна несомненно должен быть более гибким, более подвижным и отвечать задачам скорее защитного рефлекса, чем последовательной реакции.

Поэтому, надо полагать, что уже первые изменения интенсивности химических процессов, имеющие результатом продукцию гипнотоксина, действуют, как условия, вызывающие торможение, постепенно иррадирующее, распространяющееся и захватывающее всю кору. В таком виде сон представляется простым, безусловным, врожденным, защитным рефлексом, охраняющим самые дорогие элементы организма — нервные клетки больших полушарий.

«Корковая клетка, как, так сказать, сторожевой пункт организма, владеет высшей реактивностью, а следовательно стремительно функциональную разрушаемостью, быструю утомляемостью. Наступающее тогда торможение, не будучи само утомлением (курсив наш) является в роли охранителя клетки, предупреждающего дальнейшее чрезмерное, опасное разрушение этой исключительной клетки. За время тормозного периода, оставаясь свободной от работы, клетка восстанавливает свой нормальный состав. Это касается всех клеток коры»... (Павлов).

Возможен ли подобный механизм для наступления гипнотического состояния?

Для наступления искусственно вызываемого гипноза, очевидно, нет, ибо искусственный гипноз определенными манипуляциями может быть вызван по прошествии кратчайшего времени в 1-2-5 минут и даже мгновенно, т. е. когда об образовании утомления и гипнотоксина не может быть и речи. Что касается спонтанно наступающего гипноза — это вполне допустимый механизм. В качестве примеров можно указать сон часового — парциальный сон, несомненно гипнотического порядка, в результате усталости, с частичным бодрствованием слухового анализатора, аппарата равновесия, до некоторой степени моторной сферы (переступание с ноги на ногу, перемещение центра тяжести для удержания равновесия); в еще большей мере сюда относится сон шагающего в строю на походе солдата. Нередко можно увидеть кучера, заснувшего в какой-нибудь совершенно невероятной позе на своих козлах и не теряющего равновесия даже при резких поворотах и толчках экипажа. Значит, во всех этих случаях мы имеем перед собою сон с частичным бодрствованием некоторых отделов коры; подобное же состояние, как увидим ниже, и определяет гипноз.

Далее, торможение, ведущее к естественному сну может быть вызвано хроническим или остро, быстро наступающим недостатком питающего кору материала, т. е. крови; иными словами — при анемии мозга, что особенно заметно при внезапных, значительных потерях крови, когда зевание, сонливость и сон являются одними из первых и серьезнейших признаков грядущей беды. И здесь, быть может, уместно рассматривать это наступающее и быстро распространяющееся состояние торможения, как защитный процесс, прекращающий расход энергии нервной клетки, ибо расход этот не может быть пополнен, благодаря недостатку питания. Здесь торможение и следующий за ним сон можно уподобить зимней спячке некоторых животных, впадающих в сон с максимальным торможением всех жизненных процессов на время недостатка в питании.

Этот механизм в современных теориях сна и гипноза мало принимается во внимание, но, по нашему мнению, не представляется невозможным. В самом деле, всем известно, что во время акта пищеварения весьма значительно расширяется кровяное русло брюшной полости, черепная же полость обедняет кровью, чем и объясняют, что де «на полный желудок думать неохота» («Satur venter non studet libenter»), т. е. благодаря относительному обескровливанию мозга, корковые процессы затрудняются, замедляются, тормозятся. Одновременно с этим известно, что пищеварение весьма располагает ко сну. Таким образом ясна связь: акт пищеварения — анемия мозга — торможение коры — сон.

С другой стороны мы знаем, как внезапное, необычайно сильное внешнее раздражение в виде ли объекта, внушающего ужас, резко поразившего известия, резкого болевого ощущения или какого-либо иного резкого раздражителя одного из анализаторов (ослепительная вспышка света, внезапный громкий звук) — может вызвать как бы «оцепенение» человека или животного, т. е. мгновенное торможение моторной сферы или частичный, парциальный сон — гипноз. Обыкновенно такое состояние внешне проявляется резким побледнением лица (отлив крови от головы), резким замедлением или даже остановкой сердечной деятельности (раздражение блуждающего нерва) и иногда усиленной перистальтикой кишек с последующим поносом («медвежья болезнь», прилив крови к брюшным органам, ваготония).

И вот, обращаясь к области гипнотизма, мы узнаем, что примерно 20 — 25% всех гипнотизируемых можно с успехом гипнотизировать именно таким образом: резким, внезапным окриком «спите»!, яркой вспышкой электрического света, ударом в гонг и т. п. Механизм наступления гипноза с свойственным последнему затормаживанием большей или меньшей части коры идет в данном случае по аналогии с вышеизложенным. Такую форму сна и гипноза наблюдал и И. П. Павлов, когда необычайная и очень сложная обстановка или стремительное обездвиживание животного с укладыванием его на спину оказывало необычайно сильное воздействие на животное и приводило его к состоянию оцепенения, частичного (каталепсия) и даже полного сна. «Очевидно, говорит акад. И. П. Павлов, сильный, необыкновенный раз-

дражитель произвел прямо торможение больших полушарий сперва частичное, только в районе двигательной области, а потом и полное с переходом на нижележащий отдел мозга...»

В то время, как вышеприведенные два механизма, особенно первый, являются совершенно обычными и наиболее часто встречающимися в процессе наступления естественного сна, — в области искусственной гипнотизации они представляются однако — первый невозможным, второй же — относительной редкостью. Впадение в гипнотическое состояние в громадном, подавляющем большинстве случаев (75—80%) идет другими путями хотя также всегда в строгой аналогии с естественным сном.

Как известно из работ школы Павлова всякое более или менее продолжительное, однообразное раздражение, действующее на определенный пункт больших полушарий, особенно если оно не сопровождается одновременными раздражениями других пунктов или не сменяется другими раздражениями, непременно рано или поздно ведет к торможению, состоянию недеятельности в коре, а затем к сонливости и сну.

Последний наступает, когда образовавшееся в одном пункте состояние недеятельности (местного сна) распространяется в силу закона иррадиации все дальше и дальше и, наконец, охватит всю кору полушарий или даже спустится и на ниже лежащие отделы головного мозга. Любое однообразное и настойчиво повторяющееся раздражение — температурное ли, кожно-механическое, световое, звуковое — ведет к засыпанию. Но также, повидимому, может действовать и полное отсутствие всяких раздражений, напр. полная тишина, темнота и т. п. Strümpell лечил одного молодого человека, страдавшего очень тяжелым нервным заболеванием; из всех органов чувств у него функционировали только один глаз и одно ухо, все же остальные органы чувств вследствие тяжелого нервного расстройства, были атрофированы; атрофирована была также и чувствительность кожи. И вот, если этому больному закрывали здоровый глаз и здоровое ухо, т. е. лишали его возможности получать какие бы то ни было раздражения из внешнего мира, — то он уже через несколько секунд погружался в сон.

Последний случай можно трактовать, как прямое торможение, сразу, одновременно возникающее во всей коре.

В обыденной жизни мы на каждом шагу встречаемся с фактами указанного механизма сна: укачивание ребенка, напевание колыбельной песни, стук колес поезда, журчание ручья, шум леса, угревание под теплым одеялом, натягивание одеяла на уши, счет до больших чисел про себя, чтение на ночь, затемнение комнаты и проч. — все это слуховые, зрительные, температурные, механические раздражители (или выключение их), ведущие выше указанными этапами ко сну.

Использование этого механизма сна мы и встречаем наиболее в области гипнотизма.

Обычные методы получения гипнотического состояния основаны, главным образом, именно на однообразных, длительных раздражениях того или иного характера. Фиксация зрения на блестящем предмете, пассы, поглаживание, монотонная и однообразно построенная речь гипнотизера — все это гипнотогенные факторы, издавна бессознательно

применявшиеся и имеющие конечною целью, как мы знаем теперь, раздражение, а затем истощение и торможение некоторых пунктов коры с последующей иррадиацией на всю кору.

Наконец, несколько слов еще о четвертом механизме сна и гипноза, который, правда, весьма близко примыкает к предыдущему и может рассматриваться, как его разновидность. Кроме искусственных, выбираемых нами, условных раздражителей для вызывания торможения и сна, мы можем воспользоваться любым раздражителем, действие которого случайно неоднократно совпадало, сочеталось с наступлением сна. Целый ряд «привычек» при засыпании является ничем иным, как такими естественно, самостоятельно и случайно выработавшимися условными раздражителями. Прочно привившись, благодаря повторным совпадениям, они сплошь и рядом ведут к наступлению сна, и при том часто совершенно независимо от времени действия, от наличия или отсутствия утомления, от желания спать и т. п. Выяснив путем подробного распроса подобные моменты и выбрав из них наиболее постоянный, действительный и в то же время удобный для применения, можно воспользоваться им с большим успехом и для получения гипноза. Выгода использования этих готовых, привычных для субъекта раздражителей та, что мы, беря их вместо произвольно нами выбранного и, быть может, нового для субъекта раздражителя, избегаем обычной и неизбежной «ориентировочной» реакции, т. е. привлечения внимания на самый раздражитель, что, само собою понятно, только мешает сну; потом, по мере повторения этот ориентировочный рефлекс, конечно, постепенно угасает, и сон вырабатывается. Но лучше, разумеется, если удастся сразу напасть на «индифферентный» для субъекта снотенный раздражитель—это ускоряет дело.

Время дня, состояние пищеварительного аппарата (послеобеденный сон), определенное положение тела (на боку, на спине), определенная обстановка, определенные звуковые, зрительные, температурные и механические раздражители, о которых упоминалось уже выше,—всем этим можно воспользоваться, как снотенными агентами, выбрав из них, как сказано, наиболее действительные, наиболее привычные. К таким раздражителям относятся и словесные внушения, содержание которых сводится к вызыванию привычных представлений и ощущений сна. Необходимо из анамнеза выявить именно и действительно те из них, которые особенно легко субъектом связываются со сном, и воспользоваться ими, строя на них свои словесные внушения.

Таковы, уложенные в четыре основных механизма, пути возникновения сна и гипноза.

Глава III.

Сон, гипноз и вегетативная нервная система.

Во всем изложенном до сих пор мы исходили из представления, что сон, гезр. гипноз есть чисто корковый процесс, лишь с большим или меньшим постоянством спускающийся с коры на нижележащие отделы.

Однако почти полное отсутствие расстройств сна при удалении полушарий (голуби Вауег'а, собака Holz'a) с одной стороны и наблюдения над некоторыми мозговыми заболеваниями—с другой стороны, заставляют глубже вникнуть в суть дела и задать вопрос: не может ли быть еще много механизма сна и гипноза, и не заинтересованы ли в них, в их возникновении кроме коры и другие части мозга и нервной системы?

Что касается вопроса о сонливости и сне при заболеваниях мозга, то мы в дальнейшем изложении совершенно не будем касаться тех из них, которые наблюдаются в результате повышения внутричерепного давления, как напр. при менингите, при опухолях мозга, ибо эта сонливость слишком несходна с физиологическим сном и, следовательно, к нашей теме отношения иметь не может.

Наоборот, сонливость и сон при заболеваниях мозгового придатка, как напр., при *dystrophia adiposo-genitalis*, гипофизарном инфантилизме, особенно же при заболеваниях энцефалитом настолько схожи с естественными, физиологическими сонными функциями организма, что сходство это заставило исследователей искать определенный центр сна, заболевание которого и ведет, будто бы, к расстройствам сна.

Большинство исследователей сходятся сейчас в локализовании «центра» сна в *Hypothalamus* и именно в *tuber cinereum* (Raymond, Cushing, Mauthner, Zuksch, Meggendorf, Bychowsky, Claude, Lhermitte, Гринштейн).

С другой стороны, серый бугор является местом, где сосредотчивается вся вегетативная иннервация: отсюда исходит регуляция температурная, вазомоторная, потоотделительная; белкового, жирового, углеводного, солевого обмена (Karplus и Kreidl). Сходство между энцефалитическим и нормальным гесп. гипнотическим сном, и в то же время участие в них вегетативной нервной системы резко бросается в глаза.

Прежде всего вспомним, что новорожденные спят почти все время, маленькие дети также весьма сонливы и много спят, и лишь с возрастом уменьшается число часов, идущих на сон. Старики спят мало. Нижеследующая табличка, взятая нами из книги Н. Пэрна «Сон и его значение», наглядно пояснит сказанное:

	Новорож.	1 мес.	2 года	6 лет	12 лет	18—25 л.	70 л.
Бодрство- вание	0 ч.	2 ч.	5 ч.	12 ч.	14 ч.	16—17 ч.	18 ч.
Сон	24 г.	22 г.	19 ч.	12 ч.	10 ч.	8—7 ч.	6 ч.

Справедливою кажется мысль, высказанная еще Bourdach'ом 100 лет тому назад (1826 г.), что сон есть исходное состояние жизни, а бодрствование—это уже нечто вторично-выработанное.

С рефлексологической точки зрения, основное врожденное состояние заторможенности коры новорожденного лишь постепенно, по мере приобретения условных связей начинает растормаживаться, в результате чего являются все большие периоды бодрствования; чем больше этих связей, тем сильнее преобладает бодрствование над сном. Известно, напр., что люди интеллектуально высоко развитые, деятельные спят мало (Э. М. Залкинд).

Между тем грудному возрасту и раннему детству свойственно состояние ваготонии, которое лишь постепенно с возрастом ослабляется, медленно отступая перед усиливающимся влиянием симпатической системы. По Dresel'ю «человек в течении своего развития от младенчества к старости переходит постепенно от повышенной возбудимости парасимпатической к повышенной возбудимости симпатической системы». Другими словами, в младенчестве и детстве повышенная потребность и продукция сна идут параллельно с ваготоническим состоянием организма, в зрелом же и особенно в пожилом возрасте резкое преобладание бодрствования стоит рядом с таковым же преобладанием *sympathicus'a*. Уже на основании этого немного можно предположить, что преобладание парасимпатической системы в организме обуславливает склонность ко сну, а отсюда,—что сон есть состояние ваготоническое.

По исследованиям Litwak'a над энцефалитиками, чем сильнее гиперсомния, тем резче выражен симптом Aschner'a (ваготония*). Также работы Frank'a, Laignel, Lawastine'a, Pruwest и др. выяснили существование синдрома ваготонии при летаргических формах энцефалита.

И действительно, наблюдение показывает, что во время сна (и перед самым наступлением сна) появляется ряд симптомов, свойственных ваготонии: усиление рефлекса Aschner'a; смыкание глазной щели, которая при симпатикотонических состояниях, напротив, широко зияет, как напр., при гневe, страхе, Базедовизме; сужение зрачков; склонность к потливости; расширение сосудов: сужение последних, напр. от холода, препятствует сну, расширение—при согревании, напр., напитками, теплой ванной, одеялами,—способствует и даже вызывает сон. Все гладкие мышцы и железистые клетки, в которых преобладает парасимпатическая иннервация, находятся во время сна в состоянии усиленной деятельности; те же, которые возбуждаются симпатической системой—в состоянии ослабления функций (*dilatator pupillae*, надпочечники, щитовидная железа и др.). Ночь, resp. сон, есть, таким образом, период парасимпатических функций (Dresel, Bauer). К последним еще относятся: понижение температуры тела в зависимости от уменьшения теплообразования (замедление расщепления жиров, углево-

*) Напомню, что симптом Aschner'a заключается в замедлении пульса при надавливании в течении 30 сек на глазные яблоки (при закрытых глазах). Считается, что замедление это вызывается раздражением *n. vagi* через *n. trigeminus*. Замедление свыше, чем на 10—12 ударов в 1' рассматривают, как признак ваготонии.

дов и белков и увеличения теплодачи, благодаря расширению сосудов кожи; падение кровяного давления; замедление пульса и дыхания; усиление кишечной перистальтики. Вообще пищеварительные функции во время сна происходят регулярнее и быстрее; в свою очередь и сон наступает особенно легко во время пищеварения (послеобеденный сон). Упомянем еще о приступах бронхиальной астмы, представляющей ваготонический синдром, возникающий особенно легко во время сна. С другой стороны, состояния симпатикотонии всегда препятствуют наступлению сна: гнев, волнение, Базедова болезнь. Кровотечение вызывает сонливость, и в то же время является состоянием ваготонии (Garrelon, Sante-noise, Николаев).

Далее известна так называемая транспортная ваготония, наступающая при путешествии по железной дороге, на пароходе, при катании на карусели, на качелях и т. п. И в этих же случаях особенно легко наступает сон (ср. «укачивание»).

Ваготония является периодом анаболизма, замедления обмена, накопления запасов,—и то же самое наблюдается во сне в противоположность симпатикотоническому катаболизму и бодрствованию.

Опытами Billigheimer'a доказывается, что при раздражении парасимпатической системы наблюдается в крови повышение ионов калия (K) и уменьшение ионов кальция (Ca), т. е. повышение *vagus's* и понижение *sympatricus's*. То же самое наблюдается и в состоянии сна. Во время бодрствования имеются обратные отношения.

Geaser, подвергая больных гипнозу и определяя у них содержание Са в крови, нашел, что количество последнего во время сна понижалось в среднем на 2,16 мг. 0/о, т. е., значит, и во время гипноза тонус *sympatricus's*, тесно связанный с количественным содержанием Са,—понижался, давая, таким образом, перевес парасимпатической системе. Вообще все сказанное здесь относительно сна и вегетативной нервной системы целиком применимо и к гипнозу, поскольку последний мы рассматриваем, как тождественный сну процесс.

Приведенных примеров достаточно, чтобы признать, что состояние сна, *г.ср.* гипноза, и ваготония постоянно идут рука об руку и чрезвычайно тесно связаны между собою.

Какое из этих состояний является первичным и какое наступает вторично?

По аналогии с энцефалитом, при котором поражение мозга локализуется в окружности вегетативных центров (в *tuber cinereum*), естественно принять, что в здоровом мозгу изменения, наступающие в силу тех или иных причин в этих же пунктах, вызывают уклон в сторону ваготонии, а эта последняя является способствующим сну фактором.

Механизм сна, имея, так. обр., отправным пунктом промежуточный мозг и вызывая прежде всего изменение вегетативных функций в сторону их торможения (ваготония—анаболизм), уже вторично сказывается в виде торможения и на коре больших полушарий.

Таким образом, наряду с рассмотренным вначале (и преобладающим) механизмом сна, возможен еще, повидному, другой, берущий начало в более глубоких и низших частях мозга.

Поскольку вегетативные центры, расположенные в *hypothalamus* являются филогенетически весьма древними; поскольку сон представляет собою также древнейшую, извечную функцию, существовавшую в животном мире еще до развития полушарий и сохраняющуюся после их удаления; так как, далее, болезненные изменения в области вегетативных центров могут вызывать патологическую сонливость (энцефалит), — то в них можно усматривать первоначальный центр сна, воздействие на который через вегетативную нервную систему и влечет за собою наступление сна (*геспр. гипноза*).

Корковый механизм сна во всех его разновидностях можно назвать *нисходящим*, вегетативный же — *восходящим*.

В связи с изложенным понятно, что субъекты с парасимпатическим (ваготоническим) предрасположением с одной стороны обнаруживают во время сна все соответствующие явления в особенно высокой степени, а с другой — оказываются особеко предрасположенными ко сну, легко засыпающими и хорошо спящими.

В применении последнего положения к гипнозу, что мы вправе сделать, установив полную аналогию этих двух состояний — гипноза и сна, — мы усматриваем большие, интересные и практически-ценные возможности.

Прежде всего, что касается восприимчивости к гипнозу, то как следует из предыдущего, лица ваготонической конституции должны поддаваться ему лучше других.

И действительно, на основании наших исследований (правда, пока немногочисленных) симптома *Aschner's* перед гипнотизацией выясняется, что при резко-положительном и положительном «*Aschner's*» (12—20 ударов замедления пульса в 1 мин.) гипноз наступал легко и быстро; при отрицательном же, а тем более при инвертированном — трудно, или вовсе не удавался (симпатикотонические конституции).

Дети, как известно, весьма восприимчивы к гипнозу: «*Aschner*» у них в громадном большинстве случаев положителен. Старики же (выраженные симпатикотоники) в большинстве гипнозу не поддаются. В согласии с этим сила рефлекса *Aschner's* — «обратно пропорциональна возрасту» (А. Л. Эпштейн).

Субъекты легко потеющие (с постоянно влажными руками), нечастым пульсом (60—70), при разговоре часто проглатывающие слюну, с неширокой глазной щелью, узкими зрачками, резким красным дермографизмом и, наконец, ясно-положительным рефлексом *Aschner's* (ваготонические признаки) — легко поддаются гипнозу.

Далее, поскольку ваготония вообще есть состояние физической восприимчивости организма в противоположность симпатикотонии, как состоянию устойчивости, сопротивляемости (Эпштейн, Николаев), то допустимо подобную же восприимчивость предположить и в психической сфере и, в частности, по отношению к внушению. «Ваготоник, говорит *Guillaume*, — это человек, который легко подчиняется»...

Итак, выяснение ваготонической конституции субъекта сразу резко повышает шансы на успех гипнотизации.

Глава IV.

Методика гипнотизации и ее ошибки.

Раньше, чем приступить к гипнотизированию необходимо тщательно ознакомиться с субъектом, подлежащим гипнотизации. Нужно выяснить его характер, качество и количество его психических реакций, ознакомиться с его церебро-спинальной и вегетативной нервной системой, расспросить о его привычках, имеющих отношение к нормальному, обычному сну и уяснить себе с качественной и количественной стороны механизм последнего.

Далее, совершенно необходимо субъекта расположить к себе, вызвать у него доверчивое и благожелательное отношение и внушить уважение к себе. Для этого, между прочим, помня, что перед нами, по большей части, нервный больной, необходимо и к нему проявить максимум внимания, благожелательности и сочувствия, ибо такой больной особенно чутко воспринимает отношение врача. Следует дать возможность субъекту вполне, до конца высказаться, не перебивая, не останавливая и не сокращая его излияний. Это ценно вдвойне, ибо дает много для знакомства с субъектом, а последнему демонстрирует внимательность и интерес к его заболеванию со стороны врача.

Наконец, нужно в понятной и доступной форме разъяснить пациенту, что такое гипноз, какие явления и ощущения его ожидают, указать на их обычность, безвредность и отсутствие во всем предстоящем чего бы то ни было необыкновенного, страшного, сверхъестественного и неприятного. Так. обр., в значительной мере заранее ослабляется неизбежная «ориентировочная» реакция больного, вообще весьма мешающая гипнотизации.

Когда таким образом установлено некоторое знакомство, налажен некоторый контакт с больным, несомненно являющийся основой будущего гипнотического контакта или «раппорта», можно приступить к выполнению предварительных приемов гипнотизации.

Уже из анамнеза и быстрого исследования нервной системы можно обычно составить себе достаточно определенное представление, насколько легко или трудно у данного лица осуществляются и будут под влиянием наших приемов осуществляться процессы торможения в головной коре, т. е. иными словами, насколько данный субъект будет «восприимчив» к гипнозу, насколько будет ему «поддаваться».

Но кроме этого, для предварительного выяснения того же вопроса можно предложить некоторые специальные приемы, которыми, между прочим, я всегда пользуюсь и результаты которых не без пользы для дела всегда принимаю во внимание.

Первый прием представляет собою модификацию старинного способа Mountain'a, применявшегося для той же цели, и заключается в следующем: врач ставит субъекта перед собою, спиной к себе, предлагает ему опустить свободно руки, сдвинуть ноги, расслабить по возможности всю мускулатуру, закрыть глаза, привести себя, насколько возможно, в состояние полной пассивности и стараться думать только о

сне, т. е. ясно представлять себе, вспоминать все ощущения, обычно наступающие при нормальном засыпании.

Выждав 1—2 мин. кладем одну руку (обязательно теплую!) на область затылочного бугра, а два—три пальца другой руки—на лоб и достаточно резким движением откидываем голову больного насколько возможно назад. Далее, со словами „тепер Вас будет тянуть назад, ко мне“, отводим руку с затылка назад и вниз и в то же время слегка надавливаем пальцами другой руки на лоб.

В положительных случаях голова субъекта еще больше запрокидывается назад, затем за рукою тянется назад вся верхняя половина туловища и, наконец, субъект, теряя равновесие, готов упасть навзничь. Громко, неожиданно и повелительно произнесенное в этот момент слово «спите» решает дело,—субъект падает спящим в придвинутое кресло или на кушетку, непосредственно возле которой и нужно производить эту пробу. В 20—25% всех случаев она заканчивается наступлением гипноза. Последнее, как видим, бывает в меньшинстве случаев, но уже первые положительные данные—запрокидывание головы, отклонение тела назад—указывают на достаточную склонность ко сну, г. е. р. к гипнозу. Как объяснить подобные явления?—Повидимому, у субъектов у которых вообще легко осуществляется торможение в мозговой коре, уже самое приготовление к опыту создает определенную тормозную установку: некоторое обездвиживание, расслабление мускулатуры, исключение зрительных раздражений, соответствующего содержания словесное внушение—вызывают некоторую заторможенность моторной сферы, благодаря чему при самом легком надавливании на лоб и отведении руки, поддерживающей затылок легко является пассивное отклонение головы и туловища назад. Когда уже осуществилась эта большая или меньшая заторможенность, в силу иррадиации распространяющаяся на соседние участки коры, достаточно слова «спите», отвечающего своим содержанием создавшейся тормозной установке, чтобы торможение сразу быстро разлилось на всю (или почти всю) кору,—и наступает гипноз.

Возможно и другое объяснение, не исключающее впрочем первого, а скорее его дополняющее. Мы видим ту тесную связь, какая существует между вегетативной нервной системой, а именно ее ваготонической установкой, и сном, г. е. р. гипнозом. И вот, когда мы резко откидываем голову пациента назад, создаются, быть может, условия, вызывающие, как в опыте Егбен'а, *) раздражение блуждающих нервов, а через это внезапно создается уклон в сторону преобладания парасимпатической системы, что, как мы знаем, способствует сну.

Как бы то ни было, советуем пользоваться приведенной видоизмененной пробой Mountain'a.

Другой прием для суждения о восприимчивости субъекта к гипнозу таков: пациенту предлагают закрыть глаза и ладонью согнутой в локте руки упираться на подставленную руку (кисть, кулак) врача. По

*) Вегетативный рефлекс Егбен'а заключается в том, что при откидывании головы назад получается, вследствие раздражения блуждающих нервов, замедление пульса.

прошествии нескольких секунд последний внезапно, резко устраняет свою руку. Рука пациента, лишившись опоры, либо резко и произвольно падает вниз, либо, начав падать, сейчас же удерживается напряжением мышц на весу. В первом случае опыт считается положительным и указывающим на склонность к гипнозу. Очевидно, рука врача, представляющая препятствие для активного движения руки пациента и облегчающая пассивное состояние мышц последней или, иначе говоря, служащая тормазом для последней является причиной временной заторможенности и в соответствующем пункте мозговой коры. Внезапное устранение руки врача должно действовать, как растормаживающий механический раздражитель. Если склонность к торможению и само торможение было несильно, то в результате действия этого раздражителя бывший заторможенным пункт моторной части мозговой коры растормаживается и диктует соответствующее активное действие: сокращение мышц, удерживающих в воздухе падающую руку. Если заторможенность и склонность к ней была велика — это раздражение оказывается недостаточным для растормаживания, соответствующий двигательный акт, рефлекс не является, — и рука пассивно падает. Поэтому то последний факт, как результат легко наступающего, легко фиксирующегося и, наоборот, с трудом исчезающего торможения в коре и указывает вообще на повышенную возможность тормозных процессов в ней, а следовательно и сна, и гипноза.

Если первый из этих приемов, хотя и дав положительный результат, не вызвал еще наступления гипноза, — приступаем к обычной гипнотизации согласно 3-ьему или 4-му механизмам сна.

„Гипнотизировать — это значит приучать засыпать“. (К. И. Платонов).

Как всякое приучение, всякая привычка есть ничто иное, как образование более или менее прочных условных связей, условных рефлексов на определенные раздражители, так и сон, г. е. с. р. гипноз, по мере приучения к нему, является в ответ на действие привычного раздражителя, уже ранее вызывавшего сон, или совпадавшего, сочетавшегося с наступлением сна. „Гипнотизировать может и гипнотизирует все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием“. (Павлов).

В то же время, эти условные раздражители, когда они при соответствующих условиях обуславливают сон, а также индифферентные раздражители вызывают сон все быстрее и быстрее, чем чаще повторяется их действие. Значит, в сущности говоря, вопрос о «гипнотизировании» сводится во 1) к нахождению наилучше и наискорейше действующего условного или индифферентного раздражителя и во 2) к правильному применению этого раздражителя на первых сеансах гипнотизации.

Далее на него вырабатывается условный рефлекс в виде гипнотического состояния, и на последующих сеансах гипноз наступает без всякого нарочитого усилия или желания с нашей стороны, лишь под влиянием действия одного раздражителя или даже одной окружающей обстановки, также приобретающей значение условного раздражителя.

Что касается выбора раздражителя, то основной общий факт, сюда относящийся, заключается в том, что всякое длительное и однообразное раздражение, действующее на какой либо пункт больших полушарий приводит рано или поздно к сонливости и сну. Следовательно, и световые, и звуковые, и температурные, и механические раздражения могут вызвать сон, геср., гипноз.

При обычной, большинством врачей применяемой технике гипнотизации все эти раздражения комбинируются друг с другом, благодаря одновременному применению нескольких раздражителей.

Общепотребительная схема гипнотизации на сегодняшний день такова: в несколько затемненной и по возможности изолированной от шума комнате субъект укладывается на кушетку или усаживается в кресло, иногда просто на стул; гипнотизер становится или садится перед пациентом и предлагает ему пристально, не сводя глаз и не моргая, смотреть на какой-либо небольшой блестящий предмет, напр., металлический шарик, стеклянную палочку, перкуссионный молоточек или же просто в глаз врачу. Одновременно с этим монотонным голосом и в однообразно построенных выражениях врач излагает словесные внушения, содержание которых рисует пациенту обычные для него ощущения, представления и воспоминания, связанные в силу прежнего опыта со сном (напр.: ваши веки тяжелеют, все тело успокаивается, вам хорошо, приятно, во всем теле истома, чувство полного покоя, дыхание ровное, спокойное, глубокое, руки, ноги тяжелеют, веки слипаются, все труднее их удерживать поднятыми, они закрываются; исчезают посторонние мысли, вам ничто не мешает, вы совсем сонный, вы засыпаете и т. п. — все эти фразы много раз повторяются вполголоса, однообразным тоном). К этому присоединяют еще нередко поглаживание руками головы, плеч, кистей рук пациента или проделывание над его телом на некотором от него расстоянии (10—15 см.) пассов. Наконец, иногда пользуются еще какими-либо однообразными звуковыми раздражителями, напр., тиканьем метронома, часов, падением капель воды в таз и т. п.

Таким образом, здесь мы видим целый ассортимент однообразных раздражений, долженствующих вызвать истощение подлежащих пунктов коры, в результате чего наступает состояние недеятельности, торможения и сна, которое постепенно по закону иррадиации распространяется на все большие отделы коры и на нижележащие части головного мозга: зрительные раздражения (изменение освещения, блестящий предмет), кожно-механические и температурные (пассы, поглаживание теплыми руками) и звуковые.

Однако нужно отметить, что применение многих пунктов раздражения без многократного повторения раздражения в одном и том же пункте во время одного экспериментального сеанса ведет к исчезновению сна, к ограничению торможения, к заключению его в определенные границы (И. П. Павлов). Повидимому, раздражение определенного пункта ограничивает распространение тормозного процесса из соседних пунктов, концентрируя его, чем и исключается сон. Поэтому, можно думать, что настойчивое применение лишь одного из этих раз-

дражителей дало бы гораздо лучший эффект, чем одновременное пользование несколькими.

Какой же раздражитель предпочесть?

Громадное большинство гипнотизеров наиболее часто, охотно и широко пользуются звуковыми раздражителями и, гл. обр., в виде монотонных, однообразно излагаемых словесных внушений. Между тем, многочисленные эксперименты школы Павлова убеждают нас, что тормозные процессы особенно быстро и с особенной постоянностью наступают при кожно-температурных, далее при кожно-механических и большей части зрительных. Всего позже торможение дает себя знать при звуковых раздражителях и особенно не сплошных, а более или менее прерывистых, каковым, между прочим, и является словесный раздражитель.

На этом основании нельзя не признать преимуществ за старинным, еще «месмеровских» времен, гипнозогенным средством — пассами, которые, будучи проводимы вдоль тела на некотором от него расстоянии, действуют, как легкое температурное раздражение, а при прикосновении к телу, — как кожно-механическое; сюда же следует отнести методическое поглаживание какой-либо отдельной части тела, напр., плеча, головы и т. п.

Я рекомендую испробовать гипнотизацию пассами, проводимыми вдоль тела однако не руками, а синей электрической лампой, дающей значительное, равномерное, приятное температурное раздражение. Начинать эти «свето-пассы» следует после того, как субъект подробно опрошен, и ему в доступной форме и в то же время в форме внушений изложено все, что должно с ним произойти и что его ожидает при гипнотизации.

Кроме того, сделав эти предварительные разъяснения в форме внушений и уложив субъекта на кушетку следует пропустить 5 — 10 минут до начала гипнотизации, не отвлекая ничем субъекта и не растормаживая, так. обр., начинающегося торможения.

Кроме прямого сногенного влияния этих, как их можно назвать «свето-тепловых пассов», здесь, возможно, имеется еще общее воздействие синего света на нервную систему организма и ее деятельность. В своей работе «О хромотерапии при душевных болезнях и о влиянии цветных лучей на скорость психических процессов» А. Ф. Акопенко приводит сообщения итальянского врача Ронза и английского психиатра Dawies'a о лечении светом душевно-больных. По этим сообщениям самые буйные маниаки якобы выздоравливали от пребывания в течении нескольких часов в комнате с синими обоями и такими же стеклами в окнах. Сам Акопенко выяснил, что синие и фиолетовые лучи спектра производили тормозящее и успокаивающее действие на скорость психических процессов и на настроение. Так. обр., синий свет может способствовать развитию нужных нам в данный момент тормозных процессов.

Далее, нужно помнить, что условный раздражитель, действие которого повторяется многократно, но через большие промежутки времени теряет в своем эффекте очень мало; при малых же промежутках эффект стремительно ослабляется, а затем сводится к нулю.

Поэтому, частые гипнотические сеансы, напр., каждодневные, нередко весьма скоро ведут к значительному ослаблению гипнотического эффекта, и субъект, в начале хорошо или удовлетворительно засыпавший, вдруг перестает «поддаваться» гипнозу, и последний не только не углубляется с течением времени, но, наоборот, ослабляется и даже вовсе исчезает, повергая в удивление гипнотизера. Однако, в физиологическом освещении механизма гипноза подобная неожиданность имеет, как видим, определенную и законную причину.

Наконец, при умеренном повторении, агент, производящий внутреннее торможение, действует все вернее и скорее; также точно и сон, и гипноз, вызываемый каким-либо раздражителем все стремительнее и легче наступает при повторных применениях его в одной и той же, соответствующей обстановке, и бывает, что субъект, вначале, как казалось, совершенно не расположенный ко сну, делается через ряд сеансов все более и более сонливым и, наконец, засыпает. Имея это в виду и твердо памятуя, что гипноз, как видно из изложенного во II главе, чаще всего имеет механизм постепенно вырабатываемого условно-рефлекторного торможения, — нисколько не следует смущаться неудачей при попытке загипнотизировать с первого — второго сеанса: лабораторная практика выработки условных рефлексов учит, что нередко требуются многие десятки повторений эксперимента, пока рефлекс привьется и зафиксируется. Здесь громадную роль, несомненно, играют индивидуальные различия и особенности. Но во всяком случае, когда от гипноза ожидалось значительные терапевтические результаты, совсем или почти недостижимые другим путем, мы не имеем никакого права, как совершенно справедливо говорит Loewenfeld, складывать оружие после нескольких неудачных попыток. Понятно теперь, почему попытки публичного гипнотизирования в громадном большинстве случаев оказываются неудачными, и успех их ограничивается 20-25% тех случаев, где наступление гипноза идет по второму типу (мгновенное наступление гипноза, сосудо-двигательный тип торможения, «давний гипноз» животных), ибо нельзя ожидать выработки условного рефлекса с одного экспериментального сеанса.

Говоря выше о четвертом, чисто условно-рефлекторном механизме сна, г. е. р. гипноза, мы указывали, что для выбора раздражителя, действующего, как снотенный агент, можно воспользоваться учетом обычных для данного субъекта снотенных его привычек, т. е., другими словами, — раздражителей, самостоятельно и случайно путем многократного сочетания со сном, сделавшихся снотенными факторами: время дня, состояние пищеварительного аппарата (сон после обеда), определенная поза (на боку, на спине, в кресле), определенная обстановка (спущенные шторы, тишина, укрывание одеялом, пиджаком), монотонное чтение вслух и т. п.

Игнорирование этих моментов очень часто ведет к ослаблению, затягиванию эффекта или к полному неуспеху. Положив субъекта, спящего исключительно на боку, на спину или посадив «умеющего» спать только лежа — в кресло; не приняв во внимание привычки спать в большом тепле и предоставив в качестве ложа холодную кожаную кушетку,

пытаясь утомляюще воздействовать фиксированием взора на зрительный анализатор, напр., часового мастера, привыкшего без усталости напрягать зрение; пытаюсь заставить спать субъекта в тесной обуви; применяя звуковое словесное раздражение к лицу, привыкшему засыпать лишь при полной тишине и т. д., и т. п., — мы впадаем, — и это сплошь рядом, — в грубую ошибку и сами затрудняем свою задачу.

Далее, следует принять во внимание, напр., такие подробности, выяснившиеся из опытов д-ра Л. Н. Воскресенского, о чем вскользь уже упоминалось: обычно, как только ставили собаку в станок, сейчас же начинался и опыт, при чем собака подвергалась действию специальных условных раздражителей. При таких условиях сонное состояние не наступало. Если же собака долгое время оставалась в комнате, в станке, в ожидании, когда начнется опыт, — эта длительно действующая однообразная обстановка сама по себе вызывала сонное состояние. «Стопт пропустить, — говорит акад. И. П. Павлов, — между концом приготовлений и началом самого опыта минуточку, — и вы уже имеете первую степень сна. Пропускаете 10 мин., — вы имеете следующую степень сна и т. д... Таким образом можно прямо-таки дозировать сонливое влияние этой обстановки»...

Этим обстоятельством настоятельно рекомендуется воспользоваться при гипнотизации: выяснив из беседы с больным все, что нужно, приняв во внимание все его «сонные» привычки, уложите его на кушетку, устраните все случайные внешние раздражители, могущие влиять ограничивающе на последующее торможение или прямо растормаживающе, — и оставьте субъекта на 5—10 минут в ожидании эксперимента. Приступив затем к последнему, по большей части найдете субъекта уже подготовленным, сонным, что весьма повысит шансы конечного успеха опыта.

Наконец, для успеха гипнотизации совершенно необходимо, чтобы, в строгом соответствии с тем, что говорилось выше о факторах и приемах, облегчающих осуществление сна через корковый механизм, были использованы и осуществлены по возможности и все вегетативно-нервные факторы, способствующие сну. Для гипнотизации необходимо выбирать время, когда имеются налицо явления ваготонического порядка, как напр., послеобеденное состояние, физическое или умственное утомление; нужно избегать сильного мозгового возбуждения и, наоборот, стараться использовать периоды угнетения, апатии, до гипнотизации, по возможности, устранить явления страха, волнения, как симпатикотонические; гипнотизировать в тепле: тепло укрывать субъекта, не класть на холодную мебель, применять поглаживание обязательно теплыми руками или другие тепловые раздражители. Не представляется невозможным, что употребление ваготропных лекарственных веществ в состоянии способствовать легкости наступления сна, *гесп гипноза* (*Pilocarpinum*, *eserinum*, *physostigminum*, соли калия и пр.); необходимо, разумеется, проверка этого предположения.

Что касается дегипнотизации, т. е. пробуждения субъекта, входящегося в гипнозе, то оно осуществляется также по типу обычного пробуждения от нормального сна. В последнем случае нас пробу-

ждает чаще всего какое-либо внешнее раздражение: стук в дверь, окрик, прикосновение, сползание одеяла, т. е. охлаждение, неудобная поза, свет упавший в глаза и т. п.

В гипнозе таким раздражением, поскольку все иные нами же при гипнотизации тщательно устраняются, является словесное внушение, т. е. словесный раздражитель соответствующего содержания, вызывающий более или менее быстрое растормаживание заторможенных отделов коры.

Как после обычного, особенно глубокого сна резкое, внезапное пробуждение крайне неприятно, точно также и пробуждение загипнотизированного, если оно совершилось вдруг, неожиданно, — может оставить на некоторое время неприятные ощущения: головную боль, сонливость, тошноту, общую разбитость, спутанность мысли, некоординированность движений (ср. общеизвестные выражения сюда относящиеся: «вскочил, как встрепанный, как ошпаренный»). Поэтому лучше всего пробуждать загипнотизированного посредством специально для этой цели даваемого внушения, обеспечивающего постепенное, равномерное растормаживание головной коры пациента, т. е. — постепенное его пробуждение. Употребительна, напр., такая форма: «скоро вы проснетесь: я буду считать до 10-ти и, когда скажу «десять», вы легко проснетесь, откроете глаза и будете себя хорошо, свежо, бодро чувствовать» и т. д. Последнее внушение в той или иной форме обеспечивает действительно хорошее, бодрое самочувствие после пробуждения, и о нем никогда не следует забывать.

Нередко приходится слышать и читать о случаях, в которых пробуждение загипнотизированных наталкивается на различные трудности и даже вовсе не удается. Подобные случаи могут иметь двойное объяснение: либо мы имеем дело с паталогическим гипнозом, напр., с некоторыми формами истерического сомнамбулизма, встречающимися иногда подобно паталогическим же формам естественного сна (летаргия), либо здесь произошла, чаще всего благодаря неопытности гипнотизера, утрата так называемого «раппорта», контакта, в норме сохраняющегося на все время гипноза между гипнотизером и спящим; другими словами, повидимому, торможение, имеющее в гипнозе, как мы помним, по большей части парциальный характер, — в данном случае заливаает всю кору, не исключая и того «сторожевого пункта» ее, который обычно бодрствует, благодаря непрерывным раздражениям, исходящим от гипнотизера. Т. е., очевидно, гипноз переходит в весьма глубокий, обыкновенный сон. Из этого следует, что в подобных случаях нет ни малейшего повода для паники, нередко при этом возникающей; если внушение пробуждения не реализуется, не действуют также обычные способы разбуживания, как легкое расталкивание, громкое окливание по имени и т. п., то следует такого субъекта предоставить себе самому, и через больший или меньший промежуток времени он проснется сам, хорошо выспавшись.

Что касается частоты подобных случаев, то в практике врачей опытных в гипнотизации они, повидимому, крайне редки. Мне лично они не встречались. О том же свидетельствуют Wetterstrand, Löwenfeld и др.

В заключение настоящей главы предлагаем нижеследующую схему гипнотического сеанса:

I. а) Опрос субъекта с учетом всех данных относительно его обычного сна.

б) Исследование общего состояния его здоровья.

с) Исследование нервной системы, включая вегетативную.

д) Рас'яснение в форме бодрственного внушения явлений и ощущений, ожидающих субъекта.

II. а. Проба Mountain'а в нашем видоизменении.

б) Укладывание субъекта в привычной позе на теплую (не кожаную) кушетку, укрывание его в случае надобности, освобождение от стесняющей одежды, затемнение комнаты.

с) Выжидание 5 — 10 минут при выключении всяких раздражений.

III. Гипнотизирование, лучше всего тепловыми агентами («свето-тепловые пассы») с подсказыванием и констатированием от времени до времени тихим голосом наступающего состояния.

IV. Лечебные внушения.

V. Дегипнотизация.

Глава V.

Некоторые явления гипноза в свете физиологии.

Имея в виду в настоящей главе дать об'яснение в свете «настоящей физиологии головного мозга» ряду гипнотических явлений, долго остававшихся необ'яснимыми, мы предлагаем читателю усвоить вполне нами разделяемое мнение Verwohn'а, выраженное им в словах: «гипноз не содержит в себе ничего иного, чем то, что происходит в нормальном бодрственном состоянии» и в нормальном сне — прибавим мы.

Прежде всего, несколько слов о так называемых степенях гипноза.

Прежние авторы, деля гипнотическое состояние на различные стадии или степени, исходя при этом из различных точек зрения, насчитывали весьма различное число степеней гипноза: Bernheim насчитывает 9 степеней, Liebauit—6, Fontaine, Forel—3, Delbeuf, Dessoire и Hirschlauff ограничивались двумя, при чем Delbeuf признавал две стадии в зависимости от наличия или отсутствия анальгезии, Dessoire же считал, что при первой степени воздействие на загипнотизированного сказывается лишь в области его произвольных движений, при второй же — также в области органов чувств.

До самого последнего времени чаще всего пользуются подразделением Forel'я на 3 степени, характеризуемые автором так:

1. Сонливость. Находящийся под слабым влиянием может еще усилить воли открыть глаза и оказать сопротивление внушению.

2. Легкий сон, гипотаксия или состояние очарования. Находящийся под влиянием не может открыть уже глаз и должен повиноваться всем или некоторым внушениям, за исключением амнезии.

3. Глубокий сон или сомнамбулизм. Эта степень гипноза характеризуется амнезией по пробуждении и постгипнотическими явлениями.

Если обратиться к самим гипнотизируемым и попросить их описать нам то состояние, в котором они находились, то ответ будет различен:

1. Одни скажут, что им хотелось спать, что они чувствовали какую-то тяжесть во всех членах и, пожалуй, не могли бы открыть глаза;

2. Другие назовут свое состояние легким сном, полусном, оцепенением или своего рода очарованием, в котором они ясно слышали и понимали все, что происходило вокруг, и прекрасно все помнят;

3. Третьи заявят, что они крепко спали. Большинство последней группы совсем не помнит или помнит очень смутно обо всем, что было по их усыплению (амнезия).

Не нужно особенно вдумываться в особенности всех этих «степеней» гипноза и в описание субъектами их субъективного состояния во время гипноза, чтобы получить исчерпывающее объяснение всему этому с нашей, физиологической точки зрения.

В самом деле, к п. п. 1. Весьма слабое, начинающееся торможение, еще не irradiровавшее в достаточной мере из области первоначально-продуцирующего его анализатора, почему имеется возможность произвольных процессов в моторной сфере (открытие глаз), а также нормальных сочетательных процессов («ассоциативной деятельности») и, следовательно, — сопротивления внушениям, идущим, напр., в разрез с свойственными субъекту условными связями (привычками, характером, опытом), которые, благодаря слабому распространению торможения, еще не заторможены. К п. п. 2. Невозможность открыть глаза — торможение моторной сферы, также, как общая оцепенелость; ясное восприятие всего окружающего — функционирование незаторможенного еще слухового анализатора; отсутствие амнезии, ясность воспоминания — ограниченность торможения, не irradiровавшего еще на большие пространства, благодаря чему в незаторможенных частях коры действующие раздражения оставляют следы, и осуществляются сочетательные процессы. Другими словами, в данном случае имеется органическое торможение моторной сферы: отсюда недеятельность произвольной мускулатуры.

К п. п. 3. Полное (кроме «сторожевого пункта», осуществляющего «раппорт» *) торможение мозговой коры и, иногда, нижележащих отделов мозга, глубокий сон со всеми его особенностями. Амнезия — отсутствие сочетательных процессов в заторможенной на всем протяжении коре, вследствие чего до крайности затруднено, хотя при наводящих вопросах все же возможно, восстановление проведенных во время гипноза в коре следов.

Таким образом ясно, что степени гипноза есть ничто иное, как различной силы и распространения торможение коры головного мозга. Поэтому, при желании характеризовать глубину гипнотического состоя-

*) О «раппорте» подробно речь будет ниже.

пия, мы должны говорить о слабом, среднем и сильном, повимая под этими терминами, главным образом, величину области распространения заторможенности. Следовательно, различия эти имеют значение не качественных, по количественных признаков. Вообще же, по нашему мнению, «степени» гипноза не имеют особенного практического значения и представляют скорее лишь теоретический да исторический интерес.

Теперь относительно главного, наиболее постоянного и существенного признака или явления, чрезвычайно характерного для гипноза, которое своею постоянностью отличает гипноз от естественного сна и, таким образом, представляет действительную особенность первого. Это так называемый раппорт.

Что такое раппорт с биологической точки зрения?

«Сторожевое животное бдительно охраняет стадо во время сна. В случае приближения опасности оно дает сигнал, издает особый звук, и этого достаточно, чтобы все стадо было на ногах, готовое к бегству, защите и пр., в зависимости от характера сигнала. Между тем, другие звуки, шорохи, хотя бы громкие, наполняющие лес, не тревожат сна охраняемого сторожевым животным стада. Переходя на терминологию, установившуюся в учении о гипнозе, вполне можно сказать, что стадо находится в раппорте со сторожевым животным. Все восприятия во время сна понижаются до полного угасания. Следовательно, уничтожается возможность каких бы то ни было сличений, сопоставлений, ориентировки в окружающем, понимания окружающего. Если бы во время сна у животных, окруженных всяческими опасностями и врагами, не оставалось некоторой непрерывающейся связи с внешним миром — они были бы обречены на гибель. И вот эта связь осуществляется при помощи частично бодрствующего во время сна органа слуха, способного только к восприятию сигналов, исходящих из строго определенного источника — бодрствующего сторожевого животного» (В. Н. Сперанский).

Экспериментальный сон собак в опытах д-ра Б. Н. Бирмана, как бы глубокий он ни был, неизменно прерывался, животное пробуждалось при действии одного определенного тона, сочетавшегося ранее всегда с подкармливанием, т. е., значит, при действии активного тона; на другие тона, свисток, бульканье воды, сильный стук в дверь и т. п. (инактивные раздражители) — собака не реагировала, и сон продолжался. Очевидно, что в заторможенной коре спящей собаки один пункт сохранил свою возбудимость, остался бодрствующим, сторожевым пунктом, т. е. осуществлял собою раппорт, контакт, связь животного с внешним миром через определенный и единственно в данном случае действующий раздражитель — определенный тон.

Истомленная мать, заснувшая у постели своего больного ребенка, моментально просыпается при самом легком стоне или движении ребенка и не слышит в то же время других гораздо более сильных шумов и звуков: у нее тоже имеет место частичный сон, т. е. торможение всей коры за исключением одного «сторожевого пункта» в слуховом анализаторе, через который осуществляется ее контакт, ее раппорт с внешним миром в лице ее ребенка.

Нередко и в бодрственном состоянии можно наблюдать нечто подобное этому частичному сну. Поглощенные, напр., каким либо чудесным, захватывающим зрелищем, чтением чрезвычайно интересной книги, мы нередко не слышим, не видим и не чувствуем ничего из окружающей нас обстановки и способны реагировать лишь на то, что непосредственно исходит от предмета, всецело завладевшего нашим вниманием. Значит, и здесь вся почти кора заторможена, и лишь частично бодрствуют те пункты ее, которые непосредственно принимают участие в функционировании воспринимающих в данный момент анализаторов (в данном случае — зрения).

Другими словами, здесь имеется раппорт, контакт с внешним миром лишь через определенные пункты коры, а именно — входящие в состав зрительного анализатора; остальные — заторможенные, спят.

Из этих примеров явствует, что и раппорт, в сущности, не представляет собою явления, свойственного исключительно гипнозу и специфичного для последнего, и если при гипнозе он наблюдается с особенным постоянством, то это потому, что гипнотизирование с самого первого момента как бы создает установку гипнотизируемого на гипнотизирующем лице.

В то время, как однообразные раздражения, исходящие от гипнотизера и вступающие через определенный пункт коры, влекут за собой в конце концов торможение и сон последней, самый пункт, проводящий раздражения, все еще остается активным, возбудимым; он как бы тренируется, «иммунизируется» против торможения и приобретает иммунитет ко сну.

В то время, как волны торможения заливают всю кору головного мозга, этот пункт остается подобно маяку над ними (Бирман).

Я полагаю, что образование раппорта может быть объяснено с точки зрения рефлексологии в смысле образования в коре доминанты, вызванной личностью гипнотизера, как раздражителем. Всякое сосредоточение, — а именно оно имеет место у гипнотизируемого, — идущее из внешнего мира, вызывает образование очага возбуждения в коре полушарий, при чем сила этого возбуждения может быть различна; сильнейший очаг возбуждения — доминанта, тормозит деятельность окружающих центров, что особенно легко осуществляется, ибо торможению этому способствует целый ряд моментов (однообразное раздражение, тишина, обстановка и пр.).

Эта доминанта и определяет образование соответствующего ориентировочного рефлекса, процесса сосредоточения на внешнем раздражении, вызвавшем доминанту, — в данном случае — на гипнотизере. Существованием этой доминанты, т. е. активного очага посреди заторможенной коры, и осуществляется наличие «сторожевого пункта» коры или раппорта. Если этот сторожевой пункт недостаточно «гипнотизируется», т. е. если его активность не сохранится на все время гипноза, что чаще всего является в результате недостатков техники гипнотизирования, то торможение распространяется и на него, засыпает и он, — и раппорт гипнотизера с гипнотизируемым прекращается. Наступает обычный глубокий сон, из которого гипнотизеру не всегда удается вы-

вести спящего, ибо последним, благодаря отсутствию сторожевого пункта, не воспринимаются более раздражения, исходящие от гипнотизера.

Нужно отметить, что различают раппорт изолированный и общий. Первый соответствует тому, о чем только что была речь: контакт спящего с гипнотизером через весьма ограниченный пространственно сторожевой пункт в коре, в результате чего является возможность восприятия спящим раздражений, исходящих исключительно от гипнотизера; в таком случае загипнотизированный слышит голос лишь гипнотизера, и поэтому лишь его внушения реализуются. Общий раппорт имеет место при менее разлитом торможении, или, как выражались прежде, при менее глубокой степени гипноза, когда при торможении других частей коры слуховой, напр., анализатор сохраняет вполне свои функции и поэтому через него могут вступать все звуковые раздражения из окружающего мира (а не только от гипнотизера). Таким образом, характер, качество и количественные особенности того явления, которое старым гипнотизмом было названо раппортом, а правильное и понятнее должно быть названо «недремлющим оком спящей коры», — зависят от количественного состояния торможения коры в данный момент и, как справедливо говорит К. И. Платонов, «раппорт есть явление биологическое, естественное, наблюдающееся не только в гипнозе, но и в естественном сне».

Глава VI.

Так называемая „психическая“ или „душевная“ деятельность в гипнозе с физиологической точки зрения.

«Гипнотическое состояние, говорит Loewenfeld, характеризуется ограничением ассоциативной деятельности и понижением волевой энергии, в результате чего и обнаруживается повышенная внушаемость».

Вполне соглашаясь в принципе с этим определением, попытаемся рассмотреть явления им охватываемые с физиологической и рефлексологической точки зрения.

Всякое внешнее раздражение, вступая через тот или иной анализатор в кору, оставляет в соответствующем ее пункте более или менее глубокий, в зависимости от силы раздражения, след. След — есть восприятие. Связываясь, комбинируясь друг с другом, следы эти образуют представления, понятия. Объединение, связывание, замыкание большого числа следов и их комбинаций дает процессы мышления.

Угасание одних следов, оживление других во всевозможных группировках и комбинациях между собою и с образующимися новыми следами и условными связями является физиологическою основой переживаний.

Вся эта многообразная деятельность в коре не могла бы осуществиться, если бы не существовало ассоциационных процессов в ней.

Чем определяются и направляются эти ассоциационные процессы?

Живые следы, формирующиеся от воздействия раздражений одновременных или же непосредственно следующих одно за другим, хотя бы и через разные анализаторы, следы от одного и того же предмета или явления реального мира, тесно, органически связываются между собою в один физиологический комплекс, хотя бы эти следы и находились в различных участках коры. Косвенным подтверждением такого предположения является и следующее наблюдение акад. Павлова над собаками: угасание какого либо одного условного рефлекса сопровождается угасанием и всех остальных условных рефлексов, связанных с одним и тем же безусловным, хотя бы эти условные раздражения и были связаны с различными анализаторами, т. е. следы их находились в различнейших участках коры. Частые повторения таких раздражений, одновременных, способствуют хорошему как бы отшлифованию проводников между соответствующими таким раздражениям следами, в смысле лучшей, легкой проводимости физиологических возбуждений между ними. В этом отношении может идти речь о наибольшей проторенности путей, т. е. с какими следами оживленный первоначальным раздражением след найчаще связывался, — по таким ассоциативным волокнам легче всего пойдет отсюда возбуждение. Иначе говоря, из всех представлений, или понятий, могущих возникнуть за данным представлением или понятием, при прочих равных условиях, скорее всего возникнет то, с которым первое находится в наибольшем ассоциативном сродстве (наиболее проторенный путь). Далее, большое значение имеет состояние следов, с которыми должна образоваться связь, т. е. степень их глубины и прочности; чем глубже и ярче следы, чем сильнее раздражения, их вызвавшие, и чем чаще они повторялись, — тем легче эти следы будут связываться с оживляемыми следами возбуждения. Кроме того, на скорость и легкость течения ассоциативных процессов, процессов мышления, оказывает несомненное влияние и общее состояние мозга и всего организма, а главное, разумеется, состояние коры, где эти процессы целиком и протекают.

И вот в гипнозе, когда большая часть коры заторможена, следовательно, временно угашены следы, как бы засыпаны проторенные дорожки, — ассоциативная деятельность, понятно, резко сокращается, ограничивается.

Особенно нас должны интересовать ассоциационные процессы сравнения и суждения, ибо они то, или вернее, ограничение и прекращение их, являются прямой причиной интереснейших явлений гипноза.

Физиологическая сущность ассоциационных процессов сравнения, приводящих к установлению тождества, сходства или различия сводится к сравнению мозгом возбуждений: вновь возникающего, приходящего извне и в состоянии статического возбуждения покоящегося следа. При этом сравнение это, а след. и суждение происходит в нашем мозгу, можно полагать, чисто физическим путем, аналогично грубо выражаясь, явлениям с откликами камертонов на звуки. В случае соответствия приходящего возбуждения с устройством следа, происходит его оживление, след возбуждается, а вместе с этим у нас появляется

и соответствующее ему переживание, благодаря одновременному оживлению (по резонированию) ассоциативным путем и всех родственных ему следов (А. К. Савченко). Таким образом, благодаря процессам сопоставления, у нас по ассоциации могут возникнуть и контр-представления, могущие указать нам на ненужность, нецелесообразность, нелепость раздражений, побуждающих в данный момент к деятельности ту или другую часть коры.

В гипнозе кора заторможена, заторможены ассоциативные пути. Раздражение, вступая, идет строго определенным внушением (словесным раздражителем) путем, возбуждая, пробуждая лишь определенные, ограниченные пункты коры без дальнейших их ассоциативных связей, которые продолжают оставаться в состоянии торможения.

Поэтому, ни ассоциационных процессов сравнения или сходства, ни процессов различения или противопоставления осуществиться не может, ибо следы прежних условных связей, герр. прежнего жизненного опыта сняты. В результате не может явиться критического отношения субъекта к внушаемому ему в данный момент, и те или иные части коры, возбуждаемые к деятельности соответствующими раздражителями (словесными внушениями) дают сейчас же соответствующее реактивное действие, часто нелепое, нецелесообразное, идущее, быть может, даже в ущерб самому субъекту.

Разберем несколько примеров.

В гипнозе путем расспроса можно получить сведения о таких вещах, о которых в бодрственном состоянии субъект несомненно умолчал бы. Откровенность, им проявляемая, объясняется исключительно тем, что вследствие торможения ассоциативных связей, не пробуждаются к деятельности те следы (представления), которые в бодрственном состоянии в силу ассоциативного процесса суждения заставили бы его умолчать о тех или иных вещах.

Ограничение ассоциативной деятельности, далее обнаруживается в необыкновенной внушаемости загипнотизированных.

Что такое внушение вообще с физиологической точки зрения? Мы понимаем его, как искусственное, с помощью условно-речевого раздражителя (внешняя форма внушения)—1) образование в коре новых условных связей, 2) угашение и торможение некоторых старых условных связей и рефлексов, 3) уничтожение или 4) оживление следов.

Акад. Н. П. Павлов определяет внушение, как наиболее упрощенный, типичнейший условный рефлекс человека.

Естественно, что слово, как раздражитель, при значительной степени имеющегося в коре полушарий во время гипноза торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественным образом глубокое внешнее торможение во всех остальных отделах коры и тем самым, как говорит Павлов, «исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений. Отсюда большая, почти неодолимая сила внушения, как раздражителя во время гипноза и даже после него».

Кроме концентрации, а, следовательно, усиления раздражения,

неизбежно в бодрственном состоянии отвлекаемого, ослабляемого и, так сказать, разжижаемого одновременными привходящими раздражениями, играет громадную роль и невозможность для гипнотизируемого противопоставить вызываемым у него представлениям, понятиям другие представления; контр-представления, являющиеся в бодрственном состоянии сейчас же в силу ассоциационных процессов и обуславливающие на основании возобновления старых следов и условных связей сопоставление, обсуждение, критику даваемого внушения, т. е. попытки внести в кору новые условные связи и вызвать соответствующие рефлексy. В заторможенной коре ассоциационные пути представляют собою непроезжие дороги, проторенные раньше дорожки заравниваются, ассоциативные процессы поэтому до крайности затруднены и совершаются исключительно в тех изолированных частях коры, на которые воздействует в данный момент раздражение—словесное внушение. Обновляются следы, устанавливаются новые условные временные связи и вызываются рефлексy в строгом соответствии с содержанием внушения. Опровергнуть, изменить, внести свои поправки в вызываемые внушением двигательные акты, не продуцировать их вовсе—кора не может: для этого нужно осуществление ассоциативных процессов сравнения, суждения, оживление по ассоциационным связям различнейших следов в различнейших частях коры,—а, между тем, все заторможено. Поэтому, внушение и выполняется беспрекословно, до известной степени автоматически.

Можно сказать, что кора с ее работой в гипнозе возвращается к примитивным ступеням своего развития, когда в ней мало было еще условных связей, мало следов, наблюдалась бедность ассоциаций, т. е. в гипнозе наступает, если так можно выразиться, детскость коры. Дети, как известно, весьма внушаемы вообще, и без гипноза, и именно потому, что недостаток условных связей и ассоциаций, т. е., другими словами, жизненного опыта лишает их возможности обсуждения внушаемого и критического к нему отношения. Отсюда же их доверчивость.

Если я поднимаю у загипнотизированного руку и заявляю ему, что сам он опустить руку не может, то, действительно, рука останется, застынет в воздухе, пока я не позволю ее опустить.

Помимо заторможенного состояния моторной сферы, благодаря чему активные движения невозможны, здесь не появляется, вследствие заторможенности ассоциационных путей, контр-представлений к вызываемому мною представлению о неподвижности руки. Последнее остается одиноким, изолированным же оказывается раздражение, след в коре, что и дает изолированный рефлекс, т. е. реализацию моего внушения.

Если я заявляю загипнотизированному, что сейчас (зимою) лето, и что он находится в цветущем саду, то он действительно увидит себя в саду, будет видеть зеленые деревья, красочные цветы, будет ощущать их ароматы, будет наклоняться и рвать воображаемые цветы и т. д. Здесь слово-раздражитель вызвало благодаря своей силе, не только изолированное раздражение в коре, но и оживление ряда следов, тесно однако связанных с основным раздражением. Естественно, что представление о саде легко ассоциативно вызвало к жизни представление

о цветах, об их запахе и даже привело по ассоциационным путям к раздражению в моторной сфере с последующей двигательной реакцией (жест срывания цветка). Но более обширного обновления следов не получилось, почему и не явилось контр-представлений: напр., о том, что сейчас не лето, а зима, что субъект не в саду, а в комнате и пр.

Я даю субъекту нюхать нашатырный спирт и говорю ему, что он нюхает розу.—В заторможенной коре обновляется один изолированный след—запах розы, который субъект как будто и чувствует (на самом деле здесь имеет место участие лишь небольшого пункта корковой части обонятельного анализатора); остальные даже ближайшие части того же обонятельного анализатора остаются заторможенными, почему и не наступает даже обычного рефлекса—отдергивания головы при нюхании нашатырного спирта.

Субъекту, предположим, внушается, что он в лесу, на него нападает волк, и ему необходимо защищаться. Сильные по своему содержанию слова-раздражители: волк, нападение, защита—вызывают оживление ряда следов, тесно связанных с этими словами.

Так как раньше эти следы всегда сочетались с соответствующими двигательными реакциями, то обновление этих следов одновременно вызывает растормаживание моторной сферы и реализацию соответственных двигательных реакций, и вот субъект защищается, борется, бежит и т. п. В то же время более далекие от вызванных представлений следы остаются не оживленными, ассоциативные процессы далеко не распространяются, ибо в массе своей кора остается заторможенной,—а поэтому и не является суждения, контр-представления, которые опровергли бы возможность содержания наших внушений.

В нашем объяснении гипнотических внушений на приведенных примерах мы невольно коснулись и другого, тесно связанного, впрочем, с первым, вопроса—о галлюцинациях в гипнозе. Речь шла о так называемых положительных галлюцинациях, т. е. о таком явлении, когда загипнотизированный субъект видит, осязает, слышит, одним словом, воспринимает при помощи того или иного органа чувств то чего нет на самом деле. Как понятно из только что изложенного, это не есть однако восприятия в собственном смысле с участием того или иного анализатора, ибо ясно, что последние (анализаторы) могут воспринимать и воспроизводить в коре лишь действительные раздражения, исходящие от действительных реальных предметов; здесь идет речь лишь об оживлении заторможенных в коре следов, находящихся в близком ассоциативном сродстве с содержащимися во внушении понятиями и представлениями и выраженных в словах-раздражителях.

Но существует и другой вид гипнотических галлюцинаций—так называемые отрицательные галлюцинации. Это явление заключается в том, что субъект не воспринимает, согласно внушению, тех или иных находящихся перед ним реальных предметов.

Если я внушаю субъекту, что кроме меня он никого в комнате не будет ни видеть, ни слышать, ни осязать, то он, открывши глаза, оказывается ко всем раздражениям, исходящим от окружающих, как бы слепым и глухим; он может, напр., по моему предложению сесть на за-

нятый другим лицом стул, т. к. он этого лица не видит; он не будет реагировать на самые громкие окрики и сильные прикосновения, исходящие не от меня. Для него, кроме меня, никто в комнате не существует. Ясно, что явление это не представляет собою для нас ничего нового. Объяснение лежит все в том же почти полном торможении коры с частичным бодрствованием лишь тех пунктов корковой части анализаторов, которые связаны с раздражениями, исходящими от гипнотизера. Внушением можно переключить это частичное бодрствование на другое лицо — тогда субъект будет воспринимать данное лицо со всеми от него исходящими раздражениями, а гипнотизер «затормозится» в коре, перестанет существовать для субъекта. Вообще законами «настоящей физиологии головного мозга» можно без труда объяснить любые явления гипноза, так поражающие воображение не только публики, но и врачей.

Известно, напр., что в гипнозе наблюдается иногда повышение интеллектуальной деятельности до небывалых размеров. Наблюдалось, что лица, находившиеся в «глубоком» гипнозе, обнаруживали необыкновенно большие способности к различного рода комбинациям, напр., к решению сложнейших математических задач.

Ограничение ассоциативных процессов, обусловленное торможением в коре, вызывает в то же время и повышение возбудимости в области, оставшейся в состоянии бодрствования. Здесь образуется своего рода доминанта, сюда привлекается часть энергии с соседних, заторможенных частей коры, и здесь поэтому могут совершаться с повышенной энергией и скоростью мозговые процессы, благодаря чему представления, относящиеся к одному комплексу или системе, могут репродуцироваться легче, вернее, точнее, чем в бодрственном состоянии при полной доступности и оживленной (а следовательно отвлекающей на себя много энергии) деятельности всех ассоциативных путей.

Доминанта обуславливает также образование соответствующего ориентировочного рефлекса и процесса сосредоточения на внешнем раздражении, т. е. внимания и определяет его силу. Сосредоточение кроме того обнаруживает растормаживающее влияние на все те рефлексy, которые стоят в соответствии с предметом сосредоточения, т. е. с данным раздражением, чем сосредоточение еще более поддерживается и даже усиливается. Комбинация образования доминанты с накоплением максимума энергии в небольшом сравнительно участке коры, усиления процесса сосредоточения и, в то же время, — торможения всей остальной коры, т. е. отсутствия отвращения, и делает возможным то, что в гипнозе может проявиться интеллектуальная деятельность, которая количественно и качественно превышает таковую же в бодрственном состоянии.

Еще несколько слов о состоянии «воли» и памяти в гипнозе.

В понятие всякого рефлекса входит обязательно и движение, действие, как последняя, заключительная часть рефлекторного процесса. Но ведь движение, а именно произвольное, целесообразное движение, или действие, двигательный акт, является основным отличительным признаком «воли». Целесообразное же движение — это есть заключи-

тельная часть условных рефлексов. Поэтому сущность воли, как своеобразной, самодовлеющей, врожденной импульсивной способности человека, способности, как совершать разнообразные произвольные движения и поступки, так и участвовать в определении и смене наших переживаний, — связана, очевидно, с деятельностью двигательной области нашего головного мозга.

Количество, прочность, подвижность, быстрая смена, игра условных рефлексов с их конечной фазой — двигательным актом — определяет качество «воли». Все, что тормозит двигательную область коры — ослабляет волю: недоразвитость двигательной части коры, слабая возбудимость ее, хроническое отравление ее, напр., наркотиками, алкоголем, инфекционными токсинами, анемические состояния коры — все это определенно ослабляет волевую способность.

В гипнозе, где мы имеем обычно прежде всего торможение именно моторной сферы — воля подавлена, ослаблена, отсутствует. Но такое состояние волевой способности остается лишь на короткое время сеанса, совершенно не оставляя по себе следов после его прекращения и возвращения двигательной сферы в нормальное состояние.

Таким образом, говорить об ослаблении воли в гипнозе возможно, но утверждать, как это делают многие, что воля прогрессивно слабеет в результате гипноза — нельзя.

Что касается памяти, то мы видели, что словесным внушением, как сильным раздражителем, мы можем вызвать какое угодно по силе, характеру и локализации раздражение и оживить какие угодно следы, выступающие особенно, — необычно для бодрственного состояния, — ярко благодаря торможению окружающей коры.

Оживленные же следы есть ничто иное, как воспоминания. Изолированные или ассоциативно связывающиеся с другими, ранее с ними сочетавшимися. Эти воспоминания, являющиеся в гипнозе под влиянием внушения, подобны ярким снопам света на темном фоне ночи спящей мозговой коры. Сочетательные процессы, возникающие благодаря внушению оживлению определенных следов, происходят в коре без каких бы то ни было задержек, но в строго определенном заданном направлении, а не «свободно хаотически», как в обычном сне (Платонов). Поэтому гипнотические воспоминания необыкновенно ярки, остры, точны и детальны. Этим обстоятельством можно воспользоваться, напр., для собирания анамнеза, для отыскания «ущемленного аффекта» и т. п.

С другой стороны амнезия, характеризующая «глубокие» степени гипноза, также вполне понятна, ибо глубокое, полное торможение ведет к быстрому стиранию, уничтожению следов, оживленных было во время сеанса гипноза внушениями, подобно следу, проводимому рукою на поверхности воды и заливаемому сейчас же водою снова. Может быть, однако, что следы остаются, но они совершенно изолированы, не ассоциированы с другими и поэтому такой след до поры до времени, пока не явится соответствующая ассоциация, не оживляется, т. е. воспоминания не дает.

Ряд таких обособленных, изолированных следов, существующих

в коре без нашего ведома, впоследствии, при появлении ассоциаций, оживляющих их и, быть может, связывающих и друг с другом — может создать в коре раздражение, результатом которого явится определенная двигательная реакция. Это будет ничто иное, как осуществление гипнотического внушения на срок, во времени, т. е. реализация так называемого постгипнотического внушения.

Глава VII.

О физиологических основах каталепсии и анестезии.

Гипнотическая анестезия — это, на ряду с каталепсией, одно из первых явлений гипноза, заинтересовавших ученых мир, и первое, — которое ввело гипноз еще в 18-ом веке, когда еще не знали обезболивающих веществ, в круг врачебных средств для безболезненного производства операций. Каталепсия, которая наблюдается обычно параллельно с анестезией, исторически еще старше, и без преувеличения можно сказать, что если бы не существовало явления гипнотической каталепсии, — то, пожалуй и самый гипноз остался бы неизвестен.

Явление каталепсии заключается, как известно, в том, что различные группы мышц остаются более или менее продолжительное время в состоянии, в которое они были насильственно приведены; поэтому и соответственные части тела, напр., конечности, остаются, застывают в том положении, какое им было искусственно придано.

При этом различают три вида каталепсии: вялую, восковидную (*flexibilitas cerea*) и тетаническую. При первой форме достаточно небольшого толчка, чтобы совершенно вывести часть тела из каталептического состояния; при второй форме сопротивление, обнаруживаемое при намерении изменить положение члена тела, уже значительно сильнее, особенно же характерно то, что из членов тела можно буквально «лепить», как из воска, любые фигуры, и они более или менее долго сохраняют свою форму; при третьей разновидности каталепсии уже лишь с большим трудом и изрядным насильем удастся изменить положение тела или его частей.

Все эти формы каталепсии в чистом виде, изолированно встречать приходится нечасто, и они скорее являются результатом внушения. Правда, очень возможно, что при лечебном применении гипноза (а только таковое, разумеется, и допустимо) явления каталепсии просматриваются, ибо внимание наше поглощено конечною целью гипнотизации — лечебными внушениями.

Следует отметить, что каталепсия, как, впрочем, и большинство явлений, приписывавшихся ранее специально лишь одному гипнозу, — не представляется свойственной исключительно ему. Так, напр., она встречается при истерии либо в форме осложнения различных припадков, либо же в виде самостоятельных приступов. У некоторых душевно-больных (кататоников) это явление также наблюдается нередко и даже в более резкой и длительной форме. Наконец, при хлороформном наркозе, как неоднократно мне самому приходилось наблюдать, больные при засыпании проходили как через одну из стадий, через со-

стояние катаlepsии: вытянутую руку, напр., не удавалось согнуть, и сама она не падала, сведенные пальцы не разгибались и т. д. Употребленное мною выражение «больные при засыпании проходили, как через одну из стадий, — через состояние катаlepsии» считаю совершенно правильным и вполне применимым и к гипнозу. Здесь катаlepsия также является не более, как временным состоянием гипнотизируемого в зависимости от распространенности коркового торможения в данный момент. Если у субъекта торможение распространилось пока изолировано на двигательную область коры, не спустилось на двигательные центры, лежащие ниже коры, и не распространилось на ее другие отделы (напр., на слуховой, кожный анализатор), то субъект переживает изолированную заторможенность в моторной сфере, не способен к активным движениям и, в зависимости от силы торможения, проявляет различный тонус недействительной мускулатуры и различную степень катаlepsии (вялая, восковидная, тетаническая). При этом, благодаря отсутствующему пока распространению торможения на иные части коры и нормальному функционированию последних, субъект все слышит, понимает, даже видит, какую необычную порою смешную форму мы придали его телу, может хотеть ее изменить но не имеет возможности этого сделать: двигательная сфера заторможена, двигательные акты невозможны. В таких случаях говорят еще, выражаясь языком психологов, что у субъекта «парализована воля» к выполнению активного движения. Как мы уже видели, физиология рассматривает волю неотделимо от деятельности моторной сферы, и поэтому для нас ясно, что заторможенность последней, естественно, делает невозможным, проявление «воли».

Катаlepsия в скоропреходящей, легкой форме наблюдается нередко и в бодрственном состоянии, напр., при состоянии внезапного изумления, страха и других сильных эмоций, когда человек, как говорят, «застыл от ужаса», «остолбенел», «превратился в соляной столп» «прирос к земле», «оцепенел» и т. п.

Повидимому и здесь имеется быстрое, мгновенное изолированное торможение именно двигательной области коры, которое может иррадиировать и на другие отделы: иногда, напр., человек в таком состоянии не может выговорить ни слова («онемел», «язык отнялся от страха») или начинает заикаться, — т. е., значит, торможение распространилось уже и на речевой центр. Такое внезапное, резкое, мгновенно наступающее торможение, если мы вспомним, указывалось нами, как исходный пункт одного из механизмов впадения в гипноз (второй механизм), свойственного в среднем 20 — 25 проц. всех гипнотизируемых.

Несомненно, что эта мгновенно наступающая катаlepsия биологически весьма давнего происхождения и приближает человека к животным, особенно низшим (земноводные, пресмыкающиеся, птицы), у которых именно резкое, внезапное и сильное раздражение или эмоция внезапного страха вызывает катаlepsию, трактуемую не совсем правильно как «гипноз животных» *). В таком виде катаlepsия представ-

*) См. дополнительную главу.

дает собою несомненно старинный защитный рефлекс, сохранившийся с незапамятных времен у современных нам янших животных (лягушки, черепахи, ящерицы, крокодилы, змеи, птицы, менее — у высших животных и еще менее — у человека.

Биологический смысл его тот, что неподвижный предмет всегда менее заметен, менее привлекает внимание врага, менее его раздражает, т. е. другими словами, неподвижность защищает от нападения и дает шансы на спасение. Нередко и охотники пользуются знанием этого обстоятельства, когда им угрожает зверь, напр. медведь: они падают на землю, «притворяясь мертвыми»: медведь не трогает неподвижное, не проявляющее признаков жизни тело.

Итак, в конечном итоге каталепсия есть результат изолированного торможения двигательной сферы и весьма часто наблюдаясь в гипнозе, не представляет однако лишь ему одному свойственного явления, ибо встречается и в бодрственном состоянии, и при наркозе, и в течении некоторых заболеваний.

Другое явление, часто наступающее произвольно в гипнозе и еще чаще вызываемое путем внушения, — это анестезия и аналгезия.

Зависит анестезия, конечно, от распространения торможения на кожный анализатор. Если торможение, имеющееся в гипнозе является полным, то и без внушения мы получаем анестезию на любом участке поверхности кожи: уколы, порезы, прокалывание складки кожи, прижигание огнем — не вызывают никакой реакции, ибо все причиняемые раздражения, по нервным проводникам достигая коры, вступают в ее заторможенный отдел и здесь как бы тонут, не вызывая рефлекса.

Путем внушения можно более точно дифференцировать торможение в коре, почему можно вызывать нечувствительность на строго определенном месте в то время, как другие, даже соседние части тела чувствительность сохраняют.

Не лишены интереса те изменения, которые обнаруживаются при внушенной кожной анестезии в функциях прочих органов чувств (анализаторов). Бехтерев заметил, что внушение анестезии половины тела вызывает в гипнозе не только анестезию кожи, но и глазного яблока и всех органов чувств на соответственной стороне тела. Если посредством внушения восстановить зрительную способность глаза на нечувствительной стороне, то и глазное яблоко снова обнаружит чувствительность. Schafer нашел, что внушение гемпанестезии вызывает понижение остроты зрения на соответствующей стороне; что внушение односторонней глухоты не только уничтожает слух на это ухо, но и вызывает ослабление функций других органов чувств и что вообще вызывание посредством внушения чувственной анестезии на одной стороне понижает чувствительность всех органов чувств на этой стороне. Dellkin также наблюдал, что при внушенной анестезии одной половины тела понижается способность восприятия всех органов чувств этой половины (ограничение поля зрения, ослабление остроты слуха и пр.). Указанные явления, вызываемые внушением в области деятельности органов чувств, находят себе аналогию в клинических наблюдениях. Общеизвестно, что при истерии и других неврозах гемипанестезия

сопровождается большею частью понижением или преобразованием функций других органов чувств на той же стороне тела (цит. по Loewenfeld'y).

Физиологически все эти явления объясняются, повидимому, тем, что вызванное внешним ограниченным, строго локализованное торможение лишь недолго остается таковым, а затем более или менее иррадирует и на другие части коры, почему анестезия и сказывается на соседних, ближайших; во всяком случае принадлежащих этой же половине тела частях.

Помимо прямого произвольного или внушенного торможения в полупроизвольной анестезии несомненно играет роль подавление активного сосредоточения, так как устранение последнего и в нормальном состоянии сопровождается меньшей восприимчивостью к болевым раздражениям (Бехтерев).

Из последнего заключения акад. В. М. Бехтерева видно, да и каждый сам испытал это на себе, что и в бодрственном состоянии может иметь место анестезия, и в гипнозе она лишь более постоянна и более выражена.

В небольшой работе нет возможности с исчерпывающей полнотой коснуться всех явлений гипноза и всех сторон нашей высшей нервной деятельности с целью объяснить те изменения, которые вызываются в ней гипнотическим состоянием.

Но и приведенного, я полагаю, вполне достаточно, чтобы убедиться в том, что, с одной стороны все эти явления и изменения как нельзя лучше объяснимы с точки зрения «настоящей физиологии» головного мозга, а с другой стороны, — что в них нет ничего принципиально отличного от таковых же в бодрственном состоянии.

Снова и снова следует повторить: бодрствование, сон и гипноз — состояния однородные и различные лишь количественно, но отнюдь не качественно.

ГЛАВА VIII.

Медицинское применение гипноза.

Гипноз и психоанализ.

Несмотря на все ширящееся распространение гипнотизма, несмотря на поистине колоссальные достижения и успехи гипнотерапии и применения гипноза при всевозможного рода операциях, родах и т. п. — все же, беспристрастно взглянув на дело, мы с удивлением и сожалением должны констатировать, что практическое применение гипноза в медицине на сегодняшний день ни в какой мере не соответствует тем возможностям и той высокой ценности, какими обладает гипнотерапия. Огромное большинство практикующих врачей не пользуются гипнотерапией и, главным образом, конечно, вследствие малого, поверхностного знакомства с методом, чаще вследствие полного незнания с ним, а в силу этого, зачастую и вследствие скептического к нему отношения.

Лишь в крупных городах имеется 1 — 2 врача-гипнолога, научно владеющих методом и пользующихся им, пользующихся, надо добавить нередко под косыми взглядами уважаемых коллег, нередко возмущающихся «легкомыслием» товарища, позволившего себе заняться гипнотерапией.

Слишком, к сожалению, сдержанное до сих пор отношение врачей к гипнозу отдало последний в достояние любителям и профессионалам-гипнотизерам, обыкновенно не имеющим медицинского, а нередко и вообще никакого образования. Грубое экспериментирование над гипнотизируемыми неопытных, невежественных лиц влекло за собою нередко нежелательные последствия, и вот появились законы, ограничивающие применение гипноза. Инструкция Наркомздрава разрешает применение гипноза лишь в государственных лечебных и научных учреждениях и при специальном разрешении НКЗ — в частных лечебницах. Для применения гипноза частным врачом необходима специальная квалификация последнего в области психиатрии и неврологии (не менее 5-ти лет) и присутствие, кроме гипнотизера, второго врача, и лишь при невозможности этого — лекрома, сестры или, наконец, близкого родственника больного.

К сожалению, практический врач этим самым лишен одного из ценных, иногда даже единственно-действенного способа лечения. Подобное ограничение продиктовано, разумеется, неусыпной заботой о здоровье населения в смысле предупреждения и устранения опасностей, связанных якобы с применением гипноза. Однако, с уверенностью следует сказать, что опасности эти слишком сильно преувеличены, и представление о них вызвано фактами неблагоприятных последствий экспериментального гипноза или, еще более, если так можно выразиться «экстрадного», т. е. демонстрируемого с экстрады, публично, гипноза; да и то наблюдающиеся иногда вредные последствия следует отнести не за счет самого гипнотизирования и гипноза, а за счет тех внушений, — часто возбуждающего, или неприятного, тягостного или устрашающего характера, — какие обычно даются профессиональными гипнотизерами для достижения целей наибольшей эффективности их «представления».

Что же касается гипноза, применяемого исключительно с лечебной целью, то берем на себя смелость утверждать, что при достаточном знакомстве с методикой гипнотизации, — а последнюю овладеть не представляет для врача никаких затруднений, — гипноз абсолютно безвреден и кроме пользы ничего принести пациенту не может. В этом убеждает и наш собственный небольшой, исчисляющийся пока несколькими сотнями гипнотизаций, опыт и колоссальный опыт Wetterstrand'a (60.000 гипнотизаций), Loewenfeld'a, Платонова и др., в один голос заявляющих, что вреда от лечебного гипноза наблюдать им не пришлось ни разу.

Физиологическое понимание гипноза, как процесса тождественного сну, с его охраняющим и восстанавливающим значением в отношении ценнейших нервных элементов, — вполне подтверждает правильность нашего взгляда.

Поэтому не принципиальное ограничение применения гипноза поставят гипнотизм в должные рамки и на подобающую высоту, а изучение его на ряду с физиологией, психоневрологией и другими медицинскими дисциплинами. Гипнотизм, гипнология и гипнотерапия должны стать самостоятельным предметом изучения в наших Университетах, Медицинских институтах и Институтах для усовершенствования врачей.

В последнее время на гипнотерапию нередко смотрят, как на один из более слабых методов психотерапии, главным образом, имея в виду сравнительно большой процент лиц, «не поддающихся» гипнозу или дающих слишком поверхностные «степени» гипноза, недостаточные для целей лечения и ставяг значительно выше и предпочитают метод психоанализа по Freud'у и Breuer'у.

В мою задачу не входит сравнительная критическая оценка гипнотерапии и психоанализа. Я должен только напомнить, что последний метод вырос на материнской почве гипнотизма и что первые психоанализы производились именно при погружении пациента в состояние гипноза. Сам Freud говорит: «Breuer и я сам первоначально занимались психотерапией при помощи гипноза. Первую пациентку Breuer лечил только в состоянии гипнотического внушения. Признаюсь, что тогда работа шла легче, приятнее и гораздо быстрее» (цит. по Д. С. Губер-Грицу).

При физиологическом освещении «психических» процессов совершенно, на мой взгляд, понятно, что именно гипнозом можно и следует пользоваться для психоанализа. «Ущемленный аффект», «психическая травма», «психическая заноза» и прочие психоаналитические термины обозначают, конечно не что иное, как части некоего патологического условного рефлекса, оставившие более или менее глубокие следы в коре, ассоциированные, как всегда, с рядом других следов. Комплекс этих следов, появившихся в результате или в сопровождении сильного раздражения с яркой эмоциональной окраской, представляет собою ущемленный аффект в том случае, если условный рефлекс, вызванный этим раздражением, появившись, не проявился, не выполнился до конца, если кора не вполне отреагировала, если следы этого «неотреагированного» раздражения, не переставая существовать, переходят, как говорят, в подсознание, т. е. не стираясь вполне, поддерживая некоторые ассоциативные связи, оставив по себе определенную эмоциональную окраску, с которою сочеталось вызвавшее их раздражение, — закрываются наложениями из новых следов. Эти следы с их интенсивной эмоциональной окраской, не будучи активны, утратив характер временных связей и связывая в то же время как некий пассивный, мертвый груз некоторую часть коры, сообщают последней определенную установку, создают определенное «настроение», что и поддерживает в коре ненормальные отношения и не вполне нормально протекающие процессы.

Это своего рода рубец, поверх которого выросла новая, живая, здоровая ткань, но который и сам по себе, как мертвое, инородное включение, и будучи связан с соседними тканями и органами — всегда создает и некоторое расстройство функции, и ощущение неловкости и, нередко, болезненность. Этот рубец можно иссечь и соединить на его

месте живые, здоровые ткани. Но для этого надо, во-первых, его отыскать, а во-вторых, — не просто его иссечь, но оживить, освежить и те соседние ткани, с которыми он спаялся. По аналогии с этим при психоанализе должно отыскивать, откопать, выявить ущемленный аффект и затем оживить его, разрядить, т. е. заставить субъекта вновь его пережить («отреагировать»).

Ни одно состояние не способствует так искусственному оживлению следов, как гипноз, что объясняется возможностью создания сосредоточенного внимания, доминанты в любом, диктуемом гипнотизером, направлении.

В гипнозе, как говорит проф. К. И. Платонов, вскрывается настоящий условный раздражитель, который явился источником патологического условного рефлекса. Оживляя гесты, включая те или иные дуги патологических условных рефлексов и тем точно и категорически выявляя психические занозы, — ибо, как выяснено выше, психическая травма, заноза или ущемленный аффект это есть задержанный, зафиксированный, одним словом, патологический условный рефлекс, — мы без всякого оперирования с туманными психологическими терминами вроде: «вытеснение», «бессознательное», без всякого субъективизма, связанного неизбежно с психоаналитическими «угадываниями», — просто и быстро достигнем при помощи гипноза цели, направляя по своему усмотрению оживление, вскрытие следов.

Времени гипноаналитический метод требует гораздо меньше, чем психоаналитический, — ибо здесь необычайно облегчает дело заторможенность коры, благодаря чему, как указывалось выше, мы имеем дело с безграничной откровенностью, с гипермнезией, т. е. с повышенной способностью воспоминания, с полным устранением внешних, случайных отвлекающих раздражителей и т. п., что при психоанализе достигается лишь с большим трудом.

«Если для психоанализа в его классической форме по Фрейдю требуется от 6-ти месяцев до 2-х лет, чтобы вскрыть инфантильную травму, которую мы получим в качестве психологической правды, то для гипноанализа достаточно от 20-ти до 40 сеансов, чтобы найти и вскрыть самую глубокую, относящуюся к 3 м, 2-м и даже второму году жизни инфантильную травму, и получить ее в виде объективных фактов прошлого. Эта быстрота анализа благоприятна еще тем, что она сильнее захватывает больного и не дает событиям его обыденной текущей жизни разбивать настроения, благоприятствующие вскрытию» (проф. С. Я. Лифшиц).

Что касается «капризности» результатов гипноза и непоголовной восприимчивости к нему, то с одной стороны и психоанализ далеко не у всех удается, а с другой стороны и к самому психоаналитику предъявляются весьма высокие требования, совсем необязательные для гипнотизера. Freud указывает, что психоаналитик должен быть не только вполне здоровым человеком, но обязан подвергнуться предварительно психоаналитическому очищению, дабы его собственные комплексы не внесли какого либо искажения. Не всякий больной и не все формы психоневрозов, далее, доступны психоанализу. Недоступны, напр., пси-

хоанализу лица с резко выраженными извращениями характера, с чертами настоящей дегенеративной конструкции. «Ничтожные» люди не вызывают у врача интереса, без которого он не может углубиться в их душевную жизнь. Лица, приближающиеся к 50-летнему возрасту также мало доступны психоанализу. Состояния спутанности и меланхолической депрессии при истерии также служат препятствием (цит. по Д. С. Губер-Грицу). Ограничений, как видим, не мало.

Между тем, приняв физиологическую теорию гипноза, как своего рода условного рефлекса, мы уверены, что не стесняясь временем (каковым психоаналитики совсем не стесняются, проводя курсы от 3-х до 12-ти и даже 24-х мес.) всегда можно добиться выработки, прививки этого рефлекса — гипнотического состояния, — а дальше дело пойдет быстрыми, легкими и верными шагами к конечной цели уже в силу самих физиологических особенностей гипнотического состояния.

На основании всего изложенного нельзя не признать за гипнозом целого ряда преимуществ перед психоанализом при лечении расстройств доступных, как одному так и другому методу. Но значение гипнотерапии возрастет во много раз, когда мы вспомним, что ей доступны целые громадные области патологии, где психоанализ совершенно бессилен и не применим.

К рассмотрению этих областей медицины и значения в них гипноза мы и перейдем.

ГЛАВА IX.

Гипноз в хирургии, акушерстве и гинекологии.

Как упоминалось в VI главе, одним из первых явлений гипнотического состояния, замеченных врачами и доставивших гипнозу почетное место в медицинской практике было явление анестезии и аналгезии.

Применению гипноза для хирургических и зубоврачебных целей было положено начало в двадцатых годах прошлого столетия.

Уже в 1821 году *Resammiel* в Париже производил хирургические операции в «магнетическом» сне. В 1826 г. *Cloquet* оперировал *сапсер матмае* у одной женщины, приведенной в сомнамбулическое состояние; пациентка не обнаружила никаких признаков боли во время операции, а впоследствии не сохранила о ней никаких воспоминаний. Ту же операцию в числе прочих производил под гипнозом и *Loisel*; *Esdailles*, *Guerino* выполняли, пользуясь гипнотической анестезией, крупные ампутации, напр. бедра. *Naab* и *Wielander* в 1890 году производили с успехом глазные операции под гипнозом. *Wood* в том же году успешно оперировал остеомиелит, *Tillaux* — влагалщную кишечную грыжу. Автор этой книги в Киеве в 1923 году применил гипноз при операции удаления аденоидов (проф. Ставраки), при чем пациент — мальчик 13-ти лет не испытывал ни малейшей боли во время операции и не сохранил о ней даже воспоминания. В последнее время появились сообщения К. И. Платонова о получении помощью гипноза полной анестезии при небольших гинекологических, хирургических, зубных, глазных и др. операциях.

Разумеется, эти единичные сообщения не дают нам еще права говорить о возможности замены наркоза гипнозом вообще. Вызывание достаточно глубокого гипнотического состояния перед операцией наталкивается зачастую на значительные трудности, хотя бы уже в виду возбужденного психического состояния пациентов. Далее, гипнотическая анестезия далеко не всегда так глубока и продолжительна, чтобы при наличии ее можно было рассчитывать на беспрепятственное совершение большой и продолжительной операции.

Но все же о гипнозе следует почаще вспоминать и врачу и пациенту, ибо, во-первых по сравнению с наркозом, гипноз безвреднее и приятнее, а во вторых, в тех случаях, где он сам не применим в силу своей недостаточности, он весьма выгоден, как подготовительная к наркозу мера: при наркотизировании гипнотика, наркоз получается ровный, глубокий, а химикатов идет во много раз меньше (Wetterstand, Daiwis, Hallauer).

Мы однако вместе с К. И. Платоновым полагаем, что раз у больного достигнута глубокая внушенная анестезия, то при точном выполнении соответствующих правил методики, можно совершенно свободно производить и большие операции, требующие для своего выполнения довольно длительного времени (1 — 2 часа) и весьма болезненные по своему характеру. В качестве примеров можно привести несколько случаев *appendectomy* и иногда продолжительных и сложных, о которых сообщали Платонов и мы. Также Forel сообщил о целом ряде хирургических операций под гипнозом, в числе которых есть и такие, как, напр., рак прямой кишки. Многие гинекологические операции, начиная с небольших, как *abrasio cavi uteri* (Платонов, Геренштейн, Козаченко-Триродов, Николаев и др.) и кончая довольно сложными и продолжительными, как *perineoplastica*, влагалищное Кесарское Сечение и даже *Extirpatio uteri totalis per vaginam* (Геренштейн) также удачно производились с заменой наркоза гипнозом.

Непременным условием успешности пользования гипнозом для обезболивания операций является заблаговременная подготовка больного рядом предварительных гипнотических сеансов. Слишком прочны и устойчивы у нас рефлексy, следы и ассоциации, связывающиеся с представлениями об операции, о ноже, о боли. Последняя на основании опыта (т. е. накопления условных связей) всей предшествовавшей жизни кажется нам совершенно неизбежной при операции. Поэтому достаточное затормаживание этих связей, следов, ассоциаций редко удается сразу, во время самой операции. Не затормозив же их, крайне трудно добиться достаточного торможения, напр., в кожном анализаторе; последнее обстоятельство делает невозможным получение анестезии.

В подавляющем большинстве случаев нужно 3 — 5 — 10, в зависимости от индивидуальности, сеансов, чтобы постепенно вытеснить у субъекта „сознание“ о неизбежности боли, т. е. другими словами, чтобы затормозить, временно стереть соответствующие рефлексy, связи и следы.

На этих подготовительных сеансах нужно методически внушать

самую возможность отсутствия боли благодаря особенностям гипнотического состояния и не только внушать, но и объяснять в доступной форме больному, почему именно он не будет испытывать болей. Нужно помнить, что внушения лучше реализуются тогда, когда они не преподносятся в виде готовой, сухой и категорической формулы, но являются обоснованными, при чем обоснование это разъясняется субъекту.

Что касается применения гипноза в послеоперационном периоде, то следует указать, что облегчение и устранение тягостных явлений после тяжелых операций, как боли, бессонница, расстройства мочеиспускания и стула, без сомнения, в значительной мере доступны гипнотерапий, как показывает, между прочим, наш опыт. Вот два случая для иллюстрации:

1. Б-й К. 40 л. (Акуш. Кл. Киев. Клин. Инст. № 235) по поводу перфорации матки (при производстве выкидыша) с обширными повреждениями кишек, была произведена весьма тяжелая операция чревосечения с заведомо печальным исходом. После операции — ночь совершенно без сна, головная боль, сильнейшие боли во всем животе; признаки начинающегося перитонита; сильное, мучительное желание и невозможность заснуть. По собственной просьбе больная была загипнотизирована и погрузилась в глубокий сон, продленный на 1½ часа. Под влиянием данных внушений — боли в животе исчезли, головная боль пил самостоятельно нормальный сон. Впоследствии б-ая погибла от разлитого перитонита, но до самого конца не терпела, благодаря внушению, мучений.

2. Б-ая З. 23 лет. (Акуш. Кл. Киев. Клин. Инст. № 1043) после операции внематочной беременности сильно страдала от полной невозможности мочиться; моча при большом напряжении болевой и сильных болях выделялась по каплям в количестве 2—3 кб. см. Один сеанс гипноза; после него вплоть до самой выписки из клиники — нормальное безболезненное мочеиспускание.

Область применения гипноза в гинекологии далеко не исчерпывается, однако операциями и лечением послеоперационного периода.

Мне кажется, не будет большим переувеличением сказать, что большая часть женщин, страдающих женскими заболеваниями, особенно хроническими, и лечащихся у доброго десятка врачей без всяких результатов, — суть женщины психоневротической конституции. У таких больных, — а в наше время их очень и очень много, — самое незначительное расстройство в половой сфере, а нередко даже одно предположение о наличии женского заболевания является вполне достаточной причиной для возникновения соответственных эмоций, а, вследствие этого, для повышения возбудимости нервной системы и направления всей «психики» в ненормальное русло в смысле образования целого ряда патологических условных рефлексов. При этом весьма часто симптомы, обусловленные повышенной возбудимостью центральной нервной системы находят выражение в расстройствах, локализирующихся в совершенно здоровых анатомически половых органах. Ясно, что де-

чение таких случаев может и должно быть только «психическим», т. к. таким образом мы будем действовать именно на первопричину болезни. Если же мы пойдем по ложному пути и начнем проводить местное лечение, то наверно получим ухудшение, т. к. сами дадим больной еще большую уверенность, что она больна женской болезнью, т. е. сами добавим еще новые условные связи к ее готовому патологическому рефлексу. Гипнотерапия в подобных случаях имеет целью: 1) успокоить перевозбужденную нервную систему, т. е. затормозить, сгладить следы, оставленные соответствующим раздражением и 2) направить мышление в нормальное русло, т. е. обнаружив патологический рефлекс, затормозить всю его дугу во всех ее частях. Главную роль здесь, разумеется, играет внушение, т. е. создание новых нормальных условных связей и рефлексов на заглаженной, запаханной почве заторможенной в гипнозе коры.

Как далеко распространяется и как глубоко влияние гипнотического внушения в расстройствах женской половой сферы лучше всего иллюстрируют примеры остановки при его помощи маточных кровотечений и случаи лечения расстройств менструальной функции.

Berillon описывает случай остановки угрожавшего жизни маточного кровотечения путем однократного гипнотического сеанса с соответствующими внушениями. Wetterstrand с поразительным успехом применял гипноз для лечения кровотечения и других тяжелых симптомов при раке матки. Нам пришлось лечить случай чрезвычайно обильного, затяжного маточного кровотечения без какой-либо анатомической подкладки у 16-ти летней девушки. Под влиянием лишь одного сеанса неглубокого гипноза с соответствующими внушениями, подчеркивавшими полное отсутствие у больной каких бы то ни было анатомических изменений, опухолей и т. п. (чего очень боялась больная), — кровотечение прекратилось совершенно, больная быстро поправилась и, по получавшимся в течение года сведениям, оставалась вполне здоровою.

В другом случае мы с успехом пользовали больную с тяжелыми расстройствами в менструальной функции: *menses* то отсутствовали по несколько месяцев, то приходили через две недели, продолжаясь по 12—15 дней, при чем наступление их сопровождалось такими тягостными общими и местными ощущениями, что больная доходила до границы буйного помешательства. В результате длительного лечения гипнозом значительно улучшилось общее состояние, наступление же ближайших месячных было отодвинуто на 2 недели; так. обр., они пришли через 4 недели, продолжались всего 6 дней, были менее обильны и не сопровождалась прежними расстройствами.

Вообще вопрос о возможности влияния посредством гипнотического внушения на менструации, расстройства которых составляют целую главу в гинекологии, опытом весьма многих авторитетных гипнологов разрешается в самом положительном смысле.

Liebault первый провел несколько успешных случаев подобного рода; затем Bernheim, Fontain и Segure, а также Woissain доказали, что внушением можно влиять на менструации. Wetterstrand'у также часто удавалось вызывать менструации в определен-

ное время или прекращать их, если они затягивались, и в случаи дисменорреи — уничтожать боли.

Новейшие наблюдения (1922) Falk'a подтверждают действительность гипноза при дисменоррее, обусловленной даже стенозом шейки, при чем, следовательно, гипнозом достигается тот же результат, что и оперативным расширением шейки. Falk приводит 16 случаев лечения гипнозом расстройств менструаций.

В одном случае у повторнорожавшей с начала менструирования наблюдались профузные кровотечения. Через два года они настолько усилились, что продолжались по 10—14 дней через каждые 4 недели.

Больная с явлениями резкого малокровия, страдает головными болями. Все мероприятия были тщетны. Применен гипноз, дано внушение в такой форме, «менструации в течение 3-х суток через 4 недели. Как только трое суток оканчивается, вся оставшаяся кровь отливает к ногам и кровотечение останавливается». Через 4 сеанса — выздоровление, но, в результате неудачной формы внушения, — жалобы на неприятную тяжесть в ногах, уступившую, впрочем, соответствующему внушению.

Далее, чрезвычайно благодарным для гипнотерапии заболеванием является вагинизм. В этой области мы, как и некоторые другие авторы, имеем ряд наблюдений полного излечения при помощи нашего метода женщин, много лет бывших нравственно и физически калеками, которые из-за своего страдания лишены были счастья создать и сохранить семью. Гипноз помогал иногда двумя-тремя сеансами там, где страдание существовало 1-3-5 лет и где никакое лечение вплоть до операции иссечения *Humen'a* не давало никакого эффекта. Под влиянием гипнотических внушений исчезало физическое страдание, перерождалась, обновлялась вся психика женщин, начинавших новую жизнь, возвращаясь к ней нередко с порога самоубийства. Следует отметить, что в заболевании вагинизмом особенно заметен механизм образования патологического условного рефлекса.

В громадном большинстве случаев, если исключить действительно анатомическое, травматическое происхождение вагинизма (ссадины на вульве, патологическое состояние *Humen'a*, воспалительные процессы, необычайная узость вульвы и вагины и пр.), — последний является заболеванием психогенным или, иначе, представляет собою патологический условный рефлекс. Связь, и очень тесная, между расстройствами в половой сфере и заболеваниями нервной системы устанавливается целым рядом исследователей. Так, проф. А. Я. Кожевников прямо говорит, что в смысле этнологического момента для развития истерии очень крупную роль играют разного рода расстройства в половой сфере. Работами Репрева, Фурсикова, Вегера, Фрейд'a доказана прямая зависимость проявлений всевозможных неврозов от импульсов, возникающих со стороны половой деятельности женщин. Целым рядом авторов (Войцеховский, Жихарев, Isard, Kisch) установлена связь нарушений нервной системы в связи с менструальной функцией. Точно также и вагинизм есть заболевание, в котором выявляется тесное взаимоотношение между половым аппаратом и нервной системой

(Schauta, Krönig, Waldhard, Raefler и др.). Как сказано выше, мы представляем себе это заболевание в виде патологического условного рефлекса, который складывается обычно так: первый coitus сопровождается страхом, прикосновением к половым частям, резкою болью, насилием со стороны мужа, появлением крови. Все это оставляет в возбужденной коре больших полушарий весьма резкие следы, ассоциированные друг с другом и, возможно, со множеством других более мелких раздражителей, случайно сочетающихся с основными. Эмоциональная окраска этих следов часто выявляется не только под видом страха, боязни, но и отвращения к половому акту, к мужу. Прочность ассоциативных связей ведет к тому, что оживление, хотя бы одного из следов, оставленных первым coitus'ом (воспоминание) вызывает весь комплекс переживания, т. е. уже часто при одном воспоминании, не говоря уже о прикосновении к половым частям, является мгновенно и страх, и боль, и отвращение; иными словами, оживляется весь бывший резкий след, который, представляя собою весьма сильное раздражение, действует, как таковое, разливаясь сразу на целый ряд отделов коры, что и проявляется в плаче, криках, а главное, в виде резкой, двигательной реакции (сопротивление, спазм, судороги). При таком положении дела всякая новая попытка к coitus'у лишь укрепляет, фиксирует создавшийся патологический условный рефлекс.

Ясно, что лечение подобного заболевания должно идти рефлексо-логическим путем. Нужно выявить прежде всего пути возникновения рефлекса, затормозить, сгладить, угасить следы его и, наконец, внушением проторить путь для образования нового рефлекса, хотя и слагающегося частично из тех же компонентов, но в иной, нормальной комбинации. Кроме того, одновременно достигается понижение, успокоение общей повышенной возбудимости нервной системы.

В гипнозе все это достигается чрезвычайно просто, легко и надежно, в чем мы имели возможность неоднократно убеждаться.

Раньше чем покинуть область гинекологии, необходимо еще сказать о диагностическом значении гипноза. При исследовании женщин с заболеваниями внутренних половых органов под гипнозом часто, как говорит Hallauer, приходят к поражающим результатам: «становится ясным, органов, особенно придатков, где можно определить различные спайки, утолщения и т. д.. болезненность только частично обусловлена соматическими заболеваниями, большей частью она психического характера, что весьма легко можно установить, исследуя сначала в бодрственном состоянии, а затем под гипнозом. Полученные данные дают основания для выбора операции и дальнейшего образа действий». Так в одном нашем случае, у пациентки Л. (№ 164 Акушер. Кл. Киев. Унив. Инст.) несомненной истерички, после операции искусственного аборта появились чрезвычайно сильные боли во всем животе. Живот напряжен, ясно выражен *defence muscul.* исследование при помощи ощупывания, крайне затруднительно. В гипнозе без всяких внушений исчезает у нее почти вся болезненность, область матки и придатков совершенно безболезненна при самой энергичной пальпации, болезненность сохраняется

лишь по ходу толстых кишек, на которые и направляется лечение. Таким образом, и диагноз и само исследование облегчается под гипнозом, который в этих случаях заменяет наркоз.

Переходя в область акушерства, отметим прежде всего те расстройства беременности, которые делают течение последней зачастую крайне тягостным, не поддаваясь обычному лечению. Сюда относится прежде всего неукротимая рвота. Об успешном лечении неукротимой рвоты сообщают весьма многие авторы (Платонов, Ануфриев, Побединский). Falk описывает 7 случаев, из которых 6 были совершенно излечены гипнозом. Под нашим наблюдением прошли три пациентки с указанным заболеванием.

У одной из них, женщины-врача К. рвота, слюнотечение и головные боли прекратились на несколько дней совершенно, но возобновились снова, когда больная после 4-х сеансов оставила лечение; больная к сожалению, вторично к нам не обратилась. В другом случае — наступило столь значительное улучшение, что больная, страдавшая рвотой до 30 раз в сутки, совершенно истощенная и поступившая в клинику специально для прерывания беременности, выписалась и уехала домой, сохранив беременность (6-ая Ш. Ист. бол. № 692). Наконец в третьем случае по техническим условиям мы могли произвести лишь два сеанса, давшие в результате улучшение общего состояния, настроения и сна, но не повлиявшие повидимому на основную болезнь (больная Х. Ист. бол. № 996). Извращение вкуса, а особенно состояние депрессии, плохого, переменчивого, капризного настроения, чувство утомления, апатия — все это легко исчезает под влиянием гипноза, уступая место нормальному, бодрому, здоровому настроению и свежему, хорошему самочувствию. Почти все беременные, которых нам приходилось готовить к родам отмечали эту разительную перемену к лучшему в настроении и самочувствии. Успешно проведено было также лечение неукротимой рвоты гипнозом в двух случаях нашим сотрудником д-ром Д. А. Никольским. Наконец, боли в беременной матке, часто совпадающие с движениями плода и производящие впечатление болезненных схваток, с успехом также лечились нами внушением. Одна беременная, женщина-врач, начала «рожать» чуть не за три недели до настоящего начала родов, ибо, будучи крайне нервной, впечатлительной и нетерпеливой, она каждое движение плода трактовала, как сильные, болезненные родовые схватки; была крайне измучена этим, беспokoйна и с ужасом ждала «настоящих» родов. И здесь три сеанса гипноза помогли как нельзя лучше; а впоследствии и роды были проведены безболезненно.

Перейдем, наконец, к применению гипноза при родах.

Что обезболивание родов вообще необходимо или, по крайней мере, весьма желательно, — на этот счет двух мнений быть не может. Если у крепких особ не всегда удавалось констатировать заметно-вредного влияния родовых болей на нервную систему, то у чувствительных, нервных слабых женщин, — а в наше время таких большинство, — продолжительные болезненные роды весьма нередко обуславливают состояние нервного истощения, сопровождающегося, согласно работам Krönig'a и

Criell'a (1922 г.), глубокими и тяжелыми изменениями в важнейших тканях животного организма. Присоединяющиеся к страху и боли в качестве содействующих агентов травма, напряжение, бессонница, кровопотеря — еще более усиливают истощение нервной системы; и это — у женщины, которой предстоит еще тяжелый период кормления! Наконец, помимо медицинских соображений, почему и за что слабая женщина, которую мы считаем своим долгом оберегать от всего тяжелого, вредного, обременительного, — во время родов теряет вдруг наше покровительство и отдается нами на пытки, пожалуй, ужаснее средневековых?! Между тем при помощи гипноза мы можем, — а если можем, то и безусловно должны, — избавить женщину от «заповеданных», по никому ненужных родовых мук.

Уже в XIX в. многие французские и немецкие врачи устраняли при помощи гипнотического внушения родовые боли, причем было сделано более 60 благоприятных наблюдений. Так, Auvard и Secheygon, в 1773 г., описали 13 родов, проведенных в гипнозе; Lichtscheip, в 1898 г., сделал 46 таких же наблюдений. В начале нашего столетия появились сообщения о том же русских авторов: в 1902 г. о 28 случаях применения гипноза при родах сообщил на VII Пироговском Съезде Матвеев, получивший в 82% благоприятный результат; в 1909 г. было собрано 36 случаев родов под гипнозом Вяземским, который привел и свой один случай; писал об акушерском гипнозе и Семьянников в 1907 г. Затем метод забрасывается или забывается и всплывает снова лишь в самое последнее время — в 1921—22 г.г.

В начале 1922 г. ч. Oettingen, из Гейдельберга, сообщил о 16 случаях родов под гипнозом. Schultze-Rhonhof, из той же Гейдельбергской клиники, вместе с Raefler'ом провел 79 безболезненных родов под гипнозом с хорошим результатом. Siemerling в Киле, Kirstein в Марбурге, Heberger в Дрездене и др. провели несколько десятков родов в состоянии гипноза, следуя преимущественно методике Гейдельбергской школы, и считают результаты свои весьма удовлетворительными, а метод заслуживающим самой лучшей рекомендации и широкого распространения. Произведенные в этом направлении попытки Schultze-Rhonhof'a в начале применения им этого метода дали 89,5% успеха, позднейшие опыты — 100%. У ч. Oettingen'a успех был в 87,5%. Kirstein получил на первый взгляд более скромные результаты, именно, успех лишь в 63%; интерес и ценность его опытов заключается, однако, в том, что он проводил гипно-роды в своем отсутствии; усыпив роженицу и оставив ее на попечение акушерки, Kirstein являлся снова лишь для того, чтобы разбудить пациентку. Нередко не только роды, но и оперативные пособия проходили в том же гипнотическом сне и в отсутствии Kirstein'a. Роженицы находились под гипнозом в среднем 20 часов, а в отдельных случаях до 89 часов, причем никаких вредных последствий не наблюдалось.

Относительно осложнявших роды операций большинство авторов отмечает, что в случае надобности удавалось производить их, не прибегая к наркозу, в том же гипнотическом состоянии; так, под гипнозом

накладывались щипцы, производился поворот, навлечение, зашивание промежности — без всякой реакции со стороны пациентки.

Koeger (Вена) предлагает проводить роды в бодрственном состоянии под влиянием постгипнотических внушений, данных на подготовительных сеансах. Успех был им получен в 22 случаях из 32 (70%). Выгоды этого последнего метода очевидны: роды равно ничем, за исключением отсутствия болей, не отличаются от нормальных и являются абсолютно безвредными для ребенка и матери, оставляя последней все субъективные родовые переживания за исключением болей.

Этот последний метод, как наиболее рациональный, этичный и безвредный, был, — еще до знакомства с работами Koeger'a — принят и нами и применялся с успехом как в Акушерской клинике проф. Г. Ф. Писемского при Киевском Клиническом Институте, так и в других лечебных учреждениях и в частной практике. При этом мы убедились, что большой сравнительно процент неудач (30% у Koeger'a) может быть сведен почти к 0 тщательно проводимой, заблаговременно начатой гипнотической подготовкой беременной. Что последняя совершенно необходима, мы убедились в трех случаях, где начали гипнотизировать, по просьбе рожениц, уже в полном разгаре родов: несмотря на получение довольно глубокого сна, анальгезии мы не достигли и уничтожения болезненности схваток не добились.

На предварительных сеансах необходимо добиться достаточно глубокого, быстро наступающего сна и точной реализации всех наших внушений сначала в гипнозе, а затем и в постгипнозе; при этом постоянно обращается внимание беременной на то, что все ее мысли, поступки, ощущения, находятся в полной зависимости от наших внушений; это доставляет нам безграничное доверие пациентки, заранее уверенной, что и все внушения, относящиеся к родам, также точно полностью реализуются, когда наступит время.

Далее вызывается внушениями и постепенно усиливается анестезия, проверяемая уколами булавкой в различных областях тела и тоже непременно демонстрируемая пациентке. На такую подготовку, в зависимости от индивидуальной восприимчивости, необходимо от 5 до 15 сеансов, и там, где удавалось полностью провести ее, при последующих родах мы неудач не видели; при этом женщины рожали не во сне, а в нормальном, бодрственном состоянии, но без болей.

Теперь позволю себе привести несколько наиболее интересных случаев из своей практики.

1. Женщина-врач С. (Акуш. кл. № 856), 27 лет., I-рага, крайне нервная особа, поступила в клинику за 3 недели до родов по поводу сильнейших болей в животе, особенно во время движения плода, воспринимавшихся пациенткой, как родовые схватки. Сильное нервное раздражение, психическая подавленность. Вернув пациентке двумя сеансами гипноза нормальное состояние духа, прекрасное настроение и хорошее самочувствие с отсутствием всяких болей, мы начали гипнотическую подготовку к родам (6 сеансов). Роды, продолжавшиеся около 40 часов, прошли большей частью в нашем отсутствии, и максимальным, притом весьма непродолжительным, болевым ощущением роженицы была, по ее словам, боль, как во время нормальных менструаций. На зашивание промежности и трещины в области клитора совершенно не реагировала, и, когда все швы (7) были наложены, спросила: „накладывали-ли уже

хоть один шов?" Весь родовой акт прошел при бодрственном состоянии роженицы, двукратно усыпавшейся ненадолго лишь для подкрепления внушений. Послеродовой период нормальный. Ребенок здоров. Выписалась на 6-й день.

2. Женщина-врач Ж. (Акуш. кл. № 947), 28 л., I-рага. Гипнотическая подготовка в течение двух недель. Начавшись в 6 час. утра неопределенные и неболезненные ощущения в животе так мало обращали на себя внимание, что пациентка, — сама врач-акушер, — не придавала им никакого значения и явилась в клинику лишь к 1 часу дня, когда почувствовала некоторые боли. При поступлении — полное открытие зева, отошли воды, и начались потуги. Второй период протекал быстро, сопровождаясь слабыми болевыми ощущениями. Послеродовой период нормальный. Ребенок здоров. Выписалась на 10-й день.

3. Гр-ка В. (Акуш. кл. № 246), 23 л., I-рага. Подготовка в течение 2-х недель. Большую часть родов, продолжавшихся 17 часов, провела в бодрственном состоянии, читая, сидя на окне или гуляя по палатам при правильно идущих, совершенно неболезненных схватках. Второй период, продолжительностью 1 ч. 12 м., проведен в гипнозе. Весь родовой акт абсолютно неболезнен. Воспоминание о родах неясное. После родов — прекрасное бодрое свежее самочувствие. Послеродовой период нормальный, при чем и здесь на 4-й день, в виду отсутствия стула, мы, отменив назначенную клизму, употребили соответствующее внушение, после чего родильница имела в назначенное время обильный стул. Ребенок здоров. Выписана на 7-й день.

4. Гр-ка Л., 20 л., I-рага. До беременности тремя сеансами излечена от вагинизма. В конце беременности 8 подготовительных сеансов (последний сеанс — за 2 недели до родов). Роды продолжительностью 18 часов; во время родов дважды усыпалась на срок от 15 м. до 1½ час. для подкрепления заранее данных внушений. Остальное время — роды при полном сознании роженицы, весело разговаривавшей и смеявшейся с акушеркой и врачом. Роды совершенно неболезненны, воспоминание о них смутное. Послеродовой период нормальный. Ребенок здоров (если не считать врожденного сужения слезных каналов). Выписалась (из частной лечебницы) на 8-й день.

5. Гр-ка О., 24 л., I-рага. Общеравномерно-суженный таз (23, 25, 29, 18,5). Семь подготовительных сеансов. Внушено в случае ощущения болей засыпать при взгляде на свое обручальное кольцо. Роды продолжались 40 часов, из них 16 часов — в гипнотическом состоянии. Абсолютная неболезненность. Несмотря на временное погружение в гипноз (согласно внушению — при взгляде на кольцо), — все время полное сознание происходящих родов. Ребенок здоров. Никаких осложнений от 16-часового пребывания под гипнозом.

Не менее удачно было проведено нами несколько случаев неболезненных родов в частной практике.

Не всегда однако эффект обезболивания был налицо. Но если большая или меньшая болезненность и сохранялась, то все же всегда имелись те или другие плюсы в результате предварительной гипнотической подготовки, как например, спокойное отношение к совершающемуся, отсутствие всякого волнения и страха, терпеливость, послушность. Все это представляется далеко немаловажным для акушера, ведущего роды. У нас, напр., была под наблюдением беременная с тяжелой неврастенией, туберкулезом легких, миокардитом и неврозом сердца. Страх перед родами у нее доходил до психоза. Малейшее волнение, испуг, даже воспоминание о чем-либо пугающем вызывали у нее сильнейшую тахикардию. Первые сеансы гипноза проходили при пульсе 120—130. Постепенно под влиянием сна и внушений это излишнее повышенная нервная возбудимость стала проходить. Роды — болезненные, но в то же время со стороны роженицы — полное спокойствие. Пульс

во все время родового акта ни разу не превысил 80, что немало поразило терапевтов, ранее пользовавшихся болюю.

Результаты, подобные нашим, т. е. весьма благоприятные были получены также К. И. Платоновым, П. П. Истоминым, Р. Я. Шлифер, Л. А. Квинт, Славиковским, В. Г. Божовским и И. И. Туревским и др.

Последние два автора (г. Тюмень), имея весьма значительное число женщин, желавших родать под гипнозом, пробовали гипнотизировать всех приходящих на подготовительные сеансы группами, т. е. практиковали массовые сеансы гипноза, обнимавшие до 15 лиц зараз. По мнению указанных авторов таким образом эффект гипноза получается легче и скорее, чем при индивидуальной гипнотизации.

Много ли имеется уже наблюдений русских авторов над гипно-родами?

Платонов на VII Всесоюзном С'езде акушеров и гинекологов сообщил, что им и его учениками проведено более 100 родов под гипнозом. Божовский и Туревский опубликовали материал в 20 случаев. Таким же количеством случаев располагаем и мы. В общем, материал крайне бедный. Объясняется это, разумеется, еще очень малым знакомством, как врачей, так и публики с этим ценнейшим методом. Усовершенствование техники гипнотизации, изучение гипнотизма врачами со школьной скамьи и знакомство с благодетельными результатами гипноза публики несомненно разовьют применение его и при родах.

Последнее нам кажется особенно важным, ибо до сих пор, несмотря на все искания в этой области, нет средства для обезболивания родов, которое с наибольшим процентом успеха соединяло бы наибольшую безвредность и безопасность для матери и ребенка. Мы надеемся не ошибиться, сказав, что именно гипноз обладает всеми возможностями дать ключ к решению этой задачи.

Глава X.

Какие заболевания лечатся с успехом гипнозом?

Поразительные результаты, достигаемые нередко гипнотерапией даже там, где другие мероприятия оказались малодейственными, и быстрота, с какою эти результаты иногда достигаются, производят впечатление чего то чудесного и создают, хотя импонирующее, но ложное представление о гипнотерапевтических возможностях не только у публики, но и у врачей.

Такого рода случаи «чудесного» исцеления относятся, разумеется, к исключениям и отнюдь не представляют общего правила. Вообще же следует, приступая к гипнотерапии, иметь в виду необходимость или, во всяком случае, большую вероятность продолжительного, методического лечения. Если, понадеявшись на могущество гипнотерапии, вы пообещаете страдающему навязчивой идеей или какою-либо фобией, или алкоголику, или онанисту: «два-три сеанса, — и вы будете здоровы», то этим вы только дискредитируете метод и самого себя. Улучшение, и резкое, может быть, но вряд ли оно будет прочным: трудно рассчитывать в два-три раза привить субъекту ряд новых, условных

рефлексов, угасить, затормозить старые, давние, прочно зафиксированные, глубоко вевшиеся следы, запахать, загладить старые, проторенные ассоциационные дорожки патологических условных связей.

В общем к гипнотерапии применимо то же, что дает наблюдение относительно других терапевтических методов: тяжелые, застарелые, неясные в своей этиологии заболевания требуют несравненно более продолжительного и упорного лечения, чем легкие, недавние, свежие страдания.

Время, потребное для лечения, зависит еще от индивидуальности больного, и нередко одно и то же заболевание у одного вылечивается в пять сеансов, а у другого требует многих десятков их. Говоря об излечении при помощи гипноза, мы, как и при всяком лечении, обязаны принимать во внимание не столько непосредственные, ближайшие наблюдаемые нами результаты, но, главное, отдаленные, «dauerresultaten».

Если я (обращаясь к своим случаям) одним сеансом гипнотического внушения заставил бросить курить заядлую курильщицу и через 1½ года узнаю, что она действительно совершенно не курит, — я имею право сказать, что гипнозом, и очень быстро, можно отучить курить. Если же алкоголик, проделавший у меня 30 сеансов и бросивший после этого пить, через 2—3 месяца снова запьет, — я принужден признать, что лечение мною или было нерационально проведено, или, что справедливее, — осталось незаконченным.

Далее, пациента необходимо не только предохранить от рецидива, к которому он, разумеется, весьма предрасположен, но, по возможности, парализовать и вредящее часто лечению влияние третьих лиц, к которым, к сожалению, нередко принадлежат и врачи. Последние нередко совершенно не понимают и не учитывают, что слова, сказанные ими больному, могут иметь характер и значение внушения. И если больному, лечение которого гипнозом только что стало налаживаться, другой врач, которому он привык доверять и подчиняться, выскажет сомнение в гипнотерапии или отрицательное к ней отношение или пренебрежительно, насмешливо о ней отзовется — а это бывает далеко нередко, вследствие глубокого еще невежества многих врачей в этой области, — то этого часто бывает достаточно, чтобы первые же, еще неокрепшие, незафиксированные результаты лечения были сведены к нулю. Чтобы предотвратить такого рода последующее влияние на больного, рекомендуется, напр. Loewenfeld'ом, заявить ему в гипнозе приблизительно следующее: «Вы выздоровеете и будете совершенно здоровы и не поверите никому, кто вам скажет противное».

Вряд ли следует говорить о том, что всегда следует доискиваться первопричины заболевания и стараться на нее в первую очередь воздействовать внушениями. Не нужно на каждую, малейшую жалобу больного реагировать отдельным соответствующим внушением. С одной стороны, чем меньше внушений, тем лучше они реализуются, а с другой стороны, — обычно по устранении основных главнейших страданий второстепенные симптомы и жалобы исчезают сами собою.

Ясно далее, что воздействовать непосредственно на органические заболевания, восстановить разрушенные, напр., нервные элементы или вернуть в прежнее состояние элементы, значительно структурно изме-

ненные, мы при помощи гипнотического внушения не можем. Тем не менее, мы не боимся впасть в преувеличение, сказав, что немного есть даже органических заболеваний, где гипнотерапия не принесла бы существенной пользы. Возьмем ли мы параличи органического происхождения, малокровие, туберкулез, ревматизм, Базедову болезнь и т. п. — везде на первоначальной органической основе мы имеем целую массу наслоений нервно-психического характера, целый ряд чисто функциональных расстройств. Снимите эти наслоения помощью внушения — и, помимо выяснения картины ранее запутанного, затемненного основного страдания, сразу исчезнет целый ряд явлений, симптомов, жалоб, делающих затруднявших и тормозивших причинное лечение. Разве не имеет громадного, иногда решающего значения хороший аппетит, сон, хорошее бодрое, с верой в излечение, настроение у туберкулезного, у анемичного больного? Разве не ставит часто в безвыходное положение врача отвращение к молоку у нефритика? Разве не ценна возможность освободить ракового больного от необходимости отравляться морфием? — Все это представляет собою область весьма успешного применения гипноза при органических заболеваниях.

Но, разумеется, неизмеримо большее значение имеет гипнотерапия при всякого рода неврозах.

Истерические параличи и контрактуры, конвульсивные истерические припадки, гиперестезии, парестезии, невралгии, общая нервная раздражительность, головные боли, бессонница, неврозы сердца, состояния всякого рода страха, неврозы желудка и кишок, психическая импотенция, онанизм, извращенное половое влечение, заикание, алкоголизм, кокаинизм, морфинизм, клептомания, различные виды детской дефективности, ослабление интеллектуальных способностей, особенно внимания и памяти, патологическая лживость, лень, болезненные изменения настроения и характера, дурные привычки, как напр., к азартным играм, и многое другое — вот простой перечень заболеваний, кроме указанных в предыдущей главе женских болезней, — которые, как могу на основании собственного опыта утверждать, излечиваются при умелом, терпеливом и настойчивом применении гипноза.

На некоторых из них позволю себе остановиться более подробно.

Сравнительно весьма значительный процент больных, прибегающих к гипнотерапии, составляют алкоголики. Уже давно акад. В. М. Бехтерев пропагандировал этот способ лечения алкоголизма. В 1911 году в б. Петербурге была им совместно с д-ром Цевницким организована специальная амбулатория для гипнотерапии алкоголиков.

В последнее время В. М. Бехтерев снова поднимает голос в защиту необходимости лечения алкоголиков гипнозом и широко для этой цели пользуется последним в Ленинградском Психоневрологическом Институте, где применяет с успехом сеансы массового гипноза над алкоголиками.

Мы считаем гипнотерапию алкоголиков лишь тогда действительно и прочно достигающей цели, когда проводится систематический и продолжительный курс лечения. Обычно последний мы проводим таким образом: 30 — 40 сеансов; перерыв на 4 — 6 недель; снова 30 — 40 сеансов; перерыв на 8 — 12 недель; заключительные, фиксирующие

10—15 сеансов; таким образом, такой курс лечения заключается в пределы одного года.

Необходимо отметить, что алкоголики представляют собою чрезвычайно легко «поддающихся» гипнозу субъектов. Я лично не встречал еще ни одного алкоголика, который с 1—2-го сеанса не заснул бы. Полагаю, что здесь играет роль изменение вегетативной нервной системы в сторону ваготонии.

Труднее, на мой взгляд, гипнотизировать морфинистов и еще труднее кокаинистов, но раз только удается выработать у них условно-рефлекторный сон — излечение можно гарантировать.

Весьма легко и быстро, радикально излечиваются онанисты (тоже ваготоники?).

Далее благодарную область представляют различные виды патологического страха и фобий. В частности мне нередко приходится пользоваться артистов и музыкантов, одержимых непреодолимым страхом перед выступлениями на сцене и эстраде, что, разумеется, сплошь и рядом, несмотря на имеющуюся талантливость и наличие всех необходимых данных для успеха, — буквально губит их карьеру. ПIANИСТЫ чаще всего жалуются, напр., на появляющийся при публичном выступлении спазм в руках, одеревенение пальцев, далее на внезапные пробелы в памяти, когда из прекрасно разученной музыкальной вещи вдруг как бы выпадают целые строки и даже страницы. ПЕВЦЫ теряют от волнения звучность голоса, уверенность в высоких нотах, сбиваются с ритма; страдает даже их музыкальность, что приводит к детонированию и т. д. Все эти весьма тягостные и часто гибельные для профессионалов расстройства неизменно успешно излечивались мною гипнозом, при чем после лечения публичные выступления больных проходили по большей части особенно успешно и блестяще. Говорят, что и наш знаменитый композитор и пианист С. Рахманинов испытал в этом же смысле на себе благотворное влияние гипноза.

Во многих случаях навязчивые идеи исчезают в результате гипнотических внушений, особенно, если был вскрыт момент их образования. Мне пришлось пользоваться студента-медика, страдавшего навязчивым представлением об остром ноже, приставленном к его шее. Больной не выносил прикосновения воротника, кашне к шее. Оказалось, что будучи однажды в театре и видя, как, согласно ходу пьесы, героиня перерезала себе горло ножом, — он сейчас же почувствовал острие ножа у своей шеи и с тех пор почти не расставался с этим ощущением. Один сеанс гипноза, соединенного с гипно-анализом, совершенно излечил больного.

Вместе с Wetterstrand'ом я считаю гипноз превосходным средством против бессонницы; обладая им, мы считаем совершенно излишним и нецелесообразным назначение каких-либо снотворных, которые только прививают больному мнение, своего рода навязчивую идею, что без лекарств спать он действительно не может. Устанавливается условный рефлекс сна на прием лекарства; последнее становится условным раздражителем, без которого сон не наступает. Гипноз исправляет этот дефект механизма сна. «Гипнотизировать — значит приучать засы-

пать», — и мы действительно помогаем больным страдающим бессонницей настолько овладеть сном, что последний они могут в результате лечения произвольно вызывать в любое время.

С другой стороны не могу согласиться с тем же Wetterstrand'ом, Loeuwenfeld'ом, Бехтеревым, выдающих в гипнозе выдающееся средство для лечения заикания. Я особенных результатов в этой области не видел. Правда, у больных не хватало терпения продолжать, после неудачи первых сеансов, лечение. Платонов же указывает, что нередко лишь после нескольких десятков сеансов наступает вдруг, внезапно улучшение; поэтому количество сеансов при лечении заикания должно быть многочисленно (50 — 60).

Прекрасные услуги гипноз оказывает при изменениях настроения, напр., при болезненно-удрученном настроении, при повышенной раздражительности, при ипохондрических состояниях, вялости мышления, ослабленности внимания, т. е. при состояниях, которые можно обобщить под общим наименованием астеничности интеллекта. В пример могу привести больного — студента, потерявшего всякий интерес к занятиям, не имеющего сил сосредоточиться на читаемом, находящегося в угрюмо-озлобленном настроении в отношении товарищей и в довершение всего ленивого и засыпающего над книгой; ему предстоят экзамены. Двенадцать сеансов гипноза перерождают его: оживленный, приветливый, полный жажды занятий, энергично наверстывает он потерянное и являет собою прекрасный образец «магического» действия гипноза.

Размеры предлагаемой книги не позволяют нам более подробно остановиться на казуистике практического применения гипноза в медицине. Интересующийся читатель найдет богатейшую казуистику в книге Wetterstrand'a: «Гипнотизм и его применение в практической медицине» 1908 г. В нашу задачу входило дать лишь основы теории и практики гипноза: развитие же теоретических взглядов, нами высказанных, и проведение их в жизнь в практической медицине мы возлагаем на тех товарищей-врачей, которые, захотев обогатить себя ценнейшим терапевтическим методом, умножат собою редкие пока еще ряды гипнологов и гипнотерапевтов.

Строгая научность, чисто-физиологическая точка зрения на гипноз гарантирует практическому врачу должное понимание и овладение методом. «Настоящая физиология головного мозга», раскрывшая перед нами с необычайной простотой и ясностью все «психические» процессы, всю «душевную» жизнь и всю «психологию» человека, сорвала, наконец, и с гипноза таинственную завесу, загадочную маску сфинкса; под нею, под этой маской, оказалось все ясно, все просто и доступно.

Только в свете этой ясности и простоты, обусловливаемых чисто-научным, естественным, физиологическим подходом, гипнотизм завоюет себе более подобающее место среди научных дисциплин, чем то, какое он занимал до сих пор.

Мы видели, что дала и дает гипнотерапия и применение гипноза в области хирургических дисциплин. Мы ясно представляем себе, мы уверены, что с дальнейшим изучением гипноза, с усовершенствованием его техники, — результаты его применения будут еще более ценными и

поистине поражающими. Но чтобы это было так, не сдавайте позиции научности, занятой так недавно и с таким трудом гипнотизмом. Потеря этой позиции — это значит возвращение гипнотизма в руки шарлатанов, цирковых фокусников и безответственных «докторов магии», т. е. снова полное дискредитирование этой драгоценнейшей науки. Позицию же научности и на ней зная гипнотизма мы можем удержать не мудрствованиями лукавыми, не «психологическими» толкованиями гипноза, а физиологическим освещением его явлений, его природы и путей его воздействия. Скромный отблеск лучей этого научного освещения и пыталась представить предлагаемая книга.

В заключение, пользуясь случаем, приношу мою сердечную благодарность Заведующему Акушерской Клиникой Киевского Клинического Института глубокоуважаемому профессору Григорию Федоровичу Писемскому, впервые побудившему меня заняться изучением гипноза и предоставившему мне для этой цели материал заведомой им клиники.

Глава XI дополнительная.

О „гипнотизере“ То-Рама.

Зимой 1927 года в Клеве, Харькове, Одессе, Москве и др. крупных городах привлекли всеобщее внимание происходившие в цирках выступления То-Рама, рекламировавшего себя, как необыкновенной силы гипнотизера, взглядом подчиняющего себе и гипнотизирующего диких зверей, безболезненно прокалывающего себе тело острыми иглами и т. п.

Художественный Совет О. С. П. С. поручил автору настоящей книги посетить представления То-Рама и дать в научном освещении отзыв о его экспериментах.

Нижеследующее представляет собою незначительно видоизмененный доклад, представленный автором в О. С. П. С.

Опыты То-Рама делятся на три различные между собою группы.

Эксперименты первой группы представляют собою демонстрацию произвольного уничтожения болевой чувствительности экспериментатора, благодаря чему последний безболезненно производит проколы своих рук (предплечий) длинными иглами. Основой для этих экспериментов послужили, по словам То-Рама (австрийца по происхождению), его самонаблюдения во время лечения полученных в 1916 году на войне ран. Он тогда заметил, что усилием воли и самовнушением можно добиться обезболивания.

Последнее наблюдение То-Рама и его эксперименты для науки, разумеется, не представляют чего-либо загадочного. Для объяснения их нет надобности делать обычной ссылки на индийских йогов, которые действительно обладают способностью не чувствовать по желанию боли. Мы знаем отлично по себе, что когда мы чем нибудь увлечены, поглощены, заняты, как напр. захватывающим зрелищем, интересной и спешной работой, чтением, — боль от случайного поранения, пореза, укола, иногда даже значительного, вначале не чувствуется. Только,

когда внимание наше отвлечется от поглощавшего его предмета или занятия,—только тогда мы начинаем чувствовать боль, замечаем повреждение. Точно также весьма часто во время боя сражающийся не замечает полученной раны.

С физиологической точки зрения дело заключается здесь в образовании доминанты, вызванном весьма сильным раздражением; существованием доминанты, как известно, обуславливается большое или меньшее торможение других пунктов и отделов коры, не участвующих непосредственно в образовании доминанты. В число заторможенных частей коры может оказаться включенною и корковая часть кожного анализатора, торможение в котором обуславливает нечувствительность к боли.

Некоторые люди обладают исключительной способностью активно «сосредоточиваться» на любом предмете, т. е. искусственно и произвольно вызывать у себя образование доминанты.

Интенсивность последнего процесса путем тренировки может быть доведена до такой высокой степени, что наступает, как выше указано, торможение в свободных от активной работы частях коры, в том числе в кожном анализаторе.

Вот этой способностью произвольного активного сосредоточения и обладает, повидимому, в высокой степени То-Рама. О гипнозе здесь, следовательно, речь идти не может.

Вторая группа опытов То-Рама состоит в «гипнотизировании» животных, а именно кур, петухов, дикого орла, морской свинки и крокодила.

«Гипноз» животных известен с давних времен. Уже в 1646 году Атаназ Пус Кирхер в Риме производил над курицей «*ex regimētum mirabile*», т. е. поворачивал ее в гипноидное состояние. Впоследствии целый ряд авторов, к которым принадлежит, между прочим, и наш русский физиолог Данилевский, проделывали многократно опыты гипнотизирования животных, при чем гипнотизировали с успехом кур, петухов, голубей, чижей, диких птиц, раков, лягушек, змей, черепах, крокодилов.

Непременным условием для «гипнотизирования» является резкое, грубое насилие над животным, применяемое к тому же внезапно.

Особенно часто пользуются резким опрокидыванием животного на спину и удерживанием его некоторое время в таком положении.

Здесь, очевидно, мы имеем дело с защитным рефлексом в результате внезапного состояния страха. Животное инстинктивно замирает, обездвиживается потому, что неподвижное оно менее заметно, менее привлекает внимание и менее раздражает врага. Как говорилось в соответствующем месте выше, этот защитного типа рефлекс сохраняется не только у животных, гл. обр. низших, но и у некоторых людей и представляется главным фактором в наступлении «мгновенного» гипноза. Существует такой механизм гипноза у 20—25% людей.

То-Рама у большинства животных именно и применяет способ резкого, внезапного обездвиживания путем опрокидывания на спину или прижатия тела и головы животного к столу. Так. обр. это «гипнотизирование» совершается, в сущности, механически, выполнить его может каждый желающий и, конечно, личность гипнотизера, его сила

«воли», его пристальный взгляд и т. п. здесь никакой роли не играют и имеют значение лишь в качестве цирковой бутафории.

Нужно добавить еще, что экспериментирование с одними и теми же животными несомненно вырабатывает у последних условный рефлекс «засыпания», «обездвижения» на различные признаки экспериментатора, напр. внешний его вид, запах, одежду, руки и пр.

Наиболее интересные эксперименты То-Рама относятся к третьей группе. В клетке со львами (лев и львица) То-Рама, раздражив их предварительно, успокаивает их затем взглядом, заставляет ложиться, не трогать предлагаемый кусок мяса и живого барана, вводимого в клетку. Иногда разозленные львы делают попытку броситься на То-Рама, но под его взглядом и перед его вытянутой над их головами рукою — отступают и успокаиваются.

В этих экспериментах, надо думать, играют роль несколько факторов. Во-первых, бесстрашие, спокойствие То-Рама. Как известно, зверь очень часто отступает перед храбрым человеком. Во вторых, сытый лев (а только с такими, разумеется, и имеет дело То-Рама) никогда не нападает на человека (Брем). В третьих, обстановка, свет, шум, много людей, стоящих возле клетки, несомненно, ошеломляют и парализуют активность львов. Условно-рефлекторные факторы, «привычка» к данному человеку, никогда не причиняющему вреда, также не остаются без влияния на животных. Наконец, действительно, взгляд человека, как бы парализует животное в его активности и известно, что животные с трудом выносят человеческий взгляд. Может быть все же, что здесь играет некоторую роль и мысленное сосредоточение экспериментатора на том действии, какое животное должно в данный момент совершить. Как показали наблюдения В. л. Дурова, подобное мысленное внушение животным вполне возможно. Чем оно объясняется, — определенно сказать еще трудно, но, вероятно, ближе всего к истине теория П. П. Лазарева о передаче оформлений мысли в виде волн нервной энергии (электро-магнитного типа) в окружающее пространство. Мозг высших животных, в значительной мере подобный человеческому, воспринимая эти колебания, сам начинает как бы резонировать в ответ, т. е. в нем начинаются аналогичные колебания мозговой ткани, которые порождают те образы и представления, которые вызвали эти колебания в человеческом мозгу. Пока это лишь гипотеза, подтверждаемая однако экспериментами Дурова, Кажинского, Бехтерева, Васильева и др.

Таким образом, отдавая с удовольствием должное личным качествам То-Рама, его большой, повидимому, проделанной над собою работе, его самообладанию и в то же время импонирующей скромности, — мы не усматриваем в его экспериментах ни следа гипноза в соответственном его значении, гипноза, как состояния, представляющего по нашему пониманию условно-рефлекторный сон. Если к этому состоянию до известной степени приближается «гипноз» животных, то во всяком случае для его вызывания не нужно быть «гипнотизером». Остальные же эксперименты То-Рама ничего общего с гипнотизмом не имеют.

Л и т е р а т у р а.

1. И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт изучения высшей нервной деятельности животных. 1923.
2. И. П. Павлов. Лекции о работе головного мозга. 1927.
3. В. М. Бехтерев. Общие основы рефлексологии. 1926.
4. В. М. Бехтерев. Работа головного мозга. 1925.
5. В. М. Бехтерев. Лечебное значение гипноза. 1900.
6. В. М. Бехтерев. О лечении гипнозом. Вестник Знания. 1926.
7. В. М. Бехтерев. Природа гипноза. Вестник Знания. 1926.
8. И. А. Арямов. Общие основы рефлексологии. 1925.
9. А. К. Савченко. Естествознание и психич. переживания. 1927.
10. А. Б. Залкинд. Организм и внушение. 1927.
11. А. В. Немилев. Сон и сновидения. 1926.
12. Фишер-Дедуа. Сон и сновидения. 1925.
13. Н. Нарна. Сон и его значение. 1923.
14. Б. Н. Бирман. Экспериментальный сон. 1925.
15. В. Браиловский. О центре сна. Совр. Психоневрология. 1925.
16. Д. М. Залкаин и Н. А. Попова. К патологии промеж. мозга. Ibidem. 1925.
17. Д. А. Марков. К клинике заболеваний мозгов придатка. Ibidem. 1925.
18. Э. М. Залкинд. К патогенезу сна Ibidem. 1925.
19. Guillaume. Ваготонии, симпатикотонии и невротонии. 1926.
20. А. Л. Эпштейн. Рефлексы вегетат. нервной системы. 1925.
21. Dresel. Заболевания вегетат. нервной системы. 1926.
22. А. П. Николаев. Вегетат. нервная система и конституция. 1927. Труды VII Всесоюзного Съезда Гинекологов.
23. Крафт-Эбинг. Экспериментальное исследов. гипнотизма. 1889.
24. Fögel. Гипнотизм. 1910.
25. Bernheim. Гипнотизм. 1910.
26. Loeuwenfeld. Гипнотизм. 1913.
27. A Moll. Der Hypnotismus. 1924.
28. В. Данилевский. Гипнотизм. 1924.
29. Wetterstrand. Гипнотизм в практич. медицине. 1908.
30. К. И. Платонов. Гипноз. 1925.
31. К. И. Платонов и М. В. Шестопал. Внушение и гипноз. 1925.
32. К. И. Платонов и Г. З. Вельвовский. О применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии. (Врач. Дело. 1924).
33. Шильдер. Сущность гипноза. 1926.
34. В. Кречмер. Внушение. 1925.
35. М. И. Аствадатуров. Психотерапия и психоанализ. 1923.
36. С. Ференци. Интроекция и перенесение. 1925.
37. С. Я. Лифшиц. Гипноанализ. 1927.
38. Д. С. Губер-Гриц. Гипноз, как психоаналитический метод (Совр. психоневрология. 1925).
39. В. Н. Сперанский. О сущности гипнотич. внушения. (Врач. Газета. 1924).
40. А. П. Николаев. Гипноз в акушерстве и гинекологии. (Вр. Газ. 1926).
41. А. П. Николаев. Гипноз при родах и операциях. (Каз. Мед. Ж. 1926).
42. А. П. Николаев. Механизм гипноза и вегетативная нервная система. (Врач. Газета. 1927).

43. Н. П. Козаченко-Триродов. О применении гипноза при гинеколог. операциях. (Врач. Газета. 1925).
44. Е. И. Дубников К лечению гипнозом. (Врач. Газета. 1926).
45. В. Г. Божовский и И. И. Туревский. Гипноз при родах. (Каз. Мед. Ж. 1927).
46. В. Г. Дик. О диагностике психогенных заболел. в гинекологии (Журн. Акуш. и Женск. бол. 1926).
47. Г. Б. Геренштейн. Гипноз в гинекологии. (Ibidem. 1924)
48. Г. Б. Геренштейн. Психотерапия в акуш. и гинекол. (Ibidem. 1925).
49. Schultze Rhonhof. Der hypnotische Geburtsdämmerschlaf. (Zbl. f. Gyn. 1922).
50. W. Stemmer. Über Psychodiagnostik und Psychotherapie. (Zbl. f. Gyn. 1922).
51. R. Falk. Hypnose in Gynäkologie. (Ibidem. 1922).
52. H. Heberer. 50 Geburten in Hypnose. (Ibidem. 1922).
53. Friggesì und Mansfeld. Der suggerierte Dämmerschlaf. (Archiv f. Gynäkologie. 1922).
54. Kogerer. Posthypnotische Geburtsanalgesie. (Ibidem. 1922).
55. Hallauer. Die Hypnose und Narko-Hypnose. (Ibidem).

Приведенный список исчерпывает лишь незначительную, доступную автору, часть громадной литературы по гипнотизму.

Цена 75 коп.

СКЛАД ИЗДАНИЯ

В Издательство „НАУЧНАЯ МЫСЛЬ“ Харьков, Пушкинская 14,
Киев, улица Ленина № 12.