

# ПСИХОТЕРАПИЯ

## ВНУШЕНИЕ

### ГИПНОЗ

Издание третье, исправленное и дополненное  
КИЕВ «ЗДОРОВ'Я» 1978  
А.П.СЛОБОДЯНИН

615.34 С48

УДК 615.851.1/2

Психотерапия, внушение, гипноз. Слободяник А. П. Киев, «Здоров'я», 1977. 480 с.

В пособии освещены вопросы психотерапии и, в частности, гипноза на основе идей нервизма. Представлен критический разбор некоторых идеалистических концепций, течений, методов и систем в зарубежной психотерапии.

Большое внимание автор уделяет основам советской психотерапии, учению о сне и гипнозе, технике и методике гипноза, вопросам специальной психотерапии.

Рассматриваются вопросы психотерапии при соматических заболеваниях, а также в курортологии, в спортивной, экспертной практике, психотерапия в практике военного врача, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология и психотерапия, психофармакология.

Книга рассчитана на психиатров, невропатологов, врачей широкого профиля.

Ил. 31. Список лит.: с. 468—477.

Рецензенты: докт. мед. наук Н. К. Липгарт, доц. В. Г. Ротштейн

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЗДОРОВ'Я», 1977

51700—019

М209(04)—78

°—77

Предисловие к третьему изданию

Предыдущее издание книги полностью разошлось. *Pro captu lectoris habent sua fata libelli* (Судьба книги целиком зависит от того, как принимается читателем).

За это время в нашей стране вышло в свет несколько монографий по психотерапии: «Руководство по психотерапии» под ред. В. Е. Рожнова, «Очерки психотерапии» М. С. Лебединского (2-е издание), «Неврозы и их лечение» А. М. Свядоца и другие.

Третье издание значительно переработано и дополнено. При этом учтен опыт отечественной и зарубежной психотерапии за последние годы.

Первая часть книги дополнена разделами: «Психотерапия психобиологическая», «Теория О. Ранка», «Трансактивный анализ», «Социальная терапия» Б. Грей-хэма, «Система психотерапии Zen (дзен)», а также сведениями о развитии отечественной и зарубежной общей психотерапии.

Во второй части дано определение сущности психотерапии; с современных позиций освещены нейрофизиологические аспекты психической (познавательной) деятельности, вопросы врачебной этики, деонтологии.

Раздел «Специальные методы психотерапии» дополнен описанием таких методов, как персуазия, реориентация, психотерапия через понимание, психотерапия недирективная, психотерапия директивная, имаготерапия, библиотерапия, либропсихотерапия, десенсибилизирующий метод, коррективный интерперсональный метод (Knobloch), игротерапия, семейная психотерапия, психоделическая и психолитическая психотерапия, «телефонные психотерапевты», «телефонные службы спасения».

Наиболее существенные дополнения внесены в третью часть. Прежде всего освещена теория психотерапии, в частности гипноза.

Четвертая часть дополнена формулами и методиками гипнотизации В. Е. Рожнова, Erickson, R. Wolberg, «нар-коген»-психотерапией (Р. Копеспу).

Значительно дополнена пятая часть книги — «Специальная психотерапия». Здесь с точки зрения современных достижений нейрофизиологии, психологии и философии освещены вопросы психической нормы, понятия «болезнь», «психоз»; теории установки Д. Н. Узнадзе и неосознаваемой психической деятельности; структуры неврозов и психозов; заново написаны разделы: «Сексуальный вопрос», «О воспитании сексуальной культуры», «Сексуальные перверзии

и их лечение», «О половом воспитании детей и подростков». Кроме того, уделено внимание вопросам депривации, психического голодания, фрустрации, патологического развития личности и их лечения

Наконец, являются новыми разделы: «Психотерапия в курортологии», «Психотерапия в спортивной практике», «Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия», «Психотерапия и медицинская психология», «Организация психотерапевтической помощи», «Психотерапия в психоневрологии и психофармакология».

Автор

Введение

Зарождение психотерапии относится к предыстории человечества. И, конечно, историю психотерапии необходимо рассматривать в тесной связи с развитием пяти общественно-экономических формаций (первобытно-общинного, рабовладельческого, феодального строя, капитализма, коммунизма). Такая точка зрения дает возможность рассматривать человеческое общество в каждый период его развития как единый социальный организм, который включает в себя все общественные явления в их органическом единстве, взаимодействии, в том числе медицину, в частности психотерапию.

Первобытные люди считали, что причиной расстройств психики являются демоны, духи умерших, воплотившиеся в зверей, насекомых и др. Поэтому лечение психических расстройств состояло в изгнании демона из тела больного: больных вращали вокруг оси, избивали розгами и т. д.

В эту эпоху беспомощный еще человек ищет посредника перед богами и демонами, чтобы умилостивить тайные силы. Таким посредником становится жрец. С. Цвейг в произведении «Врачевание и психика» заметил, что медицина уподоблялась теологии, магии, культу, ритуалу. Человек не столько боролся с болезнью, сколько пытался замолить болезнь, откупиться от нее при помощи обетов, жертв, церемоний. И между богом и страданием был только один посредник — жрец как страж души и тела.

Здесь фактически и начинается психотерапия.

Пути медицины и богословия, которые вначале составляли одно целое, позже расходятся; наука отбрасывает теорию о божественном происхождении болезней, а вместе с ней и жертвы, молитвы. Врач выступает уже независимо от жреца, а вскоре и против жреца.

Незадолго до нашей эры в египетских, вавилонских, индусских, персидских письменных источниках находим упоминание о лечении психически больных весельем, музыкой, дружескими убеждениями и пр.

В истории развития медицинского мышления заметное место занимают представления врачей и философов древней Греции — Эмпедокла, Пифагора, Платона, Аристотеля, Гиппократов.

Около двух с половиной тысяч лет назад Гиппократ в трактате о поведении врача писал<sup>1</sup>: «Все, что надо делать, делай спокойно и умело, так, чтобы больной мало замечал то, что ты делаешь. Его надо, когда следует, ободрить дружеским, веселым, участливым словом; надо думать только о больном».

Древнеримский ученый Авл Корнелий Цельс для лечения больных рекомендовал убеждение, разумные занятия, чтение книг, а отказывающихся от пищи советовал водить на пиры.

Однако самым последовательным психотерапевтом являлся Соран. Он относился к душевнобольным с большой любовью и усердно занимался их лечением, протестовал против бесчеловечных методов, которые в те времена применялись — содержания больных в тюрьмах, заковывания их в кандалы, побоев. Соран считал, что помещения для душевнобольных должны быть светлыми, удобными. Больных нужно ограждать от возможных душевных травм.

В эпоху средневековья философия была на службе у богословия, пылали костры инквизиции, освещая кровавым заревом всю Западную Европу. Душевнобольных называли ведьмами, еретиками, слугами «нечистого». Они жестоко преследовались инквизицией. Сжигание на костре было единственным способом «очищения души».

Несомненно, в те времена ни о какой положительной психотерапии не могло быть и речи.

Многие даже видные врачи того времени (Вилизий, Рейль) считали, что психические болезни вызываются дьяволом.

Правда, в Западной Европе в XV—XVI вв. некоторые врачи считали, что психические болезни связаны с патологией мозга (F. Plater, C. Lepois), хотя еще в XVIII в. о мозге писали: *obscura textura, obscurionas morbi, functiones obscurissimae*.

В эпоху Возрождения основным философским течением становится гуманизм, тесно связанный с материалистическим мировоззрением. Носителями этой идеологии были ученые, философы,

писатели, поэты, художники, скульпторы. Аскетизм, представления о мире как «о юдоли плача и печали» стали неприемлемы для нового класса — буржуазии.

Развитие естествознания дало толчок материалистическому объяснению явлений. Правда, это был еще ограниченный, механистический материализм, но для того времени это была передовая методология.

Во время Великой Французской революции выступает выдающийся врач-психиатр Ph. Pinel. По разрешению Центрального Бюро Коммуны он снимает цепи с душевнобольных в Бисетре под Парижем, что явилось переломным, революционным явлением в психиатрии.

После пинелевской реформы к психически больным стали относиться, как к обыкновенным больным, которые нуждаются в хорошем обращении и лечении. Ph. Pinel рекомендовал, в частности, психо- и трудотерапию.

Выдающийся деятель Великой Французской революции, ученый и врач J. P. Marat в работе «Philosophical essay on man» впервые выдвинул мысль о том, что «всякий человек характером своей психики обязан строению своего тела».

Широко применяли моральное лечение — психотерапию в Англии (W. Тике), в Италии (A. M. Walsalva, W Kiaruggi).

В Англии первым выступил за гуманное отношение к больным J. Connolly; он провозгласил принцип «по restraint» (нестеснения).

Большой след в психотерапии оставил Н. Maudsley, выдвинувший эволюционную теорию развития, приспособления человеческого организма, единства его с окружающей средой.

В Германии в первой половине XIX в. немецкая медицина, психиатрия в частности, находилась под влиянием идеалистических концепций. Здесь появляются две школы: «психиков» (I. Heintot, K. Ideler, F. Veneke) и «со-матиков» (F. Nasse, W. Jacobi, I. Fridreich). Первые полагали, что при психических заболеваниях страдает душа как особая нематериальная сущность. Они считали, источником болезней является грех, следовательно,

лечить таких больных должны философы, богословы, а не врачи. «Соматики» считали, что душевные болезни — это «эпифеномены», симптоматические проявления всевозможных соматических заболеваний.

Выдающимися немецкими психиатрами были W. Grie-singer, K. Westphal, T. Meynert, E. Hecker, K. Wernicke, H. Neuman, R. Kraft-Ebing, K. Monakow, P. Mobius, E. Kraepelin, E. Bleuler, K. Bonhoeffer. До 1932 года немецкая психиатрия оказывала большое влияние на развитие психиатрии во всем мире. С приходом к власти фашистов немецкая психиатрия стала деградировать. Под видом «очищения расы» душевнобольных кастрировали и стерилизовали, на оккупированных территориях их уничтожали в газовых камерах.

Известно, что на Руси отношение к душевнобольным было иным, чем у романских народов, где с XIII в. свирепствовала инквизиция. Православная церковь не подчинялась римскому папе и не имела в своем распоряжении такого консервативного сыскного и судебного органа, как инквизиция.

Письменной грамотой Киевского князя Владимира 996 г. церкви вменялось в обязанность содержать гостиницы для путешественников, сиротские и вдовьи дома, а также и больницы; на это выделялась «десятина» из княжеских прибылей.

В «Житии» Феодосия Печерского, основателя Киево-Печерской Лавры, упоминается о том, что Печерский монастырь заботился об «убогих и калеках» и о «бесноватых».

Обхождение с психически больными в Киевской Руси было ласковым, гуманным.

В том же «Житии» Феодосия Печерского говорится, что психически больных считали действительно больными, в то время как пьяницами пренебрегали, они преследовались религией: «Бесный стражет неволею и добудет вечныя жизни, а пьяный... добудет себе вечныя муки».

В Ипатьевской летописи упоминается о том, что еще в 1089 г. в Переяславском монастыре был организован первый психиатрический стационар для возбужденных психически больных, а в Западной Европе подобный

8

стационар был организован лишь в 1247 г. в Англии

Татаро-монгольское иго причинило огромный ущерб культуре Киевской Руси, однако передовые ее идеи об организации психиатрической помощи, гуманном отношении к больным в значительной мере сохранились.

g XVI—XVII вв. отношение к психически больным было различным: одних считали прорицателями и святыми, слабоумных держали для забавы (шуты), а особо беспокойных

определяли в тюрьмы.

Однако в Судебнике, выработанном Стоглавым собором (1551 г.), вновь говорится, что психически больных следует помещать в монастыри («чтобы не быть им помехой и пугалом для здоровых») и обходиться с ними с кротостью.

В XVI—XVII вв. уже издаются «Лечебники», содержащие различные советы по лечению больных. Утверждалось например, что при «пугливых» больных нельзя шептать.

При «исступлении ума» рекомендовалось лечение сном, отваром мака. Давались советы, как кормить больных, отказывающихся от приема пищи.

В 1775 г. Екатерина II передала дело попечения о душевнобольных в ведение учрежденных Приказов общественного призрения, врачей. Позже открываются больницы для больных в Петербурге, а затем «в Москве. Организация опеки над психически больными относится к 1776 г. Тем не менее даже в начале XIX в. условия содержания душевнобольных в стационарах были еще тяжелыми. Об этом свидетельствует стихотворение А. С. Пушкина:

Не дай мне бог сойти с ума. Нет, легче посох и сума;

Нет, легче труд и глад. Не то, чтоб разумом моим Я дорожил; не то, чтоб с ним Растаться был не рад.

Да вот беда: сойди с ума, И страшен будешь как чума,

Как раз тебя запрут, Посадят на цепь дурака И сквозь решетку, как зверька, Дразнить тебя придут.

А ночью слышать буду я

Не голос яркий соловья,

Не шум глухой дубрав — А крик товарищей моих, Да брань смотрителей ночных, Да визг, да звон оков.\*

В эпоху развития капиталистических отношений, промышленности и торговли, географических и астрономических открытий, достижений в области естествознания появилось новое мировоззрение — материализм, которое уже опиралось на опытные знания (F. Bacon, T. Hobbes, I. Toland, I. Priestley, B. Spinoza, I. de la Mettrie, C. Helvetius, D. Diderot, P. Holbach, М. В. Ломоносов, Г. С. Сковорода, А. Н. Радищев и др.).

Уже с 40-х гг. XIX в. человечество стало свидетелем величайшего переворота в философии — возникла единственно научная и всесторонне обоснованная достоверными данными естествознания и всемирно-историческим опытом развития человеческого общества марксистская философия.

В России в середине XIX в. развилась передовая до-марксовская материалистическая философия, представителями которой были русские революционные демократы А. Н. Радищев, В. Г. Белинский, А. И. Герцен, Н. Г. Чернышевский, Н. А. Добролюбов, Д. И. Писарев, Т. Г. Шевченко и другие.

Представители материалистической мысли Запада и России, в частности русские революционные демократы, внесли ясность в такую проблему, как взаимоотношение соматического и духовного, мышления и бытия. В высказываниях русских революционных демократов мы находим гениальные мысли не только во вопросах философии, литературы, искусства, но также по медицине.

Через труды и высказывания русских врачей С. Г. Зз-белина, Н. В. Максимовича-Амбодика, Д. Самойлови-ча, М. Скиадана, П. Енгельчева, И. И. Лепехина и других красною нитью проходит мысль о «наблюдении и испытании» природы как о единственно надежном основании для науки, об истинности лишь того, что проверено опытом. Уже в XVII—XVIII вв. русские врачи считали, что «уныние» предрасполагает к болезни, «привлека-

\* Пушкин А. С, ПСС в 10 т, изд. 2-е, т. 3, с. 266—267, М, Изд-во АН СССР, 1957.

10

ет» ее. «умножает» и делает ее «опаснейшею». Из этого вытекало, что одна Из главных мер предупреждения различных болезни — это «не приходиться в уныние».

Талантливый врач М. Скиадан говорил - о «способе умерять и укрощать» душевные страсти «для благополучной и спокойной жизни». Тело и душа, по М. Скиадану, настолько тесно соединены между собой, что все «манования души» отражаются на состоянии тела, и наоборот.

В начале XIX в. известный врач М. Мудров, уделяя большое внимание психической жизни больного и психогенным факторам заболевания, требовал применения психотерапии. Он писал: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело».

И. Дядьковский был искусным психиатром, признавал и пропагандировал психотерапию,

нравственную силу убеждения.

Крупнейший клиницист В. А. Манассеин считал что в руководствах по общей терапии есть немало вопросов находящихся в полном заблуждении; «из этих вопросов едва ли не самая худшая доля выпала на вопрос о психическом лечении болезней».

Выдающиеся психиатры И. М. Балинский, И. П. Мер-ГГ' В- Х- Ка1™ск™, С. С. Корсаков, В. М. Бех-большое значение придавали психическому воздействию на Душевнобольных.

Физиолог И. М. Сеченов был непоколебим в объективной реальности внешнего мира, НаШИМ сознанием. При решении коренного вопроса — об отношении сознания к материи,

11

мышления к бытию, он придерживался материалистической точки зрения.

Все психические акты связаны с рефлексами. Идеи И. М. Сеченова развил другой/ выдающийся физиолог ■•— И. П. Павлов, создавший материалистическое учение о высшей нервной деятельности.

Представители русской материалистической медицинской мысли явились не только носителями идей нервизма и целостности организма, но также и основателями учения о психотерапии.

На громадную роль психического фактора в нарушении нормальной деятельности внутренних органов — сердца, сосудов, селезенки — указывал выдающийся терапевт С. П. Боткин.

О роли психики в возникновении телесных заболеваний говорили И. Р. Тарханов, А. И. Яроцкий, П. С. Усов, В. Ф. Зеленин и другие. Все они материалистически подходили к решению вопроса о единстве и взаимодействии психических и телесных процессов.

А. И. Яроцкий отмечал, что случаи острых заболеваний, например крупозного воспаления легких, учащаются в моменты тяжелых душевных кризисов. П. С. Усов (1911) за четверть века до Bergman подчеркивал влияние первичных функциональных нейрогенных факторов на возникновение различных органических заболеваний у человека.

Работами Т. И. Юдина, А. В. Снежневского, О. В. Кер-бикова, А. Д. Зурабашвили, Н. И. Бондарева, Н. Н. Тимофеева, Я. П. Фрумкина и других показано, что отечественная психиатрия является самобытной, оригинальной, прогрессивной.

Фактически отцом советской психотерапии является Константин Иванович Платонов, автор книги «Слово как физиологический и лечебный фактор».

Психотерапия в социалистических странах базируется на материалистических позициях и идеях нервизма. Бесплатная медицинская помощь, диспансерная и районная система обслуживания обеспечивают больному индивидуальное лечение и уход.

Народная республика Болгария. В болгарской психотерапии господствует павловская ориентация. Виднейшие болгарские психотерапевты — Н. Шипковенски,

12

Е Шаранков, Г. Лозанов, Ив. Петров, Ат. Атанасов и

^Венгерская Народная республика. Выдающимся представителем психотерапевтической школы в Венгрии был р д Volgyesi — последователь павловской школы. Он был сторонником активной комплексной психотерапии; это сознательная, рациональная и директивная психотерапия.

Кроме того, в венгерской психотерапии существуют и психоаналитические традиции (Т. Rajko, J. Hollos, Imre Hermann), применяется аутогенная тренировка, му-зыкотерапия (B. Buda, I. Hardi, R. Pertorin) и др.

Германская Демократическая Республика. В этой стране в настоящее время существуют, в основном, такие направления в психотерапии: а) гипнотерапия и аутогенная тренировка (G. Klumbies, H. Kleinsorge), индивидуальная и коллективная психотерапия; б) динамически ориентированные психотерапевтические концепции (К. Hock); в) индивидуальная терапия (К. Leonhard); г) коммуникативная психотерапия (Ch. Kohler, A. Kiesel); д) музыкотерапия (Ch. Schwabe) и другие.

Польская Народная Республика. Представителями психотерапевтической школы являются: Т. Bilikiewicz, К. Imielinski — автор книги по психосексуальным расстройствам; J. Malewski и М. Lapinski, занимающиеся психотерапией неврозов, а также С. Leder, Н. Wardaszko, J. Aleksandrowicz, J. Grabowska, А. Teutsch, Т. Frackwiak, С. Czabala и другие.

Социалистическая Республика Румыния. Широкую известность получил невропатолог Ch. Marinescu, применявший метод гипноза. Гипноз в своей практике использовали Ch. Lichter, психолог V. Gheorghin. Следует также упомянуть I. Vianu (групповая терапия), Р. Arsan (аутогенная тренировка у детей), Р. Vilcea (гипноз и аутогенная тренировка).

Чехословацкая Социалистическая Республика. В Чехословакии получили развитие динамически

ориенти-™ аНлпая> индивидуальная, коллективная психотерапия типа морено (психодрама). Однако широко назначают • такие методы и системы психотерапии, как гипноз, комп-тРениР°вка, музыкотерапия, артотерапия, комплексная психотерапия и другие.

13

Известными психотерапевтами в этой стране являются: S. Kratochvil, F. Knobloch, J. Knoblochova, O. Kondas, M. Hausner, M. Bouchal, Z. Sekaninova, E. Syristova, J. Hardi, J. Hoskovec, R. Konecny, Rubes, Urban, Mrazek, Junova.

Федеративная Народная Республика Югославия. Основу психотерапии в Югославии в первые годы после второй мировой войны составлял метод психоанализа (S. Bertlheim, D. Brazevic, V. Matic). При лечении неврозов, шизофрении (V. Muasevic), алкоголизма (V. Hudolin) применяется коллективная психотерапия.

Широко используются рациональная психотерапия, гипноз, аутогенная тренировка, коллективная психотерапия, а также классический психоанализ (S. Moric-Petrovic, M. Popovic, G. Kopar).

Часть первая

### КРАТКИЙ КРИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НЕКОТОРЫХ ТЕЧЕНИЙ, МЕТОДОВ И СИСТЕМ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Психоанализ 3. Фрейд

Прежде чем перейти к рассмотрению основных принципов психотерапии, осветим основные ее направления, ранее существовавшие и существующие еще ныне в западных буржуазных странах.

Вначале обратимся к так называемому психоанализу, который зародился в 90-х гг. XIX и в 20-е гг. XX вв. во многих странах достиг расцвета. Формировался он в шумной Вене, в довольно узком кругу людей, которые искали какую-то новую религию. И действительно, фрейдизм стал своего рода «религией интеллигенции» (J. D. Vernal). Это было время, когда психологи и психопатологи занимались безуспешными поисками непосредственного анатомического и физиологического коррелята психических процессов. Воскрешались идеалистические идеи А. Schopenhauer, N. Hartmann, а проповедь F. Nietzsche, апологета буржуазной эксплуатации и агрессии, прямого предшественника фашистских идеологов, находила живой и непосредственный отклик.

S. Freud, ученик известного французского ученого J. Charcot, проводя совместно с J. Breuer гипнологические исследования, обратил внимание на большое значение в жизни человека полового влечения и связал с ним многие явления как нормальных, так и патологических жизненных явлений.

Причины поведения человека S. Freud искал не в реальных взаимосвязях его с общественными условиями существования, а в глубинах биологической природы, в неизменяющихся в процессе развития инстинктах, влечениях.

По S. Freud, влечения (первичные) делятся на две группы: влечения «Я», или влечения к смерти, и сексу-

15

альные влечения. Эротические инстинкты вызывают у человека стремление к наслаждению. Объединенный эрос выполняет функцию сохранения рода.

От действия влечения, эроса «бегством невозможно избавиться». Влечения могут: а) превращаться в противоположные; б) обращаться на собственную личность; в) сублимироваться и г) вытесняться. По S. Freud, превращение влечений в противоположные и их обращение на собственную личность определяют черты характера человека, его отношение к другим и самому себе, мазохистские и садистские наклонности, стремление к показыванию себя, подглядыванию, нарциссизму, эксгибиционизму, двойственность чувств (амбивалентность), сострадание, эротизм.

Сублимирование возникает тогда, когда нет возможности непосредственно удовлетворять сексуальное влечение, и это последнее удовлетворяется опосредованно, в различной деятельности — научной, художественной и др.

Именно сублимация используется фрейдистами для обозначения трансформации ранних половых инстинктов в несексуальные формы поведения, черты характера. Такая черта характера, как жадность, например, трактуется как форма выражения сублимированного анально-эротического наслаждения от задерживания кала; удовольствие, которое человек получает от живописи, — десексуализированное удовольствие от игры с калом, а склонность к науке, научно-исследовательской работе расценивается как сублимация сексуального любопытства.

Учение о вытеснении — это фундамент, на котором зиждется все здание психоанализа.

Когда общественная среда делает невозможным или затруднительным удовлетворение сексуальных влечений (те или иные правила, запреты, обычаи), они вытесняются в бессознательное. Вытесненные в бессознательное, они все же ищут способ косвенного удовлетворения. И это выражается в различных обмолвках, ошибках при чтении, ошибочных действиях, забывании, остроумных высказываниях, сновидениях и т. д.

Указанными явлениями заполнена жизнь нормального человека, но, главное, ими же обусловлено возникновение неврозов.

16

S. Freud считает, что половое влечение у мальчиков и девочек возникает уже в первые дни жизни. Так, сосание материнской груди, вызывающее у ребенка приятные ощущения, сосание других частей тела, пальцев, кожи, поцелуи, поглаживания, прикосновение к половым органам и к anus (онанизм) будто бы являются первыми проявлениями полового влечения. Невинное детство с его безмятежностью, шаловливостью, нежностью — это лишь оболочка, поверхность явлений. В глубине их уже на этих ранних ступенях развития кипит бурная жизнь страстей. Здесь-то и закладывается фундамент будущих коллизий и конфликтов, с этих пор намечается характер будущего невроза.

По мнению психоаналитиков, раннее детство заполнено конфликтами, налагающими свою неизгладимую печать на будущую жизнь человека, причем самый важный конфликт — это ревность к отцу или матери, так называемый эдипов комплекс. Эдипов комплекс — не что иное, как борьба малолетнего сына с отцом за право безраздельного владения матерью. Вся жизнь ребенка, по S. Freud, проходит в эротической борьбе — от самоуслаждения до воображаемой, лелеемой ребенком сопернической схватки сына с отцом из-за матери и в более ослабленной степени — дочери с матерью из-за отца. Эрос — двигатель всех желаний и побуждений ребенка.

Но, кроме этого, оказывается, биологическая энергия инстинктов может переходить в психическую энергию. Эта последняя обладает такой же силой, как и другие виды энергии (химическая, механическая и т. д.). Наши психические процессы — это проявления психической энергии, иначе говоря — сексуальной. S. Freud ее называет «либидо». Либидо заряжает энергией буквально всю деятельность человека.

По S. Freud, сущность процесса вытеснения состоит в том, чтобы не допустить до сознания те или иные представления, в которых выражаются влечения. Влечение, вытесняемое из сознания, находится в бессознательном. Это бессознательное, как часть психики, играет руководящую роль в поведении человека.

По мнению S. Freud, психика человека есть сочетание трех инстанций: а) бессознательное, б) предсознательное, в) сознание.

17

Бессознательное — это вместилище вытесненных аффективных влечений, желаний, инстинктов, заряженных мощной психической энергией, готовых всегда реализоваться. Здесь не бывает сомнений, отрицаний, и с течением времени они не могут меняться. Бессознательное не регулируется объективной действительностью, не принимает во внимание реальность, оно неизбежно, подчинено фатальной предопределенности, принципу наслаждения.

Система предсознательного выполняет функции «цензуры», избирательно пропускает в сознание то, что для нее более приемлемо. В предсознательном также существуют бессознательные импульсы, чувства, идеи, желания, но они могут легко перейти в сознание. В этой системе принцип удовольствия может замениться принципом реальности. Цель «цензуры» — обеспечить соответствие истине, заботиться о ней.

В предсознательном уже образуется идеал личности. Он возникает из сочетания социального сознания и морали, совести. Идеал личности и является цензором, который не позволяет проникать влечениям и инстинктам из бессознательного в сознание.

Так, например, половые переживания, которые занимают в жизни ребенка (мальчика, девочки) доминирующее место, подавляются сознательно и еще больше — бессознательно. И все это с трудом можно вывести в область сознательного; психическая травма (сексуальная) остается «неотреагированной», находится в ущемленном состоянии.

Идеал личности («цензура») — своеобразный страж, который на самых ранних ступенях жизни действует в направлении недопущения в область сознания недозволенных желаний, — пресекает возможность влечению реализоваться в его первичном виде, заставляет ребенка подчиняться семейно-авторитетному укладу, несмотря на то что его влечения диктуют ему обратную линию поведения. «Цензура» есть та инстанция, которая создает для сознания условия «экономии

мышления». Она особенно строга там, где имеется состояние бодрствующего сознания. И для того, чтобы она действительно выполняла свою роль стража, «цензура» является «кордоном» между системой так называемого «бессознательного» и «предсознательного».

18

Сознание, по мнению S. Freud, выполняет лишь «органа чувств для восприятия психических процессов». Сознание регистрирует приходящие в него впечатления в основном из внутреннего мира и мень-ше \_\_ из внешнего. Из внутреннего мира поступают ощущения удовольствия и страдания, которые связаны с неудовлетворением или же удовлетворением влечений. Отсюда вытекает, что и сознание детерминируется врожденными инстинктами, а все человеческое поведение становится биологически детерминированным.

Итак, ранняя эротика играет выдающуюся роль в судьбе человека, определяет основы всей душевной жизни, влияет на его сознание, прорываясь время от времени в сознательную деятельность и создавая этим невротическую ситуацию.

И ч дальнейшем различные поступки человека связаны с сексуальными переживаниями, остающимися в подсознательной сфере; недозволенное хотя и изгоняется из сознания, но не исчезает полностью, для сознания оно анонимно. Остается его напряженность, и эта напряженность дает о себе знать самым неожиданным образом, чаще всего в сновидениях человека.

Главной проблемой психоанализа является проблема сновидений, а толкование последних — главной методологией.

Сами сновидения, по S. Freud, это своего рода конгломераты психических явлений, за которыми скрываются вытесненные из сознания импульсы к действию, а также неудовлетворенные желания. В сновидениях имеется лишь фантастическое удовлетворение желаний; эти последние, вытесненные из сознания, проявляются в замаскированном, искаженном виде. То, что человек видит во сне, со смыслом сновидений обычно не совпадает.

Так же, как и в бодрствующем сознании, совесть человека и мораль держат в узде сновидения. Здесь «я», «сверх-я» и «цензор» продолжают существовать. Отсюда будто бы и исходит сложная маскировка истинного смысла сновидений. По S. Freud, «искажающая деятельность сновидения оказывается в действительности деятельностью цензуры... сновидение представляет собою (скрытое) осуществление (подавленного, вытесненного) желания». Все сновидения в своей

19

основе носят сексуальный характер. Символика сновидений, по S. Freud, заключается в том, что каждая приснившаяся субъекту вещь имеет свой сексуальный смысл (например, палка — penis, шляпа, колодец — vagina и т. д.).

Даже случайное столкновение на улице, когда два человека не могут разойтись, обозначает сексуальное напряжение, а кроме того, и конверсию (изменение), своеобразный истерический симптом. Скрытый сексуальный смысл его — мщение за «вытесненное» желание.

Чтобы выяснить скрытое содержание несознаваемой сферы духовной деятельности, фрейдисты, как сквозь смотровое окно, анализируют сновидения и применяют гипноз.

Фрейдисты заявляют, что с больным-невротиком нужно обращаться «свободно». Это дает возможность психоаналитику проникнуть в «тайное тайных» больного. Если врач проникнет в это «тайное», он поймет причудливую кривую симптомокомплекса, вскрыет вместе с больным закономерность болезни, и последний освободится от невроза.

Чтобы разрушить преграду, фрейдисты предлагают метод «свободного» высказывания, своего рода беспредметную беседу больного с врачом. Обрывки мыслей, обмолвки, несвязные слова, даже случайно оброненные больным, для психоаналитика имеют большое значение.

Искусство психоанализа, по S. Freud, состоит в том, чтобы аналитик соблюдал два основных условия: 1) внешнюю аффективную незаинтересованность в материале, представленном больным, 2) умение направлять беспредметную беседу в сторону поисков источника тех или иных травмирующих психику больного переживаний.

При таком подходе больной всегда «сопротивляется». Но психоаналитик настойчив, несмотря на сопротивление, он из несообразностей, обрывков сновидений, ошибок, недомолвок восстанавливает картину скрытых переживаний, как бы заставляет больного заглянуть себе в душу, подводит его к необходимости осознать то или иное желание, осмыслить это и таким образом излечиться.

Психоаналитик, так сказать, копается в психике больного, анализирует раннее детство, когда мир в со-



знании ребенка был полон особыми символами, а первичные и неприкрытые желания распределяли все вещи и отношения по принципу удовольствия и неудовольствия.

Психоаналитик стремится добраться до глубин психики больного посредством «перенесения» больным своих чаяний на врача как на идеал. Больной при этом высвобождает все свои желания, грезы, неосознанные мысли. Психоаналитики говорят, что больной «перестраивается» по линии заимствования для себя черт того, кто его анализирует, то есть лечащего врача. Иначе говоря, чтобы больному излечился, он должен в своего врача «влюбиться», как когда-то влюблялся в свою мать или отца.

Такова вкратце сущность психоанализа.

Уже в дореволюционной России психоанализу было противопоставлено учение нервизма И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, обосновавшее объективный экспериментально-клинический подход к истолкованию различных функциональных расстройств.

Сторонников фрейдизма в России было немного (А. Фельдман и др.).

Советские клиницисты отрицают психоанализ по следующим причинам: глубокое несоответствие методологии общепринятым способам получения научных данных; субъективный и произвольный характер психоаналитических концепций; отвлечение внимания от активных методов лечения и профилактики; терапевтическая неэффективность психоаналитического метода, деморализующее влияние, которое оказывает психоанализ, возводя эротику в ранг ведущего социального принципа; поощрение самых худших форм упадочнической художественной литературы и искусства; глубокое искажение подлинной роли «бессознательного» в нормальном и патологическом поведении человека (Ф. Бассин, 1962).

За рубежом, прежде всего в Европе, психоанализ подвергается критике таких клиницистов, как Е. Крае-pelin, I. Wagner-Jauregg, W. Mayer-Gross и др. В США учение З. Фрейда проникло в начале XX в.

В 40—50-х годах XX столетия для одних ученых Запада психоанализ становится доминирующим течением в психологии, медицине, социологии и философии, а для Других — антинаучной концепцией. Правда, некоторые

зарубежные авторы с опаской критикуют S. Freud, иные же призывают к «компромиссу» с психоанализом, принятию отдельных его положений, сочетанию психоанализа с учением И. П. Павлова. Ряд западных ученых резко критикуют фрейдизм, подчеркивая его методологическую и научную несостоятельность, терапевтическую неэффективность и политическую реакционность (F. V61-gyesi, Ch. Caudwell, Mette, I. Begoin, Muller-Hegemann, Wortis, O'Konnor, Farrell, J. B. Furst, H. K. Wells).

В частности, американский философ-марксист Harry K. Wells (1959), рассматривая учение И. П. Павлова как целостную концепцию, всесторонне обосновывая его диалектико-материалистическую основу, раскрывает субъективно-идеалистическую сущность фрейдизма. Он пишет: «Вокруг этих двух гигантских фигур с их резко противоположными подходами и теориями в течение прошлых десятилетий происходила генеральная поляризация психологической и психиатрической мысли. Павлов служит полюсом, притягивающим различные объективные экспериментальные «школы», а S. Freud — полюсом, притягивающим различные субъективные интроспективные «школы».

Рассматривая концепцию S. Freud, можно прийти к выводу, что он решительно отказался от попыток физиологического объяснения нормального и патологического поведения человека, психических актов, от объективных научных методов исследования психики человека и создал субъективную теорию, отделил психическое от материального. Психическое рассматривается им как самостоятельное, существующее параллельно с материальными процессами (психофизический параллелизм) и управляемое особыми, психическими силами? лежащими за пределами сознания, в бессознательном.

Признавая, что для эротического инстинкта и инстинкта смерти характерны общие закономерности, S. Freud утверждает, что главное назначение инстинкта смерти состоит в разрушении себя и окружающего, стремлении превратить органическую природу в неорганическую, заменить жизнь смертью. По S Freud, человек всегда стремится к агрессии. В этом проявляется врожденная враждебность каждого по отношению ко всем и всех по отношению к каждому. Из этого следует вывод, что человечеству никогда не избежать кровопро-

литных воин, насилия и произвола, зверских расправ и дискриминации.

Что касается концепции S. Freud о бессознательном, предсознательном и сознании, то она также является чисто умозрительной, метафизической схемой, противоречащей научным физиологическим данным.

Фрейдисты не могут не признать последних достижений науки в области изучения деятельности мозга. Поэтому для обоснования своей теории они стремятся использовать новейшие достижения электрофизиологии. Так, L. Kubie (1954) считает, что эти открытия будто бы подтверждают концепцию S. Freud о бессознательном и подсознательном, об инстинктивной деятельности, об определяющей роли эмоций в поведении, независимости их от внешних воздействий. Психианалитики локализуют свое «бессознательное» в центрэнцефалической системе, ретикулярной формации. При этом они указывают, что, поскольку ретикулярная формация играет главенствующую роль в поведении животных и человека, то из этого будто бы вытекает и исключительная роль бессознательного. Более того, последователи фрейдизма локализуют и сознание в подкорковых и стволовых отделах мозга.

На самом же деле все данные нейрофизиологии, в том числе учение о ретикулярной формации, вовсе не опровергают положения, что сознание — это высшая, свойственная лишь человеку форма отражения объективной действительности и высший регулятор поведения.

Данные современной нейрофизиологии лишь углубляют и уточняют научные взгляды об условно- и безусловнорефлекторной деятельности. Задача исследователей заключается и в том, чтобы правильно интерпретировать достижения современной нейрофизиологии, верно оценивать роль различных мозговых структур в поведении человека.

Учение S. Freud отвлекает внимание от социальных проблем, биологизирует психику, человеческое поведение и закономерности, лежащие в основе общественно-исторических процессов.

Нужно помнить, что человек — существо не только биологическое, но, прежде всего, — существо социальное.

Важные, с точки зрения фрейдистов, свободные ассоциации в действительности не являются свободными,

23

так как при психоанализе всегда имеется влияние врача на больного. Иначе говоря, в психоанализ всегда входит и внушение.

Не выдерживает критики утверждение психоаналитиков о том, что вытеснение в подсознание аффективных представлений приносит вред больному, а извлечение из подсознания дает хороший терапевтический эффект. В действительности, если воскресить забытое, душевное состояние может стать худшим, чем оно было до лечения психоанализом (депрессии, идеи самообвинения и другие).

Сновидения фрейдисты рассматривают крайне произвольно и субъективно, не связывая их с материальной деятельностью мозга — физиологическими процессами. Сновидения являются своеобразным отражением действительности, обусловленным распространением в коре мозга процесса торможения. Концепция S. Freud о сновидениях является идеалистической, ей противостоит научно обоснованная теория И. П. Павлова.

Психоаналитики провозгласили примат страстей над сознанием, рассудком, опытом, нравами и воспитанием. Пожалуй, единственное, с чем можно согласиться в теории З. Фрейда, это вывод о том, что цепи религии поржавели и перестали выполнять свои функции.

В заключение отметим, что некоторые не искушенные в материалистической психологии врачи стараются найти рациональное зерно во фрейдизме. Они, например, говорят: «Разве сексуальный фактор не играет никакой роли в жизни человека? Разве не могут зависеть от него те или иные неврозы?». По этому поводу Н. В. Иванов (1961) пишет: «...советский врач не отрицает, что те или иные актуальные дисгармонии сексуальной жизни, приобретая характер психических травм, могут, равно как и другие психогенные факторы, привести к возникновению невроза по общему механизму срыва высшей нервной деятельности».

Внимательно изучая природу сексуального, мы выступаем против безмерного преувеличения роли секса; для нас неприемлемо преувеличение детской сексуальности и сведение ее к общему учению о неврозах, понимание всех неврозов как следствия сексуальной неудовлетворенности. И, наконец, мы далеко не всегда находим сексуальную символику в картине невроза.

24

Что касается сновидений, то они должны стать для психологов-материалистов и физиологов

предметом серьезного научного анализа. Ведь то, что проблемой сновидений занимаются психоаналитики, не означает еще, что она несущественна. Ее разработка необходима и с теоретической, и с практической точки зрения.

#### Неофрейдизм

После смерти S. Freud, в начале 40-х гг. XX в., в США развился так называемый неофрейдизм. Считается (W. A. Weiskopf, 1957), что начало неофрейдизму положили американские ученые. «Американизация» психоанализа означала его «социализацию».

Главными представителями неофрейдизма являются К. Ногпеу (1937, 1946, 1950), E. Fromm (1941, 1955), A. Kardiner (1945), а также F. Alexander, H. Sullivan и другие.

Психокультурный фрейдизм Хорни. К. Ногпеу выступает прежде всего против фрейдовского либидо и концепции эдипова комплекса.

По К. Ногпеу, концепция либидо не доказана и является «произвольной», «необоснованной», «вульгарной», «вредной иллюзией», представляя «реальную опасность».

К. Ногпеу считает, что человек обладает врожденными силами, потенциями. Она заявляет, что в основе поведения человека лежит детская беспомощность, которая выражается в чувстве первичного беспокойства, врожденного страха. Но, кроме этого, существует бессознательное эмоциональное стремление к безопасности. Первичный страх детерминирует поведение человека независимо от реальной опасности. Но так как человек ' стремится избежать первичного внутреннего беспокойства, он начинает неправильно воспринимать действительность.

У ребенка появляется чувство враждебности ко всему окружающему. Оно является результатом первичного беспокойства, связанного с беспомощностью. К. Ногпеу отвергает инстинкты смерти, разрушения, врожденную агрессивность, но утверждает, что враждебность возникает у ребенка при столкновении его с изначально враждебным миром.

Так как человеку присуща внутренняя потребность в самооценке и оценке его другими, иными словами,

25

потребность в безопасности, происходит недооценка или же переоценка самого себя.

Человек постоянно сталкивается' с травмирующей его окружающей действительностью. В этих столкновениях происходит самоидеализация и самореализация личности, что составляет будто бы центральный внутренний конфликт личности. Конфликты эти болезненны, и субъект становится бездеятельным.

Невротик, как правило, решает конфликт путем подавления какой-либо одной из сторон, участвующих в нем.

Здесь, как видим, К. Ногпеу, как и S. Freud, использует понятия вытеснения и подавления. В результате вытеснения сознательное превращается в бессознательное. Но проблема выбора, решения у невротика фактически является не решением, а только преобразованием первоначального конфликта в более глубокий конфликт, вообще неразрешимый.

К. Ногпеу считает окружающую среду ответственной за развитие неврозов у человека. Неврозы — это продукт культуры. Однако, как справедливо замечает J. B. Furst, К. Ногпеу не дает анализа соответствующих культурных сил, воздействующих на невротика, а также и способа их воздействия. Она говорит о культуре вообще. Саму культуру К. Ногпеу психологизирует («культура определяет психику»). Человек живет в мире вражды и «невротизируется», защищаясь от опасных ситуаций.

К. Ногпеу, хотя критикует и «исправляет» психоанализ, но в сущности не касается существа этой теории. К. Ногпеу заменила фрейдовские понятия «либидо», «подавленный инстинкт» понятиями «основной или первичный страх», «внутренний конфликт», «бессознательно идеализированный образ». Она утверждает, что движущей силой поведения человека являются те же бессознательные психические силы. Ее теория в такой же степени идеалистическая и метафизическая, как и психоанализ.

Концепция E. Фромма. Для этой концепции характерным является положение об определенном взаимодействии психологических и социальных факторов, но в то же время E. Fromm не очень возражает против теории либидо З. Фрейда. Он полагает, что в процессе эволюционного развития человек приходит к обособлению, индивидуализации. Это осуществляется в постоян-

26

ной взаимосвязи личности с социальной средой. В результате этой индивидуализации у человека появляется чувство одиночества и собственной ничтожности.

По E. Fromm, современный служащий «превратился в винтик машины», навязывающей ему свой

темп, с которым он не может справиться, будучи бесконечно ничтожным в сравнении с этой машиной. У него появляется чувство неуверенности. Человек «стоит лицом к лицу с партиями-гигантами», — партийная машина предлагает ему выбирать между двумя или тремя кандидатами; этих кандидатов выдвигал не он; они друг друга не знают, их отношения абстрактны; везде и всегда притворство. Негативная свобода, по Е. Fromm, это альбатрос, неотступно преследующий человека.

Из этого следует, что главной проблемой, которая стоит перед исследователем, является проблема взаимосвязи между психологическими и социальными факторами.

Основой социальной психологии и социологии является индивидуальная психология, которая определяется бессознательными психическими силами.

Задачей психоаналитического исследования личности является выработка средств, с помощью которых человек избавляется от невыносимого чувства безнадежности и одиночества. Какие же это средства? Во-первых, необходимо от негативной свободы подняться до позитивной свободы, во-вторых, бежать от всякой свободы. Последнее — универсальное средство избавления от одиночества и отчужденности. Само бегство от свободы — это бессознательная, автоматическая (компульсивная) деятельность. Механизм бегства от свободы может, по Е. Fromm, вскрыть лишь психоаналитический метод. Механизмы эти следующие: авторитаризм, деструктивизм и автоматический конформизм. Авторитаризм выражается в стремлении к господству или подчинению. Формами его являются садизм и мазохизм.

Е. Fromm считает, что характер — это комплекс бессознательно-компульсивных механизмов, которые детерминируют чувства, поступки и мысли той или иной личности.

Человек пассивно претерпевает хищнические атаки общества; от этих атак он может защищаться, выработав у себя для самообмана и самогипноза систему эмоциональных реакций. Если мир — это источник угрозы, то задачей индивида является или самозащита, или обращение угрозы себе на пользу.

27

Так, ребенок, которого тиранил отец, может защитить себя, приспособив систему эмоций к беспрекословному выстраданному повиновению (защитный механизм «Я»), что впоследствии может привести к мазохизму. Став взрослым, он будет находить удовольствие в подчинении жене (мужу), начальнику, политическому деятелю, заменившим авторитарную фигуру отца. Такой субъект будет находиться под пятой жены (мужа), станет человеком-винтиком в большом общественном механизме. Другой же ребенок, восстав против отцовского авторитета, может найти удовлетворение и даже садистское удовольствие в разрушении, нанесении ущерба, тирании близких как в детстве, так и став взрослым.

Деструктивизм проявляется в неудержимом стремлении к разрушению. Человек может избежать чувства собственного бессилия перед внешним миром путем разрушения этого мира. Это положение идентично фрейдистскому стремлению к разрушению (инстинкт смерти).

Наконец, третьим механизмом бегства от свободы, по Е. Fromm, является автоматический конформизм. При этом субъект, который спасается от чувства бессилия и одиночества, начинает усваивать тот образец личности, характер, который необходим обществу. Человек становится таким же, как и все другие, «личность» теряет свое «я». Мысли и чувства заменяются псевдомыслями. Стремление к автоматическому конформизму — это неосознанное стремление. Оно определяет не только поведение нормального человека, невротика, но даже целых классов. Социальные, культурные, экономические факторы — это лишь пусковой механизм. Они влияют на человека лишь вначале, позже разворачивается автоматическое действие внутриспсихических механизмов, наконец в дальнейшем не общественные условия определяют внутриспсихическую динамику, а действие психических механизмов порождает общественные явления. Как справедливо замечает Е. В. Шорохова (1963), здесь зависимость «ставится с ног на голову».

Е. Fromm, критикуя S. Freud, пытается использовать учение К. Маркса, основные понятия исторического материализма, политической экономии, чтобы «реконструировать» всю систему фрейдизма.

По Е. Fromm, Карл Маркс допустил трагическую ошибку, считая человека разумным существом, так как он не знал открытой S. Freud великой истины, что человек — это иррациональное животное; его разум не что иное, как раб его бессознательных, иррациональных

28

импульсов. «Маркс недооценил сложность человеческих страстей» — писал Е. Fromm (1945). По Е. Fromm, люди, живущие в капиталистическом обществе, — существа иррациональные,

невротики с навязчивыми стремлениями, психически больные.

Е. Fromm считает, что между здоровым и больным человеком существует лишь количественная разница; все люди подвергнуты описанным выше внутриспсихическим механизмам.

Следовательно, все люди фактически являются психопатами. А так как общество — это конгломерат индивидов (психопатов), то и само общество является больным, невротическим обществом.

Как же излечить это общество? Основное — это переделка психики человека, превращение его в разумное существо. Е. Fromm утверждает, что будущий строй — это «гуманистический коммунистический социализм», при нем основным принципом будет деление прибылей Движущей силой общественного развития должен быть гуманистический психоанализ, а главной фигурой в обществе — «гуманистический аналитик». С помощью метода психоанализа можно выявить бессознательные компульсивные стремления, осознание стремления «я» к позитивной свободе. Первой функцией психоанализа, по Е. Fromm, должна стать модернизированная религия, вера. «Человек не может жить без веры». Надо снабдить человека религией. И вообще: «Не нужно ссориться с теми, кто желает сохранить символ бога, хотя и возникает сомнение, не является ли это навязчивой попыткой сохранить символ, имеющий, по существу, чисто историческое значение» (*Psychoanalysis and Religion*, p. 114).

«Гуманистический психоанализ», или неопрейдизм, предоставляет в распоряжение человека новую религию, переполненную откровениями. «Психоаналитическое врачевание души,— считает Е. Fromm,— имеет своей целью помочь пациенту достичь такого состояния, которое можно назвать религиозным и гуманистическим, но не в авторитарном смысле этого слова» (*Zen Buddhism and Psychoanalysis*, p. 126).

Теория любви Е. Фромма По Е Fromm, любовь — Это «конечная и реальная потребность каждого человеческого существа», «единственный разумный и удовлетворительный ответ на проблемы человеческого существования», поэтому любое общество, которое препятствует развитию любви, «должно в конце концов

29

погибнуть от своего собственного противоречия с основными потребностями человеческой природы». Таким противоречивым обществом и является, по Е. Fromm, капитализм, который должен погибнуть от саморазрушения.

Любовь дает возможность человеку преодолеть чувство изоляции и отделенности. «Любовь — это активная сила в человеке, сила, которая опрокидывает стены, отделяющие человека от других людей, и объединяет его с другими» (*The Art of Loving*, p. 20— 21). Любовь — это не социальный и не исторический феномен, а «активная сила», изначально вложенная в человека, которая ждет своего признания и освобождения из темницы подавленного, бессознательного.

По Е. Fromm, существует шесть форм любви: 1) материнская, 2) отцовская, 3) любовь к родителям, 4) братская, 5) эротическая, 6) любовь к богу. Все они одновременно существуют в бессознательном, являясь частью наследия, полученного человеком из рая, перед его грехопадением.

Е. Fromm утверждает, что имеется некая сущность любви, лежащая в основе всех шести ее форм. Эта сущность состоит из двух полюсов или начал: мужского (начало мужественности) и женского (начало женственности). Оба они имманентно присущи индивиду независимо от пола.

Из всего сказанного вытекает, что в основе концепции Е. Fromm лежит теория S. Freud: признаются внутренние бессознательные психические силы, которые определяют психику индивида. Внешняя же среда — это лишь толчок, повод для действия бессознательных сил.

Психосоциологический подход А. Кардинера А. Kardiner также отвергает либидо S. Freud. Он критикует психологию V. Wundt, бихевиоризм, гештальтпсихологию, которые исследуют, главным образом, моторную деятельность и восприятие. По А. Kardiner, научной психологией, которая может быть полезной для изучения личности и социальных влияний на нее, является психоанализ. Благодаря ему можно раскрыть динамику психической деятельности, которая развивается в связи с культурой. В основе концепции А. Kardiner лежат межличностные, интерперсональные отношения.

А. Kardiner только модифицирует инстинктивную теорию фрейдизма. Он и его последователи пытаются охарактеризовать психический склад целых наций, опять-таки исходя из фрейдистских представлений. Концепцию А. Kardiner используют в своих целях расисты, заменяя биологизаторский расизм психорасизмом. Их вполне устраивает вывод А. Kardiner о том, что, например, определенные семейно-бытовые отношения могут определить леность,

безынициативность целых народов, а положение отца в семье обуславливает. . агрессивность народов.

30

По А. Kardiner, чтобы уничтожить расовое неравенство, не нужно бороться с расовым гнетом и расовой дискриминацией, а лишь постепенно изменять «культуру» отставших в своем развитии народов и приобщать эти народы к современной цивилизации. Не классовая борьба, а беседа с психоаналитиком делает раба свободным.

Таким образом, общим для неофрейдизма и фрейдизма является субъективизм в объяснении психологии человека и социальных закономерностей.

В своей практической деятельности неофрейдисты используют психоаналитические приемы, метод свободных ассоциаций. Они, как и фрейдисты, при помощи беседы пытаются «вскрыть» внутренние конфликты, установить закономерности общественного развития.

Глубинная психология и психотерапия

В настоящее время в большинстве буржуазных стран распространена так называемая глубинная психология (*depth psychology, psychologie des profondeurs, Tiefen-psychologie*). Представители ее отмахиваются от фрейдизма, критикуют его, упрекают фрейдистов в недооценке социальных явлений, но на самом деле глубинная психология подготовлена учением З. Фрейда, тесно с ним связана. Глубинная психология имеет несколько направлений: экзистенциализм, психобиология, «социальный» неофрейдизм, старый ортодоксальный психоанализ и различные методы аналитической и неаналитической психотерапии.

Экзистенциализм (*existentio* — существование) — это разновидность субъективно-идеалистической философии, созданная датским реакционером S. Kierkegaard (1813—1855) и позже принятая на вооружение идеологами германского империализма. В дальнейшем эта философия была принята некоторыми психоневрологами и психотерапевтами Запада.

Экзистенциализм — эта философия абсурда и парадокса, по J. Dews, объявляет первичным «существование», которое экзистенциалисты понимают как внутреннее самосознание, духовную жизнь, противопоставляя ее «бытию», миру материальному. Нужно отметить, что экзистенциалисты-психоневрологи не изучают материального

31

субстрата и функциональных нарушений при неврозах и психозах. Они заняты изучением форм самосознания, которые якобы недоступны объективному изучению.

В настоящее время в США господствует субъективно-идеалистическая философия прагматизма (W. James, J. Dewey). Прагматизм, как известно, отождествляет объективную реальность с совокупностью субъективного опыта, ощущений, истинное — с практически полезным, выгодным. Сама же истина как отражение объективной реальности отвергается, истинными объявляются лишь религиозные представления.

Психосоматическое направление

Психосоматическое направление в медицине возникло до второй мировой войны в США и странах Западной Европы.

Теории психосоматиков основаны на учении З. Фрейда.

Термин «психосоматика» начал употребляться в 1934—1936 гг. после работ Н. Dunbar, S. Jiliffe, F. Alexander, Wolf и других.

Психосоматики, в частности J. HalHday (1943), психосоматическим заболеванием считают лишь такое, «...природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние. Таких болезней много. Вот некоторые симптомокомплексы, разные по этиологии и течению: фиброзиты, нейриты, люмбаго, мигрени, хорея, пептическая язва, колиты, гипертония, астма, дисмено-рея, экзема, псориаз, нейроциркулярная астения (синдром Косты)».

Н. Dunbar (1934) писала, что «соматический метод — стереоскопический. Он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применен ко всем болезням».

Ко всем психосоматическим заболеваниям приложи-ма шестичленная психосоматическая формула: 1) особенности этиологии и течения; 2) тип личности; 3) особенности пола; 4) взаимодействие с другими заболеваниями; 5) семейные особенности; 6) фазность течения. Задача психосоматической медицины — изучение нормальных и патологических телесных функций в свете взаимоотношений психологического и физиологического.

32

. Применяя такие термины, как «целостность», «синтез», «единство организма» и

«детерминированность», они указывают, что механизм возникновения и развития внутренних болезней никому не известен, хотя и может быть, раскрыт методом того же психоанализа.

Интересно, что психосоматики резко выступают против целлю-лярной патологии R. Virchow. Они упрекают его в том, что он отделял клетки и органы от души.

Психосоматики часто употребляют термины «личность», «тдп личности».

Однако необходимо иметь в виду, что они под термином «личность» понимают интеграцию «сознательных» и «бессознательных мыслей».

Психосоматики считают, что все болезни берут свое начало в раннем детстве, когда у ребенка в процессе «социализации» происходит подавление «врожденных идей». К. Menninger считает, что каждый ребенок рождается, как любое четвероногое, примитивным, людоедом, асоциальным и безудержным. Каждая личность при рождении одарена агрессивностью и эротизмом (враждебность и любовь).

Согласно взглядам психосоматиков, болезни — это результат сексуальной неудовлетворенности человека (типичный фрейдизм!).

, Внешняя среда и организм, по убеждениям психосоматиков находятся в постоянном конфликте. Сама же среда — это в основном родители субъекта и объекты «враждебного» или «либидозного» влечения.

S. E. Jiliffe пишет: «Происхождение многих обратимых и необратимых органических болезней можно интерпретировать согласно концепции инфантильных либидозных фиксаций. Иногда конверсия на орган обратима, это — истерия.

Необратимый тип конверсии — это так называемая «органическая болезнь».

По мнению психосоматиков, рак грудной железы у Женщин возникает вследствие отрицательного отношения к родам и неудачного брака. Нужно ли разъяснять, что подобное утверждение не научно?

Некоторые психосоматики (J. Masserman, 1944, и др.) Резко критикуют учение И. П. Павлова, считая, что оно Не объясняет ни неврозов, ни психозов, которые вполне объяснимы с позиций фрейдизма.

2 738

33

Другие психосоматики (Th. French, 1933; P. Schilder, 1935, R. Seers, 1937; E. Kempf, 1953; W. Reese, 1953), наоборот, с целью спасения шатких теоретических положений стремятся как-то объединить материалистическое учение И. П. Павлова и идеалистическое учение З. Фрейда, извращая при этом павловское учение.

Психосоматики, приближая медицину, психиатрию в частности, к социальным наукам, пытаются при помощи медицинских методов «решать» социальные вопросы, то есть социальные явления сводят к биологическим.

F. Alexander в 1947 г. писал, что «...нации реагируют, как и люди. Малые нации реагируют, как малые дети, следовательно, нуждаются в опеке со стороны больших, «взрослых» наций». Американский врач Glowier писал, что войны имеют не социально-экономические причины, а психологические, а поэтому их будто бы можно ликвидировать путем психоанализа.

После 1950 г. за рубежом появляется литература, в которой критикуются новые положения психосоматической медицины (K. Jaspers, 1950; K. Kolle, 1953; H. Weitbrecht, 1955).

Можем ли мы, советские медики, что-нибудь почерпнуть из психосоматической медицины? На этот вопрос следует ответить отрицательно. Прежде всего, как справедливо заявляют К. М. Быков и И. Т. Курцин (1960), идейная основа психосоматики порочна, зиждется на идеалистических концепциях А. Schopenhauer, S. Freud; клинические факты, добытые методом психоанализа, не всегда достоверны. Однако экспериментальные факты представляют определенную ценность.

Неогиппократическая медицина. Теория конституции

Возникла в 20—30-х годах как течение, направленное против механистических и аналитических тенденций в медицине. Она пытается возродить принципы классического учения Гиппократов. Создателями и сторонниками этой теории являются N. Pende, M. Laignel-Lavastine, M. Martiny и другие. Неогиппократики подчеркивают значение конституциональных факторов, опираясь на представления Гиппократов о целостности организма, типах телосложения и темпераментах. Они учитывают

34

значение среды (социальной), однако исходят из положений о биологической, психобиологической и субъективно-психологической предопределенности заболеваний. Здесь как

бы слиты основные концепции психосоматической и неогиппократической медицины. Единство психического и физического, по убеждению неогиппократиков, проявляется в психосоматике и вскрывается психоанализом.

#### Катартический метод

Катартический, или психокатартический, метод возник раньше, чем психоанализ З. Фрейда. Фактически психоанализ ведет свое существование от катарсиса. Основателем метода в том виде, в каком он предстает на Западе, является J. Breuer. Метод катарсиса тесно связан со взглядами французской школы (J. Charcot) и с психологией истерии. Впервые он применен P. Janet, а затем O. Vogt и K. Brodman. Термин «катарсис» (гр. katharsis — очищение) мы впервые встречаем у Аристотеля; в античной поэтике он означал очищение и облегчение от чувства страха и сострадания, вызванного у зрителей событиями, происходящими в античной трагедии.

Средством лечения путем катарсиса служит гипнотическая гипермнезия, то есть повышенная способность припоминания, которой можно достигнуть в гипнозе. Сторонники этого метода лечения считают, что критика у больного должна сохраняться. Он должен знать, что во время гипнотического состояния может припомнить то, что уже им давно забыто. Это забытое («травмати-зирующая ситуация»), по J. Breuer, которое явилось причиной невроза, должно потом воскреситься, как бы осознаться, а потом «отреагироваться» больным, вновь пережить. При этом он избавляется от болезни (тяжелые истерические припадки, травматические неврозы, различные фобии, половые извращения и др.).

В основе катартического метода лежит неверное положение, будто все неврозы возникают вследствие какой-либо психической травмы (в основном сексуальной), вытесненной в сферу бессознательного. Этот метод включает в себе и другую ошибку, ибо не всегда осознание психической травмы, то есть выведение из бессознательного в сознание, является лечебным и

2\*

35

благотворным. Мы знаем, что повторное переживание психической травмы может привести иногда к довольно серьезным душевным потрясениям, новым невротическим — и даже психотическим (реактивным) состояниям.

Позже нам еще придется возвратиться к этому методу, который, если отбросить ложные теоретические установки, может быть использован в психотерапии.

#### Теория комплексов К. Юнга

Своеобразным видоизменением фрейдизма является аналитическая психология швейцарского психиатра С. Jung, который был сторонником S. Freud, но затем отошел от него из-за разногласий по вопросу о либидо и бессознательном. С. Jung выдвинул концепцию «коллективного бессознательного», которое является основным в поведении человека (а не «индивидуальное бессознательное»). С. Jung отрицал также пансексуализм S. Freud.

Психику человека С. Jung делит на слои (стратификация психики), выделяя личное сознательное, личное бессознательное и душу. Личное сознательное, в свою очередь, делится на личность и эго (глубокий слой). Личное бессознательное — это все забытое и подавленное человеком (бессознательный опыт). Коллективное бессознательное имеет поверхностный слой, который является своеобразным двойником «я», личности, как бы тенью личности. Далее следует душа. Коллективное бессознательное включает биологическое прошлое человека, вернее филогенетический психический опыт человечества. Оно складывается из так называемых архетипов. Архетипы—это уже инстинктивное. Проявляются они в виде символов. Архетипы являются мотивами бессознательного, языком бессознательного, мотивами поведения человека. Они проявляются в сновидениях, мифологии, религии. Архетипов очень много и именно потому, что они не что иное, как переживания наших предков.

Следует сказать, что в «коллективном бессознательном» С. Jung имеется много общего с эдиповским комплексом S. Freud. И, как справедливо замечает Е. В. Шо-и, рохова (1963), биологизаторская позиция S. Freud заменена неприкрыто идеалистической идеей бессозна-

36

#### III

тельного символизма архетипов. Модификация психоанализа З. Фрейда заключалась в том, что психоаналитические исходные позиции получили дополнение в виде генетической теории либидо и идеалистической, телеологической трактовки основ человеческого поведения.

Таким образом, концепция С. Jung фактически ничем не отличается от концепции S. Freud. Различия в их взглядах несущественны. S. Freud и С. Jung выдвигают примат инстинктов над



разумом, примат бессознательного и «энергетически-телеологический волюнтаризм» (В. М. Морозов, 1961). J. B. Furst (1957) писал, что С. Jung «развил» теорию «расового бессознательного», договорился до существования высших и низших народов.

Теория О. Ранка

Австрийский психотерапевт и психолог О. Rank в своих ранних работах рассматривал с позиций психоанализа процесс художественного творчества, мифологию и т. п. В 20—30-х годах в труде «Травма рождения» (*Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse*), Lpz, 1924) О. Rank выдвинул психологическую концепцию, в которой решающим фактором развития выступает страх, вызванный травмой и фактором рождения.

По О. Rank, человеческая психика травмирована мучительным актом рождения, разрывом с природой, образующим психическое. Чем же определяется поведение человека? — Оказывается, оно определяется стремлением вернуться в потерянный рай внутриутробного состояния. Правда, с развитием культуры оно приобретает сублимированные формы, всегда напоминая человеку об «ужасе рождения».

Чтобы личность нормально развивалась и была духовно здоровой, О. Rank предложил психотерапию, целью которой является преодоление первичной травмы рождения.

О. Rank утверждает, что начало формирования личности индивида в разрыве биологических связей, самом акте рождения, продолжающееся на психическом уровне. В этой стадии у человека появляется чувство одиночества, покинутости, которое как бы активизирует травму рождения.

37

Если в дальнейшем новые связи с миром не будут установлены на более высоком уровне, «свобода» будет травмировать личность, в результате чего может возникнуть невроз. Позже это положение было полностью заимствовано неофрейдистом E. Fromm.

Таким образом, О. Rank биологизирует личность, его концепция является чем-то средним между психоанализом З. Фрейда и современным неофрейдизмом.

Психотерапия психобиологическая А. Мейера

Метод биологической психотерапии состоит в том, чтобы объяснить больному, что его функциональные расстройства вызваны подавлением бессознательных комплексов (сексуальных).

При этом тщательно собирается анамнез и оценивается, как больной приспосабливается к окружающей среде, выясняется влияние эмоционального на телесное.

Далее, коррелируются контакты больного с окружающей средой. Больному внушается, что он должен адекватно реагировать на ситуации, в которых находится, особенно на те, которые нельзя изменить.

Условием успеха этого метода, так же как при психоаналитической психотерапии, является интеллигентность больного и проницательность и большой жизненный опыт врача.

Стоя на позициях прагматизма, А. Мейер отрицал принцип нозологии в медицине и, в частности, в психиатрии. Представители этого направления считают, что психическая болезнь — лишь последнее звено в той цепи реакций, которые вызваны событиями предшествующей жизни. Они пренебрегают современными методами лечения, рекомендуя вместо них психотерапию в виде «анализа личности» (психобиологическая психотерапия).

Социометрия. Психодрама Д. Морено

В 30-х годах текущего столетия в современной социальной психологии появилось новое учение — так называемая социометрия. Основателем ее был J. Moreno (1958). Основу этой теории составляют положения психоанализа, парапсихологии, бихевиоризма, гештальт-психологии и экзистенциализма.

38

Наше общество J. Moreno называет «социальной вселенной» и делит его на три части: а) внешнее общество, б) социометрическая матрица и в) социальная реальность. 'Внешнее общество — это «все осязаемые и видимые» группировки; последние делятся на большие, малые, официальные и неофициальные. Социометрическая матрица, открытие которой J. Moreno считает своей огромной научной заслугой, — это «все социометрические структуры, невидимые микроскопическим глазом, но становящиеся видимыми после социометрического анализа» (1958). Социальная реальность — это синтез «общества» и «матрицы».

Общественный индивид, по J. Moreno — это «социальный атом». Этот «атом» обладает невидимыми, исходящими от него «флюидами», нематериальными, несознательными «излучениями», которые передаются от человека к человеку. Эти излучения называются «теле». Это сгусток эмоционального отношения, существующий независимо от человека «Теле»

передается на расстояния и влияет на эмоции, чувства людей, симпатии и антипатии, оно влияет на поведение человека, сплачивает одних, ссорит других и т. д.

Когда соответствующее «теле» входит в группы людей, возникают сообщества, называемые J. Moreno «социальными молекулами», «созвездиями атомов» или «социоидами».

Понятие «класса» J. Moreno отвергает, оно будто бы является «досоциологическим мифом». Эта новая терминология имеет определенное социальное назначение, а именно: создать «научное» представление о капиталистическом обществе, которое, по J. Moreno, является больным и требует лечения.

J. Moreno явно симпатизирует S. Freud, называя его «великим эмпиристом». «Межличностные отношения» он также характеризует с фрейдистских позиций.

J. Moreno сохранил понятие «катарсиса» и понятие «невроза» как конфликта только между «официальным обществом» и «социометрической матрицей».

J. Moreno заменил процедуру беседы больного с врачом-психоаналитиком процедурой игры на сцене одного больного с другим. Эту «процедуру игры» он назвал «психодрамой».

Психодрама — один из методов групповой психотерапии. Заключается она в следующем. Психотерапевт (социометрист) „подбирает определенную группу больных, просит их выйти на сцену и представить в лицах ту или иную знакомую ситуацию. Больные должны говорить, придумывать на ходу темы для разговора, а также на ходу действовать. При этом, по мнению J. Moreno, больные будто бы переживают важную для них ситуацию и таким способом избавляются от болезненных симптомов. Во время такой игры осуществляется «катарсис». Основными действующими лицами психодрамы являются 'протагонист (субъект), руководитель (ведущий терапевт), вспомогательные «эго» и группа.

39

J. Moreno указывает, что самое главное в психодраме — это непосредственное наблюдение врача за поведением больных. Во время первого сеанса психотерапевт устанавливает, в какой степени отношения членов группы между собой отражают любовь, равнодушие или ненависть. Так, врач может заметить, что один или двое больных держатся вместе, улыбаются друг другу или беседуют, двое или трое больных держатся изолированно, а еще двое сидят вместе, но относятся друг к другу холодно. При этом в представлении психотерапевта складываются первые контуры «социограммы», или «эмбриональной матрицы». Межличностные отношения больных могут быть вскрыты позже.

J. Moreno предлагает различать: социограмму наблюдателя, опознавание врачом, объективную социограмму, перцептивную социограмму, интуитивное опознавание структуры группы. После двух-трех сеансов психотерапевт просит своего коллегу провести сеанс с той же группой больных. Затем врачи сравнивают свои наблюдения. Это, по J. Moreno, означает переход от социограммы наблюдателя к интуитивной социограмме, причем первая имеет даже большее значение.

После нескольких сеансов психотерапевт обычно переходит к формальным социометрическим тестам, которые и определяют уже объективную социограмму.

На следующем этапе лечения врач предлагает каждому члену группы составить собственную социограмму. Больной должен указать на отношение к нему окружающих (перцептивная социограмма). При этом больной может считать, что кто-нибудь из членов группы симпатизирует ему, а объективная социограмма показывает обратное. Расхождение между субъективным восприятием и объективными фактами способствует уточнению межличностного статуса.

Самое главное в «психодраме» — добиться от каждого человека максимального спонтанного участия, а также творчества. Это, как утверждает автор, альфа и омега всей процедуры. Спонтанность в психодраме оперирует не только речью, но даже пением, музыкой, танцами и рисованием. Протагонист может играть роль отца, матери, жены, сестры, брата. Он может представить сцены из своей жизни при помощи других лиц. При этом протагонисту помогает другое лицо — вспомогательное «эго»,

40

оно действует так же, как и он, причем вспомогательное «эго» изображает протагониста таким, каким он есть в данный момент, а другое показывает его таким, каким он будет через некоторое время.

Существует также модификация психодрамы — гипно-драма, наркосинтез и психодрама, аналитическая психодрама, когда после психодраматического выступления протагониста психотерапевт раскрывает смысл разыгрываемой сцены в духе S. Freud, аналитическая детская психодрама, дидактическая и диагностическая психодрамы, при которых выступают

вспомогательные лица — психиатры, терапевты, социальные работники, сестры. Имеет ли социометрия какую-нибудь теоретическую ценность? На этот вопрос в настоящее время ученые отвечают отрицательно. Прежде всего, социометрия — это новейшая субъективистская теория, созданная для маскировки идей религии и буржуазной идеологии (Н. С. Мансуров, 1963). J. Moreno пишет: «Я, следовательно, мог создать новые божественные ценности, в известной степени пренебрегая прошлыми построениями. Для меня теология стала более, чем это означает дословно,— наукой о самом боге, высшей ценности, а не боге — творце биографии святых или религии человечества» («Социометрия», с. 264).

Но, как справедливо пишет Н. С. Мансуров (1963), реакционная идеологическая сущность социометрии состоит не только в защите религии, психоанализа, философии Бергсона, в доказательстве их пользы, но и в «ниспровержении» марксизма-ленинизма. J. Moreno так и пишет: «Нужно и должно положить предел распространению марксизма. Это может быть осуществлено только при помощи идеи, которая превосходит идею коммунизма. Коммунизм нельзя остановить чисто физическими мерами. С идеями приходится бороться, и их можно победить только в битве идей» («Социометрия», с. 31).

Концепция социометристов о каком-то «теле», которое они сравнивают с биотоками мозга или рентгеновыми лучами, не выдерживает научной критики. Нет ни фактических, ни теоретических оснований для принятия этого «теле» как сгустков нематериальной субстанции, которая будто проникает в человека помимо органов чувств, воздействует на чувства человека, обходя его сознание.

41

J. Moreno считает психодраму показанной для лечебной истинных психозов, в частности тяжелых форм шизофрении, а также неврозов с психомоторными расстройствами (тики, заикание и т. п.). Однако, по справедливому замечанию В. М. Морозова (1964), даже в чисто клиническом отношении надо признать совершенно недопустимым утверждение, что психодрама показана для лечения шизофрении.

Автор пишет: «Нужно категорически подчеркнуть, что психодрама (как и психоанализ) является противопоказанной при всех формах и стадиях течения шизофрении» (1964).

В настоящее время прогрессивные ученые (W. U. Sneider и др.), понимая ненаучный характер социометрии, активно выступают в печати против ее положений.

Представляет интерес опыт М. С. Goldberg и S. B. Blume, которые с успехом применяют психодраму для устранения психопатологических синдромов. В частности, ее используют для коррекции «госпитализма», когда вновь приходится обучать больных вести себя за столом, пользоваться городским транспортом и т. п. Можно использовать ее для выявления проблем внутрибольничной жизни, характера взаимоотношений среди больных, динамического наблюдения за состоянием в процессе лечения.

Методологические основы психодрамы порочны, но она, возможно, показана при лечении хронического алкоголизма. Благодаря непосредственному переживанию во время игры (под руководством врача) больной может прочувствовать собственные конфликты, осознать мотивы своего поведения. Так как при этом имеется «обратная связь» с группой, протагонист начинает видеть себя глазами других участников инсценировки, получает возможность «пережить» поведение, противоположное его собственному.

Трансактивный анализ Е. Берна

Этот вид психотерапии R. Копеспу и M. Bouchal относят к социометрической психотерапии. Это как бы разновидность фрейдовского психоанализа. По E. Bern, человек состоит из трех частей: Родитель, Ребенок и Взрослый. Родитель — это предрассудки, нормы, приказы, которые прививаются и живут в каждом человеке: «веди себя прилично, уважай старших» и др. Ребенок — это эмотивная иррациональная составная часть человека. Взрослый — область самостоятельности в оценке окружающей действительности, без предрассудков (Родитель) и без аффектов и эмоций (Ребенок).

42

Метод трансактивного, коммуникативного анализа состоит в том, чтобы научить человека всегда, в любой момент и в любой ситуации в себе самом отличать все эти составляющие. Если субъект поймет, осознает в себе, а также и в других эти три части, он избавится от многих патологических, тревожащих его симптомов.

Экзистенциалистский томизм

В настоящее время за рубежом экзистенциализм соединяется с томизмом и неотомизмом. Томизм,

как известно, философское и теологическое учение Фомы Аквинского, официальная доктрина католичества. Томизм провозглашает, что знание, подчинено вере, постигающей «сверхразумные истины» христианского учения. Неотомизм — богословско-идеалистическое учение современной буржуазной философии, представителями которого являются М. Grabman, К. Voimker, J. Maritain и др., также пытается подчинить знание вере, соединить религию и политику.

Экзистенциалистский томизм весьма распространен в некоторых капиталистических странах (Испания и др.). Последователи его считают, что экзистенциалистский томизм должен стать основным методом лечения неврозов, психогений и психопатий. Кроме того, они претендуют на универсальное «спасение души» психически больных; пропагандируют новую форму психотерапевтической католической религиозной исповеди. Поборники католического экзистенциализма превращают психотерапию в «религиозное просвещение».

Неотомизм в психиатрии представляет собой проявление реакции.

Прогрессивный аргентинский психиатр А. Lertora характеризовал неотомистский экзистенциализм как антирационалистический фидеизм, «философию веры».

Логотерапия, «терапия духа» В. Франкля

Невроз, по V. Frankl, может быть психогенным или неогенным. В качестве методов лечения неврозов он предлагал логотерапию, «парадоксальную интенцию», «терапию духа».

43

Психотерапия должна быть направлена на выявление того, чего боится больной («парадоксальная интенция»), чтобы помочь переломить себя, избавиться от страха. Если это удастся, больной выздоравливает. В основе сексуальных неврозов, по V. Frankl, лежит погоня за наслаждением и боязливое ожидание. Усиленное внимание является источником торможения.

При этом в основе лечения обычно лежит не внушение или переубеждение, а «истинная логотерапия». Больной должен «оторвать в себе душевное от духовного». Врач при этом призывает больного к «гордости духа». Больной должен «смотреть в глаза страху», высмеивать страх. А для этого он должен обладать чувством юмора, «бодростью к смешному». Воздействуя на больного, врач цитирует и ссылается на религиозные псалмы. «Не священник теперь духовный пастырь, им сделался врач», он взял на себя заботу о душе.

-Невроз зависит от нравственного напряжения, от конфликта совести, связанного с духовными проблемами. V. Frankl, критикуя S. Freud, пишет, что у человека существует «воля к смыслу жизни», а не только воля к наслаждению (S. Freud) или воля к власти (A. Adler). В настоящее время увеличилась потребность людей в психотерапии в связи с «экзистенциальной фрустрацией», то есть утратой смысла жизни. Кроме любви и творчества существует страдание. Страдающий нуждается не столько в ученом, сколько в гуманном медике, заботящемся о его душе.

Психотерапия V. Frankl связана с проблемой «ценности». Бытие человека характеризуется духовностью, свободой и ответственностью. Но духовное нельзя вывести из недуховного. Свобода же человека — это свобода от наследственности, влечений и среды. Не окружающая среда создает человека, а сам человек создает все, что его окружает, создает самого себя. Психотерапия апеллирует к смыслу, воле, свободе воли. Ответственность вытекает из духовности и свободы. Это ответственность не перед людьми, не перед собой, а перед богом, сверхличностью.

Как видим, теория В. Франкля — это экзистенциалистская психотерапия, созвучная идеям христианской (католической) религии. Основные ошибки: признание у человека только духовного; смешение духовного и душевного; неправильное понимание свободы воли, игнорирование роли социальной среды; признание страдания высшим благом человека.

44

Комбинированная психотерапия. Наркоанализ

Многие зарубежные ученые длительное время отрицали принцип комбинированной психотерапии. Они рассматривали психогенные заболевания в чисто идеалистическом плане, противопоставляли соматическое психическому.

Сейчас за рубежом широко применяют комбинированную психотерапию. Однако и в эти методы проникли идеи психоанализа S. Freud. Так, в США и Англии широкое распространение получил наркоанализ. При наркоанализе используются те или иные наркотические средства — амитал, пентотал и другие дериваты барбитуровой кислоты — с целью ускорения психоанализа. С помощью «амиталового интервью», «пентоталовой беседы» исследователи получают так называемую «сыворотку истины», иначе говоря, за короткий срок, пока действует то или иное снотворное средство, которое ослабляет, по их мнению, «сопротивление», они проникают в содержание пси-хотравмирующих «комплексов».

В основе методик наркоанализа лежит теория катарсиса, понимаемого как высвобождение «ущемленных аффектов». Это высвобождение будто бы содействует последующему наркосинтезу, другими словами, больной более глубоко усваивает психологические советы врача; но основное, по мнению психотерапевтов-психоаналитиков, то, что происходит быстрое проникновение в подсознательное.

LSD-25 и психоанализ. Некоторые зарубежные ученые (H Leuner, L P. Solurch и др.) применяют при психоаналитической психотерапии LSD-25, считая, что этот препарат способствует оживлению старых воспоминаний, а также живому восприятию больным сказанного врачом, что, как известно, важно при психоанализе. Такое лечение применяют при тяжелых формах неврозов (истерия), психопатия, сексуальной патологии, психозах.

Групповая психотерапия

В настоящее время групповая психотерапия получила большое распространение за рубежом. Следует сказать, что многие психотерапевты фактически выполняют определенный социальный заказ. Они, в частности L. Klar-m (1946), создают какие-то «новые» социальные отно-

45

шения между членами группы больных, которые будто бы призваны быть для больной невротической личности «обществом № 2», обеспечивающим единодушие между членами группы и подменяющим «трудные проблемы» окружающей действительности.

За рубежом, в частности в США, больные подразделяются на лечебные группы следующим образом.

Группы терапевтические. Больным читают лекции, которые затем обсуждаются. Некоторые авторы (L. Marsch, 1931), организовав лечебную группу в психиатрической больнице, придают сеансам характер клубной работы, то есть на собраниях делают доклады, выступают хоры, оглашаются благодарственные письма от больных, которые уже выздоровели, и т. д.

Группы типа «интервью» (дискуссионные группы). Больные свободно высказываются, сообщают друг другу подробные, глубоко личные, сведения о себе. Как в этих, так и в предыдущих группах, большое значение придается катарсису; по мнению авторов, при этом реализуется «взаимное вчувствование» (P. Schilder) и раскрываются комплексы (S. Slavson, 1959). Так, по P. Schilder (1939), кардинальными вопросами, подлежащими обсуждению, являются: а) потребность любить и быть любимым; б) тенденция к сохранению собственных установок; в) тенденция к сохранению целостности организма; г) тенденция к уничтожению предметов, других людей.

Здесь мы видим тот же фрейдизм с его тенденцией к «раскрытию инстинктов».

ч

Трудовые группы. Больные общаются друг с другом в процессе труда.

Группы реабилитации и профессиональной терапии (Rehabilitation and occupational therapy). В американской психоневрологии широко используется метод так называемой «восстановительной» терапии (F. Vois и др.). Rehabilitation (восстановление) включает в себя совокупность различных мероприятий, а именно: психотерапевтических, соматических и социально-экономических. Большое внимание уделяется трудовой терапии.

Группы добровольных обществ. Члены группы систематически посещают собрания и четко выполняют требования определенного устава. Так, J. Bierer в больницах Лондона организовал клубы с выборным самоуправле-

46

нием, в которых для больных-невротиков наряду с чтением лекций организуются игры (включая карточные), \ спортивные занятия, трудовые процессы. Эти группы включают и «группу выздоровления» (A. Low); участники группы платят членские взносы, посещают лекции, издают свой журнал.

Общество «Анонимные алкоголики» («Alcoholics ano-nimous»). Члены общества заслушивают анонимные «исповеди», посещают еженедельные собрания, проводят дискуссии; к каждому члену общества прикрепляется для наблюдения алкоголик, намеревающийся вступить в общество.

Эйритмия. Исходя из представлений о тесной взаимосвязи между психической и двигательной сферами, H. Schroetter и R. Schigutt (1957) применяли терапию при помощи упражнений, назвав ее эйритмией. Терапия при помощи упражнений включает ритмическую ходьбу, гимнастические упражнения, хоровое пение с музыкальным сопровождением. Применяется она при лечении больных с неврозами, психопатиями, различными депрессивными состояниями, у спокойных больных шизофренией с дефектом и у больных шизофренией в состоянии ремиссии. Эйритмия проводится два раза в неделю. Для этого подбираются группы больных по 6—8 человек, преимущественно одного пола. Больные шизофренией объединяются в одну группу с больными

неврозами или другими заболеваниями, что облегчает контакт больных с врачом и общение их между собой. Такой вид терапии вызывает заметные сдвиги в психическом статусе. У депрессивных больных улучшается настроение. Невротики приобретают большую уверенность в себе. Больные шизофренией становятся более доступными контакту, поведение их упорядочивается, теряются угловатость и вычурность движений, появляется интерес к окружающему. Но самое главное, по мнению Н. Schroetter и R. Schigutt, что при этом виде терапии облегчается проведение психотерапевтических мероприятий.

Групповая психотерапия с больными и их близкими, I. Gliedman, D. Rosenthal, J. Frank, H. Nash (1956) описали метод групповой психотерапии, в частности при лечении алкоголизма, который заключается в том, что параллельно с психотерапией самих больных проводятся разъяснительные беседы с их женами.

47

Организуется «групповое обучение» больных туберкулезом (S. Hadden), гипертонией, диабетом, органическими заболеваниями центральной нервной системы и др.

Игровые группы. Организуются, как правило, для лечения детей; терапия включает различные игры, занятия музыкой, спортивные упражнения. При этом акцент делают на «свободном, бурном» выявлении переживаний, а не на руководящей и направляющей роли врача.

«Психотерапевтический театр». Подражая J. Moreno, L. Denes с целью получения «бурного отреагирования» организовал театр, на сцене которого идут определенные пьесы с участием профессиональных актеров («Невроз страха», «Психопат» и т. п.). Для детей имеется кукольный театр (L. Bender). Дети сами изготавливают кукол, играют в театре.

Групповая психотерапия за рубежом основана на фрейдовском понимании личности, утверждающем трехслойную ее структуру, а именно: «сверх-Я». «Я» и «оно» (S. Slavson, 1947, 1956). Психотерапевты стремятся получить какое-то «внутрипсихическое равновесие» между этими уровнями личности, для чего прибегают к катарсису внутри отдельной группы, пользуются концепциями глубинной психологии.

По мнению американских ученых, методом группового лечения достигается «свободное обсуждение», психологическая обнаженность участников группы. Больные дискутируют по вопросам сугубо личного, интимного характера, что вообще нецелесообразно. Так, Slavson объединяет в одну лечебную группу невест и женихов, которые обсуждают «страхи и опасения, вызывающие торможение половой функции»; автор допускает высказывания того или иного участника группы об онанизме и т. п.

Недостатками зарубежной групповой психотерапии являются отрыв ее от клиники и стремление к решению серьезных общесоциальных проблем.

Советские психотерапевты широко применяют коллективную психотерапию, но в ней предусмотрена направляющая роль врача, обеспечивается сознательная переоценка больным своих переживаний.

48

Метод Е. Куэ

Мнение о том, что гипноз является методом, ослабляющим энергию личности, было высказано с особой решительностью еще Р. Dubois. Это утверждение вызвало множество откликов. Следует в этой связи назвать французского аптекаря Е. Соэ, поскольку с некоторого времени начали даже говорить о «куэизме» как о новой нансийской школе. Лозунг куэизма: нет внушения, есть только самовнушение. Е. Соэ исходил из положения, что побудителем наших действий является не воля, не сознание, а сила воображения. Это положение он пытался подтвердить рядом примеров, обнаруживающих, что будто бы из двух сущностей, составляющих наше «я» (сознательной и бессознательной), более могущественным фактором человеческих поступков является именно бессознательная, которая в свою очередь находится под сильным влиянием воображения. Сила же воли беспомощна в борьбе с этим влиянием. Никто не побоится пройти по узкой доске, положенной на землю, но редкий сделает это, когда та же доска является мостиком между двумя башнями. Многие алкоголики и kleптоманы очень хотели бы избавиться от своей слабости, но не могут этого сделать только потому, что, как считает Е. Соэ, воображение говорит им о невозможности такого шага.

Е. Соэ указывает, что нужно понимать под «внушением» и «самовнушением», и утверждает, что внушение есть возбуждение самовнушения у подвергающегося внушению. Многие болеют только потому, что воображают себя больными: они могут излечиться, если внушат себе, что избавились

от болезни. Внушение и самовнушение воздействуют не на волю, а воспитывают силу воображения.

Существует две категории людей, у которых сознательное самовнушение очень трудно достижимо: 1) умственно отсталые, которые не воспринимают того, что им говорят, и 2) не желающие воспринимать.

Испытуемого сначала «приучают» при помощи ряда опытов. Цель опытов — выяснить степень податливости больного внушению и приучить его сосредоточиваться на одной мысли, парализовав волю. После этих подготовительных опытов приступают к внушению. Непременным

49

условием успеха Е. Соуе считает применение сознательного самовнушения, состоящего в том, что пациент сначала ежедневно, затем реже и реже сосредоточивается на мысли, повторяемой примерно двадцать раз! «С каждым днем мне становится во всех отношениях лучше и лучше», на словах «во всех отношениях» делается ударение с целью создания представления о телесном и душевном здоровье

Порочность этого метода состоит в том, что автор исходит из ненаучных позиции и отрицает роль сознательного фактора в психотерапии По Е. Соуе, первичным движущим фактором является бессознательное.

Этот метод может быть рационально использован при лечении различных невротических состояний в сочетании с методом разъяснения, убеждения.

Индивидуально-психологическая психотерапия А. Адлера

Основатель индивидуально-психологической психотерапии А. Адлер отрицал значение в жизни человека биологических влечений (особенно сексуальных). Он сосредоточил все свое внимание на влечении личности к власти, превосходству и самоутверждению (так называемая группа влечений «я»). Препятствием на пути к удовлетворению этого влечения, по А. Адлер, обыкновенно является какая-либо малоценность того или иного органа (или даже всего организма), слабость какой-либо функции или, наконец, детские впечатления, которые носят угнетающий характер. Так, нервный ребенок и невротик, стремясь к господству и одновременно чувствуя свою слабость, пользуются различными неосознанными «ухищрениями». Невротик делает это для более удовлетворительного самочувствия, компенсации чувства неполноценности, привлечения к себе внимания каким угодно путем, даже ценой страданий, преступления, самоубийства. Некоторые психопаты при этом «вгоняют» себя в болезнь, чтобы приобрести таким образом значимость, играть роль. По А. Адлер, вся энергия невротика направлена не на реальные цели, за которые борется здоровый человеческий коллектив: будучи оторванным от коллектива, он ведет совершенно бесполезное, чисто индивидуальное существование, ошибочно считая, что для него

60

нет иного выхода, кроме болезни — чудачества, невроза, психопатии или даже психоза.

Исходя из этих положений, индивидуально-психологическая психотерапия анализирует происхождение чувства неполноценности невротика, психопата или душевнобольного. Врач при этом должен систематически указывать больному на более верные и совершенные пути приспособления к жизни, к действительности. По А. Адлер, психотерапевт должен довести до сознания больного необходимость возвращения в коллектив на правах рядового работника, не чувствующего «унижения» и «малоценности», но и не требующего никаких привилегий, восхваления, возвеличения и пр. А. Адлер полагает, что психическая жизнь субъекта сводится к различным стратегическим уловкам, направленным на занятие какого-либо преимущественного положения, которое насытило бы «волю к власти», ущемленную чувством неполноценности.

Этот метод «психотерапии» является в своей основе порочным. Ошибочно утверждение об универсальности «механизмов», которые, по мнению А. Адлер, объясняют невротические реакции, все особенности человеческого поведения, психопатии, преступность и даже психозы. Автор метода является прямым продолжателем учения S. Freud. А. Адлер, «настаивая на комплексе силы, оказался невольным пророком, сыгравшим на руку врагам своего народа» (J. D. Bernal).

Рациональная (рассудочная) психотерапия П. Дюбуа

В своем учении П. Дюбуа исходит из того, что неврозы основываются на характерном для каждого отдельного случая логическом заблуждении. По мнению этого автора и его последователей, первичной является определенная слабость суждений объекта, которая будто бы не дает возможности вполне логически рассуждать и делать правильные выводы. Так, больной, который страдает боязнью высоты, не может освободиться от своего страха потому, что недостаточно убежден в его бессмысленности. Если помочь больному продумать ситуацию до

конца, то он станет иначе относиться к своей фобии и сможет ее преодолеть.

51

Психотерапевтическое влияние здесь направляется главным образом на разумное перевоспитание мышления больного, нравственное перевоспитание его личности, на изменение оценки больным его болезненного состояния. Это достигается систематическими беседами с больным, разъяснением его болезненных симптомов, расширением в процессе таких бесед его кругозора. При этом врач возбуждает в больном активность, вызывает у него критическое отношение к болезненному состоянию и, главное, убеждает своего пациента в том, что причиной болезни является болезненное воображение. Как указывает P. Dubois, «целью лечения должно быть доставить больному господство над собой. Средство для этого — воспитание воли или, точнее, рассудка». Рекомендуется пользоваться и новыми для больного научными, общественными и философскими понятиями. Наконец, рекомендуются изоляция больного (это же предлагали J. Dejerine и E. Gauckler), перемещение его из обычной обстановки в специальную лечебницу или санаторий (если налицо ослабленное питание, показан усиленный рацион).

P. Dubois полагал, что разработанный им метод целиком сводится к чисто интеллектуальному воздействию на личность. Он отрицал фактор внушения. Однако в настоящее время всеми признано, что в рациональную психотерапию входило много чисто суггестивных элементов, связанных с притягательной силой личности ее основателя. Примыкающий к P. Dubois J. Dejerine признавал, кроме того, большое значение эмоций.

Оценивая рациональную психотерапию P. Dubois, можно сказать, что недостатком ее является, прежде всего, крайняя трудность чисто рассудочного воздействия на многие неврозы. ч

Болезненный характер беспокоящих больного явлений обычно ясен ему и без врача и фактически не нуждается в разъяснении.

И если больной в результате бесед с врачом иногда освобождается от своих невротических расстройств, то едва ли только лишь потому, что у него появилось более ясное понимание обоснованности своих страхов и критическое к ним отношение.

Рассудочная психотерапия исходит из допущения существования какого-то отвлеченного человека, состояще-

52

го из одного интеллекта, логической машины, оторванной от окружающей среды, социальной действительности.

P. Dubois и его сторонники стремятся направить мышление больного на правильный путь формально-логическими построениями.

Однако, отбрасывая теоретические предпосылки, рациональную психотерапию P. Dubois мы принимаем как метод, внося в него определенные коррективы.

Христианская наука (Christian science)

Во второй половине XIX ст. и в начале XX в. в Северной Америке получила распространение так называемая Christian science (христианская наука), созданная Мэри Беккер-Эдди. Это своего рода религиозный метод врачевания, основанный на слепой вере, своеобразный метод массового внушения.

Действительно, тысячи верующих в этот метод женщин рожали под влиянием внушения без боли, производились безболезненные операции без наркоза. Все это было возможно только благодаря духовному наркотику Беккер-Эдди — «*irreality of evil*».

Лжеучение Мэри Беккер-Эдди является методом массового внушения, самовнушения, своеобразного массового гипноза.

Ее «учение» полностью противоречит логике. Она выступала против гипнотизма (магнетизма), обвиняла гипнотизеров в связи с дьяволом, писала на них суеверные пасквили, превосходившие известные со времен «молота ведьм». Мэри Беккер-Эдди считала, что душа не имеет никакого отношения к телу: более того, не существует даже болезней. Ее «учение» является шарлатанством, отличается нелогичностью с примесью средневековых представлений, религиозного фанатизма.

«Социальная терапия» Б. Грейхема

В настоящее время в США широкую известность получили проповеди В. Graham, в которых он, будучи евангелистом, констатирует глубокий кризис западного общества, обличает духовную нищету и упадок нравственности, предвещает близость «конца света и страшного суда». «Наш мир в огне,— пишет В. Graham.— Демоны ада вырвались на волю. Огонь страсти, алчности, ненависти и вожделения опустошает мир. Кажется, что мы бешено несемся к Армагеддону» (World Aflame, p. 17).



Причины этих явлений состоят в следующем: 1) демографический взрыв («сексуальная энергия — это один из видов пламени, вышедшего из-под контроля»); 2) «пламя противозаконности» (бунт студентов, бунт детей против родителей, рост преступности, насилие, террор); 3) «пламя расизма»; 4) «красное пламя» — угроза коммунизма; 5) «пламя неконтролируемой науки» (наука дала свет, автомобиль, компьютер, но также и водородную бомбу); 6) «пламя политической проблемы» (нарастание восстаний, демонстраций, войн, революций).

В. Graham говорит об упадке нравственного сознания, о «моральном раке», который разъедает американское общество; «мы

53

нация опустошенных людей ... внутри наших душ — духовный вакуум». «Миллионы таблеток барбитуратов глотаются каждую ночь, чтобы помочь нации заснуть. Миллионы таблеток транквилизаторов обеспечивают нам спокойствие днем. Миллионы стимуляторов поднимают нас утром после похмелья прошедшей ночи» (Peace with God, p. 7, а. World Aflame, p. 37).

Молодые люди безумно подражают моде, духовно пусты, не зная, куда себя девать, ищут выхода в алкоголизме и эскапизме. «Они — как ряды прекрасных новых автомобилей, совершенных во всех деталях, но в баках которых нет горючего» (Peace with God, p. 7). Но наиболее характерной чертой западной морали, пб В. Graham, является культ секса, насилия и садизма, всюду рекламируются разврат и порнография. Общество же равнодушно смотрит, как попираются моральные устои, калечатся неокрепшие души.

В. Graham пропагандирует элементарные нормы морали с позиций Библии, пытаясь доказать, что материалистическое мировоззрение тождественно аморализму. Он пишет, что богом современного человека является техника, богиней — секс. Многие люди больше интересуются тем, как достичь Луны, чем тем, как попасть на небо, более озабочены завоеванием космического пространства, чем завоеванием самих себя, больше стремятся к материальному благополучию, чем к внутренней чистоте (World Aflame, p. 33).

Каковы же причины этого общественного кризиса? По В. Graham, это — грех. Он «...причина всех волнений, корень всех горестей...» Он извратил природу человека. Все умственные расстройства, все болезни, всякое разрушение, все войны исходят от греха. Он вызывает сумасшествие в мозге и отравляет сердце (Peace with God, p. 7). И далее: «Ни на минуту не сомневайтесь в существовании дьявола! Он весьма конкретен и весьма реален! И он очень умен! Взгляните еще раз на первую страницу сегодняшней газеты, если вы сомневаетесь в личности дьявола. Включите своё местное радио или послушайте комментатора телевизионных новостей, если вам кажется, что вам нужны конкретные свидетельства» (Ibid., p. 50).

Но как же лечить общество? Лечение определяется диагнозом. Если конечная причина ?сех бедствий лежит в греховности, то излечить общество может лишь ликвидация рокового наследия Адама. Ведь подлинную историю человечества можно представить так! «Его прошлое полно греха; его настоящее переполнено горем; неизбежность смерти ждет его в будущем» (Ibid., p. 11). При этом ад, по В. Graham, место такое же реальное, как Лос-Анджелес, Лондон или Алжир.

Выход из создавшегося положения в обращении к богу, принятии Библии как руководства к жизни «...Библиотеки, студии и интеллектуальные приобретения — всего-навсего пустота по сравнению с комнатами молитвы» («Decision», May, 1964, p. 51).

В. Graham призывает к гостеприимству, взаимному уважению, к «человеческим отношениям» и «возрождению в боге». Основной целью жизни должно быть приготовление к смерти.

В. Graham отрицает возможность научного подхода к решению социальных проблем. Его «программа» ликвидации социального зла утопична, так как он призывает к перестройке «внутреннего» мира человека, не затрагивая действительных причин социальных бедствий.

54

Психотерапия Zen

В основе этого метода лежит теория одной из школ махаянистского буддизма, проповедующая «мгновенное просветление». Это учение, начиная с XVI—XVII вв., оказывает большое влияние на философию, психологию, религию, искусство Японии.

С 40-х годов XX в. эта теория модернизируется и получает широкое распространение в Западной Европе и Америке, становится предметом особого внимания представителей таких направлений, как экзистенциализм, фрейдизм, структурализм (D. T. Suzuki, D. T. Fujisawa Chikai, J. Blofeld, D. T. Juzumi, E. Fromm и др.).

Zen отвергает конфуцианство как учение, погрязшее в искусственных понятиях; церемонии зен-буддистов посвящены реализации догмы о том, что «каждый человек — это Будда».

В основе «пути Zen» лежит представление о единой реальности, в которой растворяются субъект и объект; по сравнению с ней понятия субъекта и объекта, движения, времени, зла и добра — относительны, условны. Единая реальность тождественна индивидуальному сознанию.

Характерной чертой этого учения являются интуитивизм и иррационализм.

Зен-буддизм, так же как и йога, даосизм, ставит своей целью достижение «просветления», сатори — «состояния свободы».

Зен-буддизм сходен с йогой, поскольку одной из задач йоги-ческой тренировки является подавление дискурсивного, словесного знания.

До XII в. последователи зен-буддизма считали, что состояние «свободы» достигается не путем тренировки, как у йогов, а «непосредственно», путем «мгновенного просветления» (Q a t o r i); это «просветление» надо открыть в себе, а не искать в канонических книгах; оно — «истинная природа» человека и открытие ее может произойти в любой момент.

Представители нового направления зен-буддизма уже применяют систему тренировок (школа ринозай), в противоположность старой школе — сато.

Сложная система тренировок состоит из 6 ступеней и длится 30 лет.

Zen рекомендует прежде всего вести «естественную жизнь».

Для достижения состояния «просветления», а затем и излечения от многих болезней (неврозов) зен-психотерапевты предлагают неподвижное сидение в течение нескольких часов; так же, как йоги, они уделяют внимание правильной позе и дыханию.

По утверждению японского психиатра S. Morita, психотерапевтическая система зен показана при неврозах.

55

В основе этого вида терапии, по S. Morita, лежит три принципа: 1) использование лечебного влияния природы на человека; 2) признание лечебного влияния труда для мобилизации душевной деятельности; 3) принятие при лечении определенной позы.

В последние годы ортодоксальная система зен несколько видоизменилась, хотя и незначительно.

Терапия имеет четыре фазы, госпитализация больных длится от 13 до 60—180 дней.

Система zen применяется также амбулаторно как метод индивидуальной, так и коллективной терапии.

Следует сказать, что в этой психотерапевтической системе большая роль отводится суггестии и самовнушению.

A. Kasamatsu и T. Nitai при помощи экспериментальных методов исследования установили, что показатели ЭЭГ при зен-терапии приближаются к таковым при гипнозе.

Часть вторая

## ОСНОВЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Прежде чем перейти непосредственно к принципам и методам советской психотерапии, мы должны определить ее предмет, сформулировать то, что составляет ее содержание.

Под психотерапией, или психическим лечением, понимается рациональное и планомерное использование психических средств для лечения соматических, нервных и психических болезней.

По В. А. Гиляровскому, психотерапия — это система основанных на внушении психических воздействий. В эту систему входят все систематические высказывания врача и медицинского персонала (влияние словом, т. е. действие через вторую сигнальную систему), а также целого комплекса воздействий на психику различными лекарствами и манипуляциями, диетой.

По В. Е. Рожнову, психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Мы определяем психотерапию как прямое или косвенное словесное воздействие посредством внушения или самовнушения на высшие и низшие психические, а также соматические процессы, на личность в целом, для устранения болезненных явлений, изменения отношения к «Я» и «не-Я».

Из этого определения психотерапии ясен ее предмет и метод.

Различают прямую и непрямую психотерапию, подразумевая под первой непосредственное влияние на

57



Рис. 2. И. П. Павлов.

пациента словом, собственно внушение, а под второй — косвенное психотерапевтическое воздействие при помощи комплекса лечебных и организационных средств (исключая слово).

Когда лечение направлено на отдельную личность, говорят о психотерапии индивидуальной, а при лечении целой группы больных применяется психотерапия коллективная. Психотерапия может быть охранительной, стимулирующей, а также способствующей угасанию патологического стереотипа.

В основе советской

психотерапии лежат принципы физиологического учения выдающегося русского ученого И. П. Павлова.

Первым принципом является учение о нервизме, раскрывающее влияние нервной системы на различные физиологические и патологические процессы. Второй принцип — представление о целостности организма и единстве соматического и психического. Третий принцип — диалектическое единство человеческого организма и среды, в первую очередь социальной, и непрерывное взаимодействие окружающей среды и организма.

Эти принципы учения о высшей нервной деятельности связаны с основными положениями советской психотерапии. К ним относятся:

- 1) целостный и индивидуальный подход к больному;
  - 2) учет огромной психотерапевтической роли человеческого слова как мощного физиологического и лечебного фактора;
  - 3) внимательное, гуманное отношение к больным и установление с ними эмоционального контакта;
  - 4) высокие моральные качества врача и всего медицинского персонала;
- 58



Рис. 3. С. С. Корсаков.

- 5) признание важной роли внешних факторов в психотерапии.

Одной из задач советской психотерапии является уточнение физиологических механизмов, обуславливающих действенность психотерапевтических методов.

В советской психотерапии осуществляется социальная активация поведения' больного на принципах коллективизма, гармонических отношений между обществом и личностью.

Исходя из учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, советские психотерапевты научно обосновали и применили психотерапию внутренних болезней и различных соматических заболеваний (в акушерстве и гинекологии, дерматологии, хирургии, терапии и т. д.).

Для советской психотерапии характерны комплексность, сочетание различных методов и приемов, в частности психотерапевтических воздействий, с другими видами терапии (медикаментозной и др.).

Советская психотерапия, опираясь на философию диалектического материализма, психологию, учение о высшей нервной деятельности, имеет в своей основе систему крупнейшего психиатра С. С. Корсакова, к которой относятся: моральное влияние на больного как основа лечения душевных болезней; принцип нестеснения, комфорт, ласковое отношение к больному; постельный режим, покой, терапевтическое влияние на больного окружающей обстановки, рабочий режим.

Наши психотерапевты должны руководствоваться также принципами воспитания, выработанными такими талантливыми педагогами, как К. Д. Ушинский, А. С. Макаренко.

59

Советская психотерапия — это живое, постоянно обогащающееся учение. В ней отражены все достижения физиологии, психологии, философии. Она сложилась и развивается в постоянной борьбе с идеалистическими, антифизиологическими учениями.

В советской психотерапии находит свое высшее выражение принцип рефлекторной теории.

Психотерапия в состоянии бодрствования

В системе советской психотерапии центральное место занимает психотерапия в состоянии бодрствования. Основными моментами ее, по Н. И. Иванову (1962), являются следующие.

1. Ознакомление больного с характером заболевания и убеждение его в том, что болезнь вполне излечима.
2. Обсуждение с больным его отношения к заболеванию с целью преодоления депрессии, тревожной мнительности и др.
3. Выяснение условий жизни больного, тщательный анализ психотравмирующих моментов. Это необходимо для обеспечения перестройки системы отношений личности.
4. Мобилизация больного на тщательное выполнение лечебного режима; активное обучение больного конкретным приемам противодействия симптомам болезни.
5. Активизация трудовой деятельности больного, включение его в социальную жизнь.

Целостный подход к больному

Проблема целостности организма, в частности проблема единства соматического и психического, рассматривается с точки зрения диалектического материализма, трактовки категории всеобщего и единичного.

Уже в древности врачи считали, что необходим целостный подход к больному человеку. Так, античные врачи не противопоставляли соматическое психическому. Платон в трактате «Хармид» приводит слова Сократа: «Как нельзя приступить к лечению глаза, не думая о голове, или лечить голову, не думая о всем организме, так же нельзя лечить тело, не лечя душу».

Для отечественной и передовой зарубежной медицины наиболее характерно стремление к целостному кли\*-

60

ническому восприятию больного человека. Основное направление развития русской клинической медицины впервые наметил отец русской терапевтической школы М. Я. Мудров. Он писал, что «...врачевание не состоит ни в лечении болезни, ни в лечении причин... врачевание состоит в лечении самого больного».

Другой русский ученый, К. Н. Устимович, стоя на материалистических позициях, ясно сознавал необходимость не только объективного изучения сущности психических процессов методами естествознания, но и изучения живого организма как единого целого.

Киевский клиницист-экспериментатор И. В. Чешихин, мировоззрение которого развилось под влиянием классиков русского естественнонаучного материализма, воспринявший концепции И. М. Сеченова и С. П. Боткина, писал, что все части организма, все системы, органы с их отправлениями находятся между собой в тесной связи, зависимости и взаимодействии, что деятельность всех органов и систем, благодаря нервной системе, находится «в неразрывной связи с психической стороной организма».

Выдающийся отечественный психиатр С. С. Корсаков также говорил о целостном подходе к больному. Он писал, что психиатрам необходимо, во-первых, знать, что у психически больных существуют также и физические симптомы, а, во-вторых, при обследовании психически больных нельзя упускать из виду состояние всего организма. Такого же взгляда придерживался и В. М.

Бехтерев.

И уже в наше время П. Б. Ганнушкин прямо выступает против метафизического направления функциональной психологии и выдвигает принцип единства психической деятельности, считая, что каждого больного необходимо изучать как целое.

Метод целостного клинического изучения больных не всеми внедрялся в медицинскую практику из-за существующей и до сегодняшнего дня определенной разобщенности соматических и психиатрических клиник. К сожалению, интерес врачей-соматиков к состоянию психики больных часто сводится к привлечению для консультаций врача-психиатра, а не к изучению психического соматического и неврологического состояния самим лечащим врачом.

61

По справедливому замечанию А. Г. Галачьяна (1954), метод целостного клинического изучения и лечения тормозится не только потому, что терапевты игнорируют состояние психики больных, но и потому, что и психиатры игнорируют соматическое состояние.

Здесь необходимо указать, что представители так называемой «гештальт-психологии» также выдвигают принцип целостности; но они считают, что организм есть нечто неразложимое и не может быть анализированным.

И. П. Павлов указывал, что «понимание целого основывается на знании частного».

Врач начинает обследование с того момента, когда увидел больного, наблюдает за тем, как он зашел в кабинет, каково его поведение, взгляд, выражение лица и пр.

Заслугой виднейших русских врачей Г. А. Захарьина, С. П. Боткина, Ф. Г. Яновского, М. П. Кончаловско-го, Н. Д. Стражеско и других является разработка вопроса об анамнезе (субъективном и объективном).

По Г. А. Захарьину, собирание сведений о больном — это творческая работа врача, являющаяся своеобразным составлением «медицинского портрета».

Конечно, уже при расспросе больного полученные субъективные данные «обязательно более или менее точно отражают объективную реальность переживания, получают свое выражение не только через слово, но и находят свое выражение в тех же жестах, мимике, поступках и пр. Высказывания человека не только субъективны, но они являются одним из объективных проявлений работы мозга» (А. Г. Иванов-Смоленский).

При обследовании больного прежде всего необходимо создать атмосферу, которая способствовала бы объективному рассказу о себе. При этом врач должен всегда терпеливо выслушивать больного. Но, с другой стороны, врач не должен быть и на поводу у больного, например у эпилептика с детализованным мышлением. В таких случаях врач может деликатно задать нужный вопрос и направить рассказ больного в нужное русло.

При оценке состояния, как, впрочем, и при выборе методов лечения, нужно иметь в виду эмоциональные и субъективные факторы, действующие на больного. Любое соматическое страдание вызывает психическую реакцию, и это должно учитываться каждым врачом независимо от его специальности.

62

Психика больного изменяется вследствие моральной и физической его изоляции, нарушения ритма работы и отдыха, незаполненного рабочего дня и т. д. Новый прилив сигналов из внутренних органов (интерорецепция), новый мир ощущений (боли, поноса и пр.) могут вытеснить прежние интересы больного.

Разные больные неодинаково относятся к своей бо-лезни: одни борются с ней, стараются не обращать на нее внимания; другие полностью покоряются ей, становятся ее рабами, привыкают к ней, видят в ней повод для личных преимуществ и льгот; третьи трагически переживают болезнь, аггравировать либо диссимилируют. Часто больные переоценивают симптомы, фиксируют следы уже перенесенной болезни, задерживаются на том или ином ее признаке и т. д.

Все это зависит от типа высшей нервной деятельности больного, темпа и длительности болезни, ее локализации и многих других факторов.

Большое значение имеет определение типа высшей нервной деятельности до болезни. Хотя это чрезвычайно трудно, порой даже невозможно, психотерапевт в какой-то мере должен эти трудности хотя бы частично преодолеть. Данные, полученные от самого больного, от его родственников, объективное клиническое обследование, несомненно, могут пролить некоторый свет на этот вопрос.

Для выявления тех или иных симптомов, определения синдрома, установления общего диагноза нужно провести самое тщательное комплексное обследование больного в целом. Только такое

обследование поможет психотерапевту вскрыть патофизиологические механизмы болезни и даст возможность выбрать ту или иную форму терапевтического воздействия (медикаментозное, внушение наяву, гипноз, комплексная терапия).

Распознавание душевного расстройства вряд ли возможно при однократном обследовании и достижимо только в отдельных, совершенно ясных случаях. Проводя обследование, нужно придерживаться строго определенного порядка. Высшая нервная деятельность слишком сложна, чтобы на основании однократного обследования поставить диагноз. Нередко выявленные симптомы, характерные для определенной болезни, в дальнейшем, при более детальном обследовании и ознакомлении со

63

всеми обстоятельствами, могут получить совершенно другое объяснение.

Многие не только психические, но и соматические симптомы врач может наблюдать совершенно незаметно для больного. Анизокорию, реакцию зрачков на свет, птоз, сглаженность носогубной складки врач увидит уже во время беседы с больным.

Нужно учитывать, как данный больной воспринимает обстановку, в которой находится; один и тот же вопрос может быть и необходимым, и неуместным, может совершенно испортить ход исследования. Одному больному можно, например, задать вопрос, сколько будет 5 плюс 7, другому же подобных вопросов задавать нельзя, иначе он может усомниться в квалификации исследующего.

Симптомы расстройств высшей нервной деятельности в зависимости от обстоятельств могут иметь разное значение. Кроме того, все основные симптомы той или иной болезни не обязательно должны быть налицо в момент исследования. Так, если у больного не наблюдается разорванности мышления или снижения его в аффективной сфере, то это еще не доказательство того, что больной не шизофреник. Вообще выявить всю имеющуюся симптоматику, определить болезнь лучше всего в стационаре, при более или менее длительном и всестороннем исследовании. Но даже и здесь отсутствие некоторых болезненных проявлений еще не может служить достаточным основанием для решения вопроса.

Ставя диагноз, следует помнить, что сам по себе анализ тех или иных явлений еще не дает полного знания, он всегда требует дополнения в виде синтеза, который позволяет познать явления в целом.

Несколько слов о взаимоотношениях субъективного и объективного, психического и физиологического.

Когда И. П. Павлов говорил о наложении человеческих переживаний на физиологическую основу, о слиянии субъективного и объективного, то он отнюдь не отождествлял эти два понятия. Он полагал, что когда физиология высшей нервной деятельности достаточно расширится и углубится, когда «она будет состоять из очень большого материала, тогда на эту систему физиологических механизмов можно будет пытаться наложить отдельные субъективные явления. Это мне представляется законным браком физиологии и психологии или слитием

64

их воедино» (Павловские среды, т. II, М.— Л., 1949).

Таким образом, речь идет о неотделимости сознания от рефлекторной деятельности мозга, о единстве физиологического и психического. По И. П. Павлову, «временная нервная связь есть универсальнейшее физиологическое явление в животном мире и в нас самих. А вместе с тем оно уже и психическое — то, что психологи называют ассоциацией».

Слова И. П. Павлова о «слитии» субъективного и объективного, о «законном браке» психологии и физиологии дают обоснование психологии как науки и показывают реальность различных психологических явлений (ощущение, восприятие, память, внимание, мышление и т. д.). Однако не следует преувеличивать роль коры головного мозга в сравнении с другими отделами мозга, другими органами и системами. Хотя кора головного мозга является «верховным распорядителем» функций организма тем не менее, при многих заболеваниях первично нарушается деятельность других органов и систем, а кора мозга может вовлекаться в заболевание вторично.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ  
РОЛЬ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ.  
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ  
И ЕГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ  
НА БОЛЬНОГО**

### Щадящий (охранительный) режим

Учение об охранительно-лечебной функции процессов торможения является основой построения лечебного режима медицинских учреждений, создания такой обстановки, которая сама становится одним из моментов лечебного, в частности психотерапевтического, влияния на больного.

Уже отечественные физиологи и основатели передовых русских клинических школ М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, С. С. Корсаков и другие с материалистических позиций решили проблему взаимоотношений между организмом и средой. Корифеи медицинской науки признавали решающую роль внешней среды в формировании и развитии организма, а также в возникновении болезненных процессов.

8 739

65

Огромный вклад в решение вопроса о взаимосвязи организма и среды внес И. М. Сеченов. Он писал, что в научное определение организма должна входить и среда, влияющая на него, так как без последней существование организма невозможно.

А. И. Яроцкий (1908) считал, что многие больные нуждаются в социально-этическом перевоспитании. А. И. Яроцкий называл этот метод аретотерапией.

В настоящее время о «психотерапии окружающей среды» говорят и многие иностранные авторы, в частности итальянские (Fiamberti и др.). Она, по их мнению, заключается не только в «материальном» окружении больного, но и в упорном стремлении персонала к созданию для больного спокойной обстановки.

Организм и среда находятся между собой в диалектическом единстве, но все же в возникновении различных патологических процессов ведущую роль играют факторы внешней среды. Советская медицина развила прогрессивные взгляды русских ученых на взаимосвязь между организмом и средой. В нашей стране основное содержание работы органов здравоохранения составляют профилактические мероприятия.

По словам К. М. Быкова, величайшей заслугой И. П. Павлова является то, что он открыл и всесторонне объяснил сложнейшие механизмы взаимодействия организма и среды.

В Советском Союзе пионером научно обоснованной охранительной терапии в психиатрии, терапии, исходящей из павловского учения, был В. П. Протопопов.

Далее о роли внешнего фактора. Больной всегда несколько возбужден, напряжен или насторожен. При таком состоянии каждая «мелочь» в медицинском учреждении воспринимается и глубоко фиксируется в сознании. И нужно прямо сказать, что положительное психотерапевтическое воздействие должно начинаться уже с территории лечебного учреждения: сразу же при вступлении больного на эту территорию у него должно появиться доверие к больнице. Приветливая, теплая встреча внушает ему доверие.

В регистратуре или приемном покое больной непосредственно сталкивается с медицинским персоналом — врачом, медицинской сестрой, санитаром. От того, как они примут больного, в каких условиях будет про-

66

ходить этот прием, зависит дальнейший контакт с больным. Приемный покой — это как бы лицо лечебного учреждения. Внешняя обстановка должна создавать у больного приятное впечатление. Обхождение с больным должно быть культурным, гуманным, ласковым.

В кабинете врача больной сталкивается с моментами, естественно, вызывающими волнение. Прежде всего, недопустим прием в одном кабинете одновременно двух больных. Врач должен остаться с больным наедине. Особенно это относится к приему больных с расстройством высшей нервной деятельности (нервно-психических больных).

Источником психической травмы могут стать исследования и врачебные манипуляции. Часто они бывают неприятны, а иногда и болезненны. Чтобы уменьшить психическую травму, лечащий врач должен прежде всего предупредить больного о необходимости того или иного исследования, установить приблизительный срок их выполнения, принять меры к тому, чтобы исследования производились возможно быстрее, причем только те, которые обязательны для уточнения диагноза.

Но основное воздействие на больного, конечно, происходит уже в стационаре. И здесь организация работы по системе, введенной в Макаровской больнице Киевской области, совершенно необходима.

На больного влияет в основном окружающая больничная среда, а также добавочные факторы, раздражающие нервную систему, — боли, высокая температура, угнетающие мысли и др. Все

раздражения из внутренних органов, а также внешние раздражения посылают своего рода «информацию» в кору головного мозга, регистрируются ею.

Имея дело с больным человеком и подвергая его тем или иным терапевтическим процедурам, нужно учитывать, что каждое терапевтическое воздействие фактически вызывает два типа ответных реакций: безусловные рефлекторные акты и возникающие на их основе корковые условные рефлексы. Этот последний компонент, наслаиваясь на первичное воздействие, может оказаться иногда ведущим.

Однако больной может реагировать на то или иное внешнее воздействие по-разному, даже неадекватно.

3\*

67

Необходимо тщательно контролировать, в каких условиях применяется та или иная терапия.

В связи с этим нужно особо остановиться на шумах в лечебных учреждениях, особенно в психиатрических стационарах. Все случайные отрицательные раздражители приносят вред больным и могут даже «парализовать» терапию, усилить патологическую доминанту, затянуть пребывание больных в стационаре.

Возбужденный центр может явиться как бы пунктом притяжений для раздражений, идущих от других участков. Здесь надо также учитывать и гипнотические фазы (особенно парадоксальную), в которых может находиться кора головного мозга больного.

Совершенно необходимо, чтобы в лечебных учреждениях весь персонал говорил тихо. В Макаровской больнице П. Бейлин (1951) предложил разговаривать шепотом. Но если это применимо в соматических больницах, включая неврологические, то в психиатрической клинике шепотная речь не всегда пригодна. Разговор шепотом с одним больным может иногда усиливать бред отношения или преследования у другого больного. Конечно, разговор не должен быть громким, с подчеркнутыми интонациями.

Мы уже говорили, что для больного необходимо создать прежде всего комфортные условия. Огромное значение имеет тишина. Случайный посторонний раздражитель может вызвать «исследовательский рефлекс». Последний нередко способен затормозить возникшие в процессе лечения условные и безусловные рефлексы, то есть снизить лечебный эффект любого вида терапии.

Мы знаем, сколько бывает приступов возбуждения даже у совершенно спокойных психически больных из-за воздействия непредусмотренных внешних раздражений. Даже такая, казалось бы, безобидная эмоция, как смех в присутствии больных, недопустима так же, как и грустное выражение лица, разговоры о своих неприятностях. Все это болезненно воспринимается больными с нарушенной психикой.

Очень важно строгое профилирование больных внутри отделений. В психоневрологических лечебницах часто соседство неопрятного больного или, еще хуже, возбужденного может явиться причиной психической травмы у больного спокойного, без значительных расстройств психики, поэтому нужно оберегать больных с ясным сознанием от тяжелобольных с аментивными,

68

делириозными, сумеречными и некоторыми иными состояниями.

Недопустимо производить в присутствии других больных те или иные манипуляции — внутривенные вливания, спинномозговую пункцию, а в психиатрической клинике — электрошоковое лечение и т. п. В инсулиновой палате больные в шоковом состоянии должны быть отделены от больных, еще не получивших шоковых доз инсулина.

Нет нужды доказывать исключительно большое значение питания для восстановления сил больного. При ряде болезней оно является своего рода лекарством и может быть наиболее эффективным. В психоневрологической практике больные часто отказываются от пищи. Этот отказ может быть мотивирован бредовыми идеями (бред отравления) или же расстройством восприятий (вкусовые, обонятельные галлюцинации и др.). Психиатр обязан срочно выяснить причину отказа и применить все имеющиеся средства воздействия, чтобы больной не голодал.

Но иногда отказ от приема пищи может быть вызван каким-либо недовольством и волнением; это случается и в соматических больницах. Нужно срочно выяснить причину отказа от пищи, успокоить больного и добиться, чтобы он принял пищу. Если врач, например, ограничил питание больного, назначил диету, отличающуюся от диеты других больных, то он предварительно должен объяснить и внушить больному, что такое питание вызвано особенностями его заболевания и что без этого лечение может оказаться безуспешным, более того, иная диета способна ухудшить его состояние.



Важным психотерапевтическим моментом являются врачебные обходы, так как больные, лежащие в стационаре, придают им огромное значение, всегда ждут их с волнением. Естественно, что обходы должны быть регулярными и проводиться в строго установленное время: если обход в палате начинается позднее установленного срока, то больные волнуются в ожидании врача, а если раньше, то могут быть еще не готовы к обходу.

Иногда психическая травма может быть нанесена больному при консультациях, к которым приходится часто прибегать. Вполне понятно, что прежде чем приглашать консультанта, лечащий врач должен объяснить

69

больному, чем вызвана эта консультация; в противном случае больной может подумать, что его заболевание чрезвычайно серьезно и даже непонятно для лечащего врача. Психическая травма может быть нанесена больному еще и в тех случаях, когда заключения консультантов-специалистов (а их бывает несколько, и суждения их подчас различны) сразу объявляются больному.

Неприятные эмоции возникают у больного, если врач, например, объявляет день и час предстоящей консультации, а консультант по тем или иным причинам не является. Это относится и к проведению анализов, рентгеноскопии и других манипуляций; раз они назначены, то обязательно должны быть выполнены, а при невозможности их выполнения — своевременно отменены.

На прогулки больных далеко не все врачи психоневрологических учреждений обращают должное внимание. Каждый больной должен находиться на свежем воздухе несколько часов, независимо от психического состояния.

Свидания с родственниками и друзьями должны быть строго регламентированы, скорее, индивидуализированы. Однако привилегированных в этом отношении больных быть не должно, так как это вызывает недовольство других. Если после свидания психическое состояние больного ухудшается, они не должны разрешаться, но причину запрещения их необходимо хорошо разъяснить больному и его близким.

Нередко родственники и знакомые справляются о состоянии здоровья и диагнозе по телефону. В психоневрологических больницах, как правило, такие телефонные справки не должны даваться по многим причинам.

Наконец, большое значение имеет день выписки больного из стационара. Это радостный день для излеченного, и он, конечно, ничем не должен быть омрачен. Медицинский персонал, сестры, сестра-хозяйка обязаны побеспокоиться о том, чтобы больной вовремя получил личные вещи, костюм его был выглажен, почищен, если нужно, отремонтирован.

Перед выпиской больного врач должен разъяснить его дальнейший режим, попросить его время от времени письменно сообщать о состоянии своего здоровья.

Нужно сказать, что психотерапевтическое воздействие исходит не только от лечащего врача, но и от сеет»

70

ры-хозяйки, буфетчицы, раздатчицы пищи и других работников стационара.

Такие «мелочи», как оторванная пуговица, рваная пижама, тапочки не по размеру, отсутствие кипяченой воды, незастекленное окно, беспорядок в уборной, несвоевременная прогулка, отсутствие индивидуального тазика для туалета и др., являются отрицательными раздражителями. Комфорт, уют, чистота, дисциплинированность, организованность, четкость, спокойное, ровное отношение персонала к больным — закон для каждого лечебного учреждения.

Немалое значение имеет аккуратность врача, сестры, санитарки. Халаты должны быть белыми, выглаженными, весь персонал обязан иметь шапочки, косынки.

В основу режима дня должен быть положен принцип организации максимального покоя и отдыха в сочетании с двигательной активностью, прогулками, организованным досугом, гигиенической гимнастикой и др.

Лучше понять сущность психотерапевтических воздействий, а также научные основы режима лечения и отдыха в стационарах, больницах, санаториях, курортах, домах отдыха можно на основе учения И. П. Павлова и его школы о так называемом динамическом стереотипе. У некоторых субъектов переделка привычного стереотипа может даже привести к нарушениям психики.

По мнению И. П. Павлова, нарушения динамического стереотипа имеют огромное значение и объясняют многие психические состояния, которые могут окрашиваться различными эмоциями.

Выработка динамического стереотипа зависит от типа высшей нервной деятельности, характера

приспособительных механизмов, свойственных данной нервной системе, а также особенностей новой обстановки.

Поэтому, если в амбулаториях, стационарах, санаториях, на курортах обстановка благоприятна, режим построен рационально, не дает каких-либо поводов к раздражению и недовольству, больные быстро приспосабливаются к новой обстановке, чувствуют себя хорошо, динамический стереотип изменяется без срывов.

Конечно, приспособление к новой обстановке, как мы сказали, зависит от многих причин. Не только лечение, но и отдых всегда необходимо строго индивидуали-

71

зировать, назначать только после того, как больной всесторонне обследован, выяснены его привычки, интеллектуальные запросы и пр.

Большое значение имеет строгое соблюдение установленного ритма жизни. Именно периодичность, или определенный ритм, является чрезвычайно важным фактором в жизни человеческого организма. Та или иная деятельность организма, которая осуществляется в определенном ритме, обеспечивает более быстрое и легкое образование и воспроизведение условнорефлекторных связей. Отсюда вытекает, что строго установленный режим, ритм жизни в стационаре не должен без причин нарушаться и изменяться. Конечно, желательно, чтобы он не воспринимался больным как тягостное ограничение свободы.

При назначении лечения необходимо строго соотноситься с индивидуальностью больного. А. А. Остроумов писал, что гораздо больше времени и труда надо потратить, чтобы выработать для больного необходимый ему режим, чем назначить стереотипную терапию. И, конечно, совершенно недопустим шаблон в методах лечения, а также трафаретное назначение доз лекарств, рационов без учета индивидуальных особенностей больного, реактивности его организма, типа высшей нервной деятельности.

В практике психоневрологии применяются два вида индивидуального режима: щадящий и тренирующий.

В зависимости от состояния больного щадящий режим можно через тот или иной промежуток времени заменить тренирующим, и наоборот.

Целью щадящего, или охранительного, режима является укрепление и восстановление нарушенных функций организма.

Охранительно-лечебный режим, по Д. Г. Оппенгейму, включает следующие мероприятия: 1) устранение психических переживаний, связанных с заболеванием и предстоящим лечением; 2) исключение болевых ощущений, зависящих от выполнения лечебных манипуляций (пункции, инъекции и т. п.); 3) установление режима покоя, а также его сочетания с движениями; 4) достижение взаимного доверия и единства медицинских работников и больных; 5) устранение отрицательно действующих раздражителей: слуховых, зрительных, обонятельных и др.; 6) продление физиологического сна; 7) организация питания; 8) достижение творческого содружества коллектива больницы, основанного на высокой сознательности и понимании высокого долга медицинских работников.

72

В медицинских учреждениях, где трудовая дисциплина и политмассовая работа среди медицинских работников находятся на высоком уровне, уделяется должное внимание вопросу подбора и воспитания кадров, освоены принципы павловского учения, и весь коллектив проникнут стремлением щадить психику больного, психотерапия особенно эффективна.

Стимулирующий (тренирующий) режим

Работа и отдых. Стимулирующий, или тренирующий, режим рассчитан на общее укрепление и восстановление нарушенных функций организма. Он предусматривает полное использование всех лечебных средств (медикаментозных, физиотерапевтических и др.), дозируемых индивидуально.

К стимулирующим мероприятиям относятся трудовая терапия, спортивные игры, культтерапия, купания и другие, имеющие целью закалить организм, повысить его общий тонус, сделать его устойчивым к изменяющимся условиям внешней среды.

М. С. Лебединский (1956) отмечал, что «лечение трудом в коллективе у многих больных неотделимо от психотерапии».

Основой жизни является труд. Вот почему тунеядство всегда считалось пороком. В связи со сказанным правдиво звучат слова Леонардо да Винчи о том, что бритва без употребления покрывается ржавчиной, «то же случается с теми умами, которые, прекратив упражнение, предаются безделью. Таковые, наподобие вышеуказанной бритвы, утрачивают режущую свою

тонкость, и ржавчина невежества разъедает их облик» (Избр. произв., т. II).

О пагубном влиянии безделья говорил А. Н. Радищев: «Нега, излечение и неумеренное чувство услаждения губят и тело и дух. Употребление же сил укрепляет тело, а с ним и дух».

Главным условием правильного психического и физического развития человека является чередование умственного и физического труда. Даже то время, которое отведено для отдыха, должно быть до некоторой степени заполнено трудом. Отдых после напряженного умственного труда состоит не в ничегонеделании, а в изменении характера работы.

73

Труд оказывает благотворное влияние на психическую и телесную сферу как здорового человека, так и больных неврозами и психозами. Мы имеем в виду так' называемую трудотерапию.

Как известно, применение трудовой терапии в психиатрической практике сыграло огромную роль в перестройке больниц, явившись одним из звеньев борьбы с «терапевтическим нигилизмом» психиатров.

Использование трудовых процессов в психоневрологической практике связано с организацией психиатрической помощи первых в России психиатрических учреждений. Как указывает В. П. Осипов, в России трудовую терапию в заведениях для душевнобольных начали вводить уже в 1866 г. Впервые она была применена в Кол-мове близ Новгорода доктором Андриолли. Большое внимание трудовым процессам в психиатрической клинике уделяли отечественные психиатры П. П. Кащенко, В. И. Яковенко и др., а за границей — Ph. Pinel, W. Griesinger, K. D. Schraf, K. Kaffner, Haworth MacDonald, N. Eamon, M. O'Sullivan и др.

С. С. Корсаков, обосновывая «систему рабочего режима» душевнобольных, говорил: «Одно из самых сильных побуждений человеческой природы составляет побуждение к деятельности, к занятию».

После Октябрьской революции в нашей стране трудовая терапия получила широкое распространение.

Ю. В. Каннабих (1926) полагал, что следует обра\* тить внимание на творческий труд, значение которого как фактора полезных психофизиологических перемен еще не изучено в полной мере.

Большой заслугой С. И. Консторума (1959) является разработка конкретных показаний к трудотерапии больных неврозами. Он писал: «...воспитывая, тренируя активность, мы расширяем базу личности».

До Великой Отечественной войны на Украине много внимания разработке теории и практики трудовой терапии уделяли В. П. Протопопов, Т. И. Юдин, Н. П. Тата- 'ренко, А. Л. Альтман, А. Г. Жеребцова, М. Е. Варен, Г. М. Миркин и др. С успехом применяется трудовая терапия в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. Бехтерева, в Черновицкой психоневрологической больнице (Н. Ф. Чубинец) и других.

Фактически, только после того, как началось осмысленное применение физиологического учения И. П. Павлова, трудовая терапия оформилась как продуманная,

74

методизированная и разработанная в деталях система, перестраивающая всю работу психиатрических больниц и придающая им другой характер и облик.

Трудотерапия способствует исчезновению патологических условнорефлекторных связей. Во время работы больной отвлекается от своих болезненных переживаний, навязчивых и бредовых идей, приобретает уверенность в своих силах. Кроме того, трудотерапия повышает общий тонус организма, оказывает благотворное влияние на кровообращение, пищеварение, обмен, дыхание, сон.

Уже одно сознание того, что врач разрешил приступить к работе, вызывает у больного определенное чувство бодрости и укрепляет веру в скорое выздоровление.

Трудотерапия показана при функциональных нарушениях нервной системы с явлениями корковой слабости, при нарушениях взаимоотношения между корой и подкоркой, при психозах, когда требуется уже не охранительный режим, а стимулирование деятельности (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, истерия, психастения, неврастения, психопатии).

М. М. Мирская, Ю. А. Поворинский и Р. С. Рубинова (1960), применяя комплексную терапию в сочетании с трудовыми процессами в отделениях с беспокойными больными, отмечали, что трудовая терапия повышает активность психически больных, способствует концентрации внимания, ослаблению депрессивного синдрома.

Трудотерапия показана также при умеренной сердечно-сосудистой недостаточности, ожирении и пр.

Трудотерапия может применяться в психоневрологических больницах (J. Siedlecka, 1958), диспансерах и т.д.

Врач амбулатории должен при участии самого больного, соответственно его склонностям и способностям, составить режим дня. Существенным здесь является строгое выполнение составленного плана. Больные должны вставать, принимать пищу, работать, гулять и спать по часам с точностью до минут.

Больному рекомендуется чтение книг на темы, соответствующие его интересам и специальности. Читать больной должен сначала по утрам в течение примерно 10 мин. Затем этот срок постепенно удлиняют. Можно назначить непродолжительную работу после обеда, добавить письменную работу (письма, выписки, заметки и т. п.).

75

Лучше всего с самого начала остановиться на такой работе, которая соответствует обычным занятиям больного, и постепенно, без большого скачка переходить к более сложной.

Таким образом больной приучается к физическому и умственному труду, к самостоятельным занятиям, становится общественно полезным.

Разумеется, трудотерапия особенно эффективна, если соотносится с профессиональными навыками больных, образованием, привычками, стремлением к определенным видам труда и сомато-психическим состоянием. Труд должен быть интересным, живым, целесообразным, а врач обязан стремиться отвлечь больного от патологического творчества. Важно, чтобы больные видели конечный продукт своего труда и осознавали его пользу. Труд должен быть коллективным, и на этой основе нужно проводить также культурно-воспитательную работу. Впрочем, возможны и индивидуальные работы в художественных мастерских, фотолабораториях и т. д. Хозяйственные интересы во всех случаях должны быть целиком и полностью подчинены целям трудотерапии.

Огромное значение в трудотерапии имеют «косвенные психотерапевтические факторы» (Е. М. Эжелова"-Багалей): премирование, дополнительное питание, подбор вида труда, выбор соседей по работе, обстановка на работе и др.

Трудотерапия не должна подменять медикаментозное и иное лечение. Наряду со всеми другими активными методами лечения, культуротерапией, регламентированным режимом, она является могучим средством лечения психически больных.

Следует сказать, что не только в прежние времена, но и теперь некоторые врачи важным этиологическим фактором возникновения многих неврозов и психозов считают переутомление, хотя в большинстве случаев это неправильно. Наличие переутомления всегда должно быть доказано. Однако ежедневный длительный отдых является необходимым условием для поддержания здоровья людей, интенсивно работающих, несущих большую ответственность и испытывающих сильное аффективное напряжение (особенно для сильного неуравновешенного и слабого типов).

76

Однако непомерно большие перерывы в работе строго противопоказаны, особенно лицам, страдающим истерией, и большинству психопатов.

Отдых больного необходимо не только дозировать, но и, соотносясь с характером больного, типом его нервной системы, его склонностями, желаниями и др., указывать, как и в каких условиях проводить отдых. Известно, что даже в одних и тех же условиях один человек может действительно отдохнуть, а другой — даже устать физически или морально.

Отдых часто бывает необходим и после лечебных процедур, особенно активных.

Психически больным показаны занятия физкультурой, спортом, музыкой, чтение книг, участие в экскурсиях и др.

Очень большую помощь в восстановлении нервно-психического здоровья душевнобольных оказывают так называемые санаторные отделения, предложенные В. П. Протопоповым. Было замечено также, что у значительного числа душевнобольных заметное улучшение и даже выздоровление наступает в санаториях, организуемых не только в гористых местностях, но и в дачных, лесных, живописных местах вблизи озер или небольших рек. Это согласуется с данными, опубликованными Н. П. Доценко, В. П. Кутиным и Е. П. Миткевичем (1961), В. М. Левятовым (1961) и др.

Для иллюстрации приведем выписку из истории болезни.

Больная К., 51 года, 2/ХП 1954 г. поступила повторно на лечение в психоневрологическую больницу. Выписана 17/VIII 1955 г. Диагноз: инволюционный психоз, депрессивный синдром.

Росла и развивалась нормально. Окончив гимназию, работала учительницей в младших классах

средней школы. С 1947 г. не работает, находится на иждивении дочери. Замужем с 19 лет, муж во время Великой Отечественной войны погиб на фронте. В прошлом перенесла сыпной тиф, грипп. Менструации с 16-летнего возраста; в настоящее время цикл нарушен.

Впервые психическое заболевание обнаружилось в 1953 г. Наблюдались депрессивное состояние, тревога. Лечилась в психоневрологической больнице в г. Львове и выписалась с улучшением. Незадолго до повторного поступления в больницу состояние больной ухудшилось, появились приливы, плохое настроение, страхи; больная часто плакала, стала равнодушной к детям, близким, говорила, чѣ «внутри все атрофировано», что она «должна умереть». Перестала заниматься хозяйством. Ночью не спала, плохо ела.

77

Объективно со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Центральная нервная система — без органической симптоматики. Сознание ясное. Все виды ориентировки сохранены. На вопросы отвечает по существу. Настроение подавленное, часто плачет, испытывает необъяснимую тоску. Память несколько снижена. Всецело занята своими внутренними ощущениями, переживаниями. В отделении с окружающими в контакт не вступает, ничем не занимается, в трудовые процессы не включается.

С декабря 1954 г. по май 1955 г. применяли следующее лечение: удлинненный медикаментозный сон, сульфазинотерапию, инсулин в гипогликемических дозах, подкожное введение кислорода, внутривенные вливания раствора глюкозы, внутримышечные инъекции аскорбиновой кислоты, синэстрол, психотерапию в виде гипнотического сна. Больших сдвигов в психическом статусе не отмечалось.

1/VII 1955 г. больная была направлена в санаторное отделение в с. Руда Рогатинского района Ивано-Франковской области. У больной в течение первой недели еще оставалось грустное настроение, безразличие к окружающему. Жаловалась на «омертвление чувств», говорила: «Не знаю, или я живу, или доживаю, в то же время боюсь смерти». Затем психическое состояние больной начало улучшаться. Она стала более общительной, охотнее отвечала на вопросы. Начала читать, живо обсуждала прочитанное, с интересом слушала музыку. Охотно принимала воздушные и солнечные ванны. Участвовала (сперва после уговоров, а затем и по собственной инициативе) в прогулках, походах в лес за грибами, ягодами, цветами. Прогулки дозировались: сначала были короткими (до 1 км), позже — более длинными и продолжительными (свыше 10 км). Стала самостоятельно помогать в работе на кухне. Охотно делала ежедневную физическую зарядку, купалась в речке, днем часто принимала холодный душ. Начала интересоваться жизнью всего отделения, Негодовала при виде «капризов» других больных.

К концу пребывания в санаторном отделении настроение больной стало совершенно ровным, полностью исчезли мрачные мысли, она стала живой, общительной, жизнерадостной. Исчезли сомнения. Появилось критическое отношение к своему прежнему психическому состоянию. Больная начала просить о выписке из стационара. Выписана в состоянии глубокой ремиссии. Катамнестические данные показали, что в течение шести лет после выписки психическое состояние больной вполне удовлетворительное.

В санаториях создается соответствующая психотерапевтическая атмосфера, и, пожалуй, это является основным терапевтическим фактором.

Активные методы лечения больных повышают восприимчивость к психотерапии. Мнение некоторых авторов (N. Manfelder и др.) о том, что современные транквилизаторы делают больного менее восприимчивым к психотерапии и приводят к безынициативности, аспон-танности, не разделяется большинством психиатров.

Лечебная гимнастика. Задача физической культуры — не только физическое укрепление организма, но и

78

развитие человека в целом. Вопрос о воздействии на больных лечебной гимнастики еще мало изучен.

В настоящее время существует мнение о том, что физические упражнения прежде всего являются стимулирующим фактором, причем механизм стимулирующего влияния на больного — рефлекторный. Физические упражнения действуют на целостный организм, причем все звенья нервной системы принимают участие в его реактивном ответе.

Физические упражнения могут оказывать влияние на процессы возбуждения в коре больших полушарий, изменять их подвижность как в сторону повышения, так и в сторону понижения (А. Крестовников). Они могут также усиливать влияние коры больших полушарий на функции всего

организма, усиливать функциональную его перестройку (В. Н. Мошков). Возрастает влияние на центральную нервную систему афферентных раздражений (экстеро-, проприо- и интероцептивных). Это согласуется с положением И. М. Сеченова, что работающая мышца способна «заряжать нервные центры», и с указанием И. П. Павлова на то, что нижние отделы центральной нервной системы могут «заряжать и подкреплять» кору больших полушарий.

Из сказанного следует, что лечебная гимнастика и вообще физические упражнения могут принести больным с нервными и психическими заболеваниями весьма существенную пользу.

Гимнастические упражнения в психоневрологической практике должны применяться с целью восстановления дезорганизованной моторики, особенно при кататонической форме шизофрении и других психозах, выработки стойкого стереотипа моторики.

Так как гимнастика может оказать тормозящее и стимулирующее действие, при выборе упражнений необходимо учитывать индивидуальные особенности больного.

Лучше проводить коллективную гимнастику (группы по 8—10 больных), а не индивидуальную. При этом двигательный ритм может способствовать подавлению беспорядочных двигательных разрядов и, что особенно важно, концентрации внимания у гипобуличных шизофреников. Больным в заторможенном состоянии рекомендуется смена не только темпа, но и самих форм движений.

79

Некоторые авторы отмечают, что у шизофреников, находящихся в резком адинамическом состоянии, гимнастика дает лучшие результаты, чем трудотерапия; больные, проделывающие гимнастические упражнения, как правило, становятся более доступными, контактными и менее двигательно заторможенными. В этих случаях лечебная гимнастика является стимулирующим средством.

Кроме того, гимнастические упражнения могут быть показаны больным с гиперкинетическими синдромами. Упражнения упорядочивают движения, уменьшают отвлеченность внимания и пр.

Гимнастические упражнения особенно показаны в детских коллективах, соматических и психиатрических учреждениях. Физические упражнения являются средством общего развития и воспитания.

В неврологических стационарах лечебная гимнастика с успехом применялась при хорее, тиках, некоторых постэнцефалитических стриопаллидарных нарушениях, спастических и атактических состояниях, при множественном склерозе, табесе и др.

При гимнастических упражнениях имеет большое значение и общение больного с лечащим врачом, ободряющее и дисциплинирующее влияние, снимающее различные неврологические и психогенные факторы. Таким образом, гимнастические упражнения выступают и как психотерапевтический фактор.

Конечно, все гимнастические упражнения должны проводиться под музыку с четким ритмом; это способствует развитию чувства ритма и координации.

Особенно полезно водолечение. Самая распространенная из гидропатических процедур в психиатрии — теплые ванны.

Механизм действия физических агентов носит рефлекторный характер (А. Р. Киричинский, 1959).

Иначе говоря, физиотерапия — это рефлексотерапия. Физиотерапевтические процедуры (гидротерапия, электротерапия, лучистая энергия, механотерапия, климатотерапия, бальнеотерапия и физиопрофилактика) являются также и психотерапевтическими факторами.

Культуротерапия. С. С. Корсаков причислял развлечения и увеселения к средствам психотерапии. «Развлечения и увеселения имеют также важное значение в лече-

80

нии душевных болезней, но не в самом начале и не во время бурных приступов».

Известный психотерапевт Ю. В. Каннабих писал, что занятия искусствами, творческий труд, вызывают «...наиболее сильные психотерапевтические рефлексы». Вообще досуг больных должен быть заполнен такими мероприятиями, которые расширяли бы их кругозор, удовлетворяли культурные запросы, поддерживали бодрое настроение; задача заключается в том, чтобы поддерживать и поднимать тонус коры больших полушарий, обеспечивать нормальную смену нервных процессов.

Культурное обслуживание больных обязательно не только в каждом нервно-психиатрическом учреждении, но и в учреждении, предназначенном для лечения телесных заболеваний, особенно когда больной находится на соответствующем лечении длительное время (ортопедические, туберкулезные клиники и пр.).

Культтерапевты психоневрологических стационаров, а также культработники курортов, санаториев, домов отдыха при составлении плана культурных мероприятий, культурно-массовой работы должны учитывать желания больных и отдыхающих. Главное в культурно-массовой работе — ее идейное содержание. Нужно, чтобы высокая идейность умело сочеталась с разнообразием и занимательностью форм.

Культурно-массовая работа должна включать, прежде всего, коллективное чтение газет и журналов. Необходимо обеспечить больных художественной литературой, произведениями, проникнутыми живым дыханием жизни. «Жестокие» романы, рассказывающие о похождениях сыщиков и т. п., не могут быть рекомендованы нервнобольным.

Кроме книг, больным выдаются шашки, шахматы, домино и пр. Особенно рекомендуется демонстрация различных кинофильмов, телевизионных передач соответствующего содержания.

Многие авторы подчеркивают важную роль специальных психиатрических санитарно-просветительных фильмов в коллективной психотерапии нервнo-психических заболеваний, особенно неврозов (А. Behmer, 1957; S. Kratochvil, 1960; J. Planava, 1959; J. Planava и S. Kratochvil, 1959; M. Prados, 1951, и др.).

81

Необходимо также всячески поощрять художественную самодеятельность. Для многих психически больных развлечения могут иметь иногда большее значение, чем лекарства.

В план культурных мероприятий могут быть включены лекции и беседы на политические и естественнонаучные темы, которые не только способствуют расширению кругозора больных, но и благотворно, успокаивающе действуют на нервную систему, отвлекая их от заболевания.

Организованные встречи и беседы с учеными, литераторами, изобретателями, новаторами производства развивают умственный кругозор больных.

Беседы на медицинские темы должны быть хорошо продуманы, ясны и доступны, проводить их нужно так, чтобы не вызвать ятрогенного заболевания.

Психотерапия рекреационная. Это психотерапия с использованием свободного времени. Это фактически наша культтерапия.

Музыкотерапия. Положительное влияние на больных оказывает музыка.

С. С. Корсаков писал, что «...музыка влияет благотворно на настроение, а так как расстройство настроения составляет важный элемент душевных болезней, то и полезное влияние музыки весьма возможно». О благотворном влиянии музыки на высшую нервную деятельность человека указывали также В. М. Бехтерев, В. В. Люстрицкий, И. Н. Спиртов и другие.

Музыка должна быть гармоничной, без формалистических изощрений, дисгармоничных шумов, тресков. Последнее может скорее вызывать раздражение и даже срыв высшей нервной деятельности.

Больная X., 40 лет, заболела в феврале 1946 г. Жаловалась на подавленное настроение. Проявились плаксивость, медлительность движений, нежелание говорить, бессонница, плохой аппетит. Больная считала свое заболевание неизлечимым. Жизнь воспринимала в мрачных красках, появились мысли о самоубийстве.

Такое состояние наблюдалось у больной и раньше, в 1940 и 1945 гг, длилось примерно 4—7 месяцев. После приступов она чувствовала себя хорошо, была трудолюбивой, жизнерадостной.

В клинике применены инсулин в гипогликемических дозах, подкожное введение кислорода по 300 мл, опиаты. Состояние больной улучшилось.

82

Показательно отношение больной к музыке, концертам, которые проводились в отделении. Когда у больной улучшилось состояние, она рассказывала, что даже во время очень тяжелых приступов меланхолии музыка отвлекала ее от плохих мыслей, «даже жить хотелось». Успокаивала, как говорила больная, «грустная музыка, а веселая — раздражала и вызывала наплыв мрачных мыслей».

Все описанные воздействия как факторы окружающей среды влияют на целостный организм рефлекторно при участии высших отделов центральной нервной системы и в первую очередь коры больших полушарий. Последняя играет решающую роль в процессе компенсации нарушенных и утраченных функций, приспособления человеческого организма к условиям внешней среды.

ТЕОРИЯ ОТРАЖЕНИЯ И УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА  
О ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ СИГНАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ.  
УЧЕНИЕ О СЛОВЕ И ЕГО ОГРОМНОЙ

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РОЛИ

Материалистическое учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности посвящено разрешению проблемы физиологических, материальных основ психики, в частности мышления, сознания. Эта проблема издавна волнует человеческую мысль и является предметом ожесточенной борьбы между материализмом и идеализмом. Учение Павлова о высшей нервной деятельности является естественнонаучным подтверждением марксистско-ленинской теории отражения.

В чем же сущность теории отражения?

Гениальная формула В. И. Ленина гласит: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности» (Философские тетради, 1947, с. 146—147).

Теория отражения учит, что психическая деятельность, мышление и сознание есть продукты мозга, а мозг, орган высшей ориентировки животного и человека, возникший в результате естественно-исторического развития материального мира, является высшим продуктом природы. Именно поэтому, учит марксистско-ленинская теория отражения, сознание — продукт мозга — не противоречит природе, а соответствует ей.

Идеальная и материальная стороны — это две раз-

83

личные формы одной и той же природы или общества;! развитию так называемой идеальной стороны, и сознания, всегда предшествует развитие материальной стороны, внешних условий. Сначала изменяются внешние условия, а затем соответственно изменяется сознание, идеальная сторона, то есть эта последняя не первична, а вторична.

По убеждению естествоиспытателей-материалистов, ощущения, восприятия и представления являются исходным пунктом всякого познания, всех наших знаний. Человек не мог бы правильно приспособиться к среде, если бы его ощущения не давали ему объективно правильного представления о ней. Ощущения представляют собой непосредственную связь сознания с окружающей действительностью. Это связь органов чувств с внешним миром, результат превращения энергии внешнего раздражения в факт сознания. Ощущение зависит от мозга, нервов, сетчатки и т. д., то есть от определенным образом организованной материи.

Но ощущения, восприятия, представления не способны сами по себе отразить внутреннюю, существенную связь явлений, не способны открыть законы объективного мира. Благодаря этим процессам отражается лишь внешняя сторона явлений, дается образ единичных предметов (первая сигнальная система). Окружающий мир, те или иные конкретные предметы, воздействуя на мозг, вызывают возбуждение не только в первой, но и во второй сигнальной системе. Мы воспринимаем различные объекты окружающей действительности, как обозначенные словом. И называя тот или иной предмет, мы восстанавливаем его наглядный или умственный образ.

Необходимо указать, что так как ощущения являются ощущениями того или иного субъекта, то они носят на себе печать того, кому они принадлежат, то есть ощущения являются субъективными образами объективного мира, результатом деятельности органов чувств, мозга конкретного индивидуума.

В связи со сказанным необходимо подчеркнуть, что деятельность нашего организма, который отражает воздействие среды, не является простой машинальной деятельностью. Она связана с определенным внутренним процессом, с определенной формой активности организма. Энгельс писал: «...все, что побуждает человека, про-

84

ходит через его голову: даже за еду и питье человек принимается под влиянием отразившихся в его голове ощущений голода и жажды, а перестает есть и пить потому, что в его голове отражается ощущение сытости» То, о чем говорил Ф. Энгельс, мы теперь, после исследований И. П. Павлова и К. М. Быкова, именуем интерорецепцией, связью коры головного мозга с внутренними органами.

Уже в самом простейшем акте так называемого «снятия копии» с окружающей действительности участвует не один, а два встречных процесса: один идет от вещей, явлений внешнего мира, а другой — от внутреннего состояния организма. Это, таким образом, активный процесс, который заключает в себе преобразующую деятельность мозга.

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности показало, что в основе этой активной, творческой деятельности животных, и особенно человека, лежит образование временных нервных связей как способ отражения окружающей действительности. Не только человек, но и животное



отражает мир не механически, а активно, «творчески», путем довольно сложной переработки раздражений, которые поступают в центральную нервную систему из внешней и внутренней среды.

Человек, в отличие от животных, познавая мир, проникает в сущность материальных процессов, раскрывает сложнейшие отношения предметов и явлений. Отвлекаясь от отдельных данных, которые он получает с органов чувств, и обобщая их, человек отображает наиболее существенные, глубокие, закономерные связи предметов и явлений внешнего мира.

Обе ступени процесса познания, живое созерцание и абстрактное мышление, находятся в единстве, могут переходить одно в другое, это — единый диалектический процесс отражения явлений окружающего мира.

Правильность наших знаний проверяется практикой. Практика является высшим критерием истинности добытых знаний, основой всего процесса познания.

Наше сознание, мышление, чувства носят активный характер также благодаря деятельности, это помогает вскрыть не только те связи, которые существуют в настоящее время, но и те, которые могут возникнуть в будущем.

85

Абстрактное и диалектическое мышление возникли на языковой основе в результате образования в мозге человека нового типа нервных связей — второй сигнальной системы, которая является физиологической основой мышления и взаимного обмена мыслями.

И. П. Павлов неоднократно подчеркивал роль слова в формировании человеческого мышления.

Слова — это уже вторичные сигналы, или сигналы сигналов.

В чем же суть этой двойной сигнализации? Различные раздражения (зрительные, звуковые и другие) являются непосредственными сигналами, которые обозначаются словами — словесными сигналами, последние составляют вторую сигнальную систему. И. П. Павлов писал: «Этим вводится новый принцип деятельности — отвлечение и вместе обобщение бесчисленных сигналов предшествующей системы... принцип, обусловивший безграничную ориентировку в окружающем мире и создавший высшее приспособление человека — науку».

Таким образом, человек непосредственно воспринимает окружающий мир на основе первой сигнальной системы, а абстрактное мышление связано со второй сигнальной системой. Однако нормальная взаимосвязь человека с окружающей действительностью возможна только при совместной и согласованной деятельности как первой, так и второй сигнальной систем. Вторая сигнальная система осуществляет свою связь с окружающим миром лишь через первую сигнальную систему. Однако непосредственная связь сигнальных систем не означает их тождества: каждая из них имеет свои особенности.

Человек благодаря второй сигнальной системе использует как свой прежний опыт, так и опыт людей предшествующих поколений, зафиксированный в словах, языковыми средствами.

Вторая сигнальная система регулирует и направляет деятельность первой сигнальной системы. И если нет в «чистом виде» второй сигнальной системы без первой, то также не может быть и мышления без ощущения, восприятия, представления. Ощущает же и воспринимает человек окружающую действительность только через призму общественного опыта, усвоенного им опосредованно при помощи языка и речи.

86

Вторая сигнальная система, являющаяся высшей формой нервной деятельности человека, внесла существенные изменения и в работу первой сигнальной системы.

Как во второй, так и в первой сигнальной системе отражается социальная среда, и деятельность первой системы так же социально детерминирована, как и деятельность второй.

Итак, между мыслями и словами имеется тесная связь. И чем сложнее, абстрактнее содержание мышления, тем в большей степени оно нуждается в речи.

Поэтому неверным является утверждение идеалистов (E. Dühring и др.), будто бы высшие формы мышления не нуждаются в речи. Ф. Энгельс писал: «Если так, то животные являются самыми абстрактными и настоящими мыслителями, так как их мышлению никогда не мешает надоедливое вмешательство речи».

Очень важным является то, что учение о двух сигнальных системах объясняет действие человеческого слова как лечебного фактора: слово, вторая сигнальная система как высший регулятор оказывает влияние на все функции человеческого организма.

Слово дает человеку превосходство над животными прежде всего потому, что оно делает возможным обмен мыслями, связывает людей в организованное общество.

Слово, материальная оболочка мысли, действует через анализаторы на мозг как вполне реальный физический раздражитель. «Конечно, слово для человека,— писал И. П. Павлов,— есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных».

Слово «сигнализирует» и заменяет различные раздражения, приходящие в большие полушария, «...и потому может вызвать все те действия реакции, организма, которые обуславливают те раздражения» (И. П. Павлов).

Теперь уже можно сказать, что «нет тех функций в организме, которые при известных условиях нельзя было бы возбудить, затормозить или извратить прямым или косвенным внушением. Слово, имея материальные корни, может производить и материальные изменения в организме человека» (К. И. Платонов).

87

Как говорит К. М. Быков, и природа внушений становится доступной физиологическому анализу. При любом психотерапевтическом воздействии су-, существует непрерывная связь между первой и второй сигнальными системами: раздражения, применяемые в процессе психотерапии, поступающие в мозг через вторую сигнальную систему, достигают через нее первой сигнальной системы и соответственно воздействуют на эту последнюю и на ее соотношения с нижележащими отделами головного мозга.

У человека «смысловое содержание слова» обуславливает воздействие второй сигнальной системы на первую. Для второй сигнальной системы понятие силы раздражителя определяется именно смысловой значимостью раздражителя для данной личности. Учение о работе первой и второй сигнальных систем физиологически обосновывает гипноусуггестивные явления в интеллектуальной, волевой и эмоциональной сферах человека, получаемые в эксперименте.

О нейрофизиологических аспектах психической деятельности. В последнее время благодаря блестящим исследованиям нейрофизиологов при помощи вживленных в отдельные нейроны и зоны мозга электродов удалось вывести ряд общих принципов работы мозга, понять роль отдельных зон в обеспечении психических явлений (памяти, эмоций, мышления, речи и др.).

В частности, Н. П. Бехтеревой показано, что течение психических процессов обеспечивается многозвеньевой функциональной системой мозга, причем имеются «жесткие» звенья, которые работают независимо от внешних условий, и «гибкие» звенья, которые могут включаться или выключаться в прямой зависимости от первых.

Сочетание «жестких» и «гибких» звеньев определяет экономичность работы мозга и большое число «степеней свободы» в меняющейся обстановке. Большое число «жестких» и «гибких» звеньев обуславливает высокую надежность работы мозга.

По Н. П. Бехтеревой, элементы системы, обеспечивающей психическую деятельность,— не единичные нейронные клетки, а нейронные ансамбли. Оптимизация психической деятельности достигается при помощи имеющегося в мозге своеобразного аппарата («детектор ошибок»), объединяющего структуры, которые «молчат», если деятельность идет в соответствии с планом, и работают, когда происходит рассогласование, способное мобилизовать энергетические ресурсы мозга, что создает предпосылки для коррекции текущего и последующих этапов деятельности.

Импульсная активность тех или иных клеток мозга может специфически соответствовать словесным сигналам.

Обработка словесной информации проходит по следующей схеме. Вначале слово шифруется в электрических импульсах мозга, независимо от смыслового его содержания, как сложные звуковые сигналы. Возникшая при этом импульсная активность нейронов (код) адресуется к долгосрочной памяти, накопленной в результате индивидуального опыта, активизируя ее. После активизации долгосрочной памяти возникает новый электрический шифр — смысловой код. Теперь услышанное слово, пройдя через стадию акустического кода, «оживает» в мозге и вызывает другие, уже более сложные психические процессы.

Можно сказать, что природа позаботилась о том, чтобы и в физиологической, и в психической жизни было меньше «поломок». D. E. Wooldridge, сравнивая роль сознательной и бессознательной деятельности мозга, считает, что большая часть работы, выполняемой головным мозгом человека, приходится на долю именно бессознательной, автоматической регуляции физиологических процессов. Действительно, природа не доверила новым, «высшим» интеллектуальным функциям человека управлять такими жизненно важными процессами, как дыхание, работа сердца, регуляция химического баланса пищеварительных органов, гомеостаз и др. По D. E. Wooldridge,

«природа в последний миллион лет смогла предоставить Homo sapiens особую привилегию — высвободить небольшую долю его нервных сетей для того увлекательного занятия, которое мы называем «высшей интеллектуальной деятельностью».

В связи с этим можно сказать, что представление о том, что подкорка, безусловная рефлекторная деятельность «слепа», не подтверждается новейшими научными данными. Если человек со своим сознанием чрезмерно вмешивается в ее сложную работу, это может привести к возникновению невротического или иного патологического синдрома.

Врачебная этика. Деонтология и психотерапия

Врачебная этика (греч. *ethos* — обычай, характер) — это учение о нравственных началах в деятельности врача любой специальности, о его высокогуманном отношении к больному, что является необходимым условием успешного предупреждения и лечения болезней.

Деонтология (греч. *deon* — должное, *logos* — учение) — это часть врачебной этики, учение о долге врача, принципах поведения его и всего медицинского персонала, направленного на максимальное увеличение эффективности всех видов лечения.

Вопросами врачебной этики и деонтологии занимались многие Ученые — W. Simon, R. Virchow и другие. В частности, R. Virchow

89

писал, что «врачи — естественные защитники бедных, и социальный вопрос относится в значительной степени к их юрисдикции». Много внимания вопросам врачебной этики уделяли С. П. Боткин, В. М. Бехтерев, В. Я. Данилевский, А. Молль, а позже С. С. Вайль, Н. А. Виноградов, С. Н. Давыдов, И. А. Кассирский, Г. И.-Царего-родцев и другие.

Мы выше говорили о целостном подходе к больному. К этому вопросу примыкают проблемы специализации, дифференциации, профилизации медицины.

Мы живем в век научно-технической революции, социальных преобразований, колоссальных достижений в области физики, химии, электроники, биохимии, электрофизиологии и других. И если раньше существовали непосредственные отношения «врач — больной», то теперь эти отношения усложнились («врач — прибор — больной»), что свидетельствует о прогрессе медицины. Однако при постановке диагноза и оценке общего состояния больного нельзя слепо доверять прибору, лаборатории, так как это может увеличить вероятность ошибок. Поставить окончательный диагноз должен творчески мыслящий врач, а не лаборатория или машина, которым принадлежит лишь вспомогательная роль.

Нельзя преувеличивать значение местного, локального процесса, забывая о принципе целостного понимания организма.

Близко к деонтологической проблеме стоит вопрос о воспитании молодых врачей, повышении их клинической квалификации. Плохо, если при обучении врача, аспиранта, ординатора основное внимание направлено на лабораторные методы исследования, освоение инструментальной техники, а изучение клиники будет отодвинуто на второй план. При этом может оказаться, что врач не сможет поставить клинический диагноз даже при обычных заболеваниях.

В настоящее время обращается внимание на проблему выбора молодежью профессии. При выборе профессии врача необходимо прежде всего призвание к этому роду деятельности. Как справедливо говорит Г. И. Царего-родцев, профессия медика предъявляет повышенные требования не только к «голове», но и к «сердцу» человека. Гуманность, доброта, сострадание, сочувствие, самопожертвование должны быть органически присущи каждому врачу.

В средние века эмблемой врачевания была горящая свеча с надписью: «Служа другим, сгораю». Авиценне приписывают слова: «Врач должен обладать взглядом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва».

Деонтологической проблемой являются также ера.' чебные ошибки. Последние, как известно, бывают раз-

90

личными: в основе одних лежит обычное, «добросовестное» заблуждение, недостаточная квалификация, в основе других — нарушение морально-этических норм, равнодушие, нежелание проконсультироваться с коллегой, перестраховка или стремление переложить ответственность на консультанта. Однако имеются и профессиональные правонарушения, которые могут привести к привлечению врача к уголовной ответственности.

Сейчас в медицинской печати ставится вопрос об усилении внимания к проблемам деонтологии. В частности, недопустимо опубликование в газетах и журналах [популярных, написанных недостаточно компетентными |лицами статей и сообщений сенсационного характера, (которые

могут оказать отрицательное влияние на психику больного, вызвать ятрогению. Деонтологической и психотерапевтической проблемой является отношение к неизлечимым и умирающим больным. Здесь основным принципом врача является борьба за жизнь больного до последней минуты. Современные возможности реанимации подкрепляют этот принцип. Одним из важнейших принципов советской психотерапии является чуткое, мягкое и внимательное отношение к больному, установление с ним эмоционального контакта. Некоторые больные, «ушедшие в свою болезнь», приходят к врачу с мрачными мыслями и подавленным настроением: они переоценивают серьезность своего заболевания, нуждаются в успокоении, внушении им чувства уверенности в выздоровлении, в поднятии настроения. Но, чтобы преодолеть настроение больного, врач прежде всего должен установить с ним такие отношения, которые позволили бы глубоко изучить индивидуальные особенности больного, тип его высшей нервной деятельности, характер. Установление эмоционального контакта с больным — это уже первая ступень утверждения авторитета врача. Это вызывает доверие больного к врачу и применяемому методу лечения. Теперь уже слово врача, его беседа с больным будет подкреплять и усиливать эффективность лечебно-профилактических мероприятий. Трудно составить какие-либо общие правила обращения с больным. Но опыт подсказывает врачу, какой

91

именно способ обращения необходим в каждом отдельном случае. Здесь также нужен индивидуальный подход.

Образцом внимательного подхода к переживаниям и жалобам больных было отношение к ним И. П. Павлова, который подчеркивал необходимость помнить о том, что больной — это живой страдающий человек. Это особенно важно по отношению к психически больным.

На важную роль среднего и младшего медицинского персонала в клинике психиатрии указывали такие психиатры, как И. М. Балинский, С. С. Корсаков, П. Б. Ганнушкин, В. А. Гиляровский и др.

П. Б. Ганнушкин (1924) писал, что между врачом и больным есть средостение, известным образом заполненное пространство. «Я имею в виду,— подчеркивал он,— младший и средний персонал, имеющийся в каждом психиатрическом учреждении и играющий в психиатрическом обиходе — скажу прямо — громадную, первостепенную роль. Этот персонал не только выполняет лечебные назначения врача-психиатра (включая сюда и свое моральное влияние), но прежде всего наблюдает за больными, делится своими наблюдениями с врачом».

Средний и младший медицинский персонал необходимо повседневно обучать основным принципам ухода и обращения с больными.

Блестящее описание обращения с душевнобольными дал наш великий психиатр С. С. Корсаков (1911). Это описание может лечь в основу обращения не только с психически, но и с телесно больным. Он писал: «Как общее правило, нужно считать, что окружающие больного лица должны отличаться выносливостью, терпением и сдержанностью. Если человек, ухаживающий за больным, сам легко раздражается, то он чаще всего только приносит вред больному. Нужно спокойно выслушивать все, что больной говорит, нужно терпеливо выжидать возможность сделать то, что вам нужно относительно больного, не суетиться, не спешить, нужно хладнокровно предвидеть, что больной может сделать себе и другим вредного, и заранее устранить поводы к возникновению какого-либо вредного намерения. Нужно постоянное внимание, бдительный надзор. В то же время обращение с больным должно быть кроткое, любезное (но без слащавости и излишней фамильярности, иногда оскорбляющей и раздражающей больных)».

С. С. Корсаков подчеркивает, что врач должен иметь бодрый вид, никогда не теряться, действовать уверенно, отвечать находчиво. Но основное — не обманывать больного. Хотя иногда приходится скрывать от больного истину, но обман, особенно своекорыстный, не должен иметь места. «Ничто так не раздражает больных, ничто так не роняет авторитета врача и надзирателей, как ложь и фальшь. Достаточно прислуге, надзирателю или врачу хоть

92

раз сфальшивить перед сознательным больным, чтобы навсегда испортить отношения».

По С. С. Корсакову, в отношениях с душевнобольными должна быть сохранена та же форма, которая соблюдается в отношениях с психически здоровыми людьми. Многие больные чувствуют, когда с ними обращаются как с бессмысленными существами, и, конечно, страдают от этого. В отношении больных женщины мужчины-врачи должны быть очень осторожны. Не следует садиться на их кровати, класть руки им на плечи; нужно по возможности избегать обнажения больных. Для

исследования половой сферы женщин удобнее приглашать постороннего специалиста, врач отделения не должен производить подобных исследований.

Врачи, сестры, санитары должны быть примером вежливого и тактичного обращения, строго соблюдать правила приличия. Неуместная развязность медицинского персонала, фамильярность в обращении подают дурной пример больным.

Установившийся в лечебном учреждении порядок свидетельствует об уровне культуры персонала. Внимание к нуждам больных, сознательное отношение персонала к выполнению своих обязанностей должны быть предметом неослабного внимания всего руководства лечебного учреждения. С психотерапевтической точки зрения важна не только простая беседа врача или сестры с больным, но и ясное, краткое объяснение цели назначенной терапии.

Однако нельзя допускать, чтобы больной не выполнял предписаний врача. Добиваться вежливости, тактичности нужно не только от медицинского персонала, но и от самих больных. Когда мы говорим об индивидуальном подходе, чуткости, это не значит, что врачи должны выполнять все капризы некоторых больных, а на нетребовательного больного не обращать должного внимания.

I

Об интимности врача с больным

При психотерапии может быть вредна слишком далеко заходящая интимность врача с больным. Такая интимность может позволить больному косвенно влиять даже на терапевтические мероприятия врача, иногда в угоду врачу больной фальсифицирует свое состояние.

Каждый врач, психотерапевт же особенно, должен остерегаться подобной ошибки. Психотерапевт должен быть объективным, но, конечно, без «холодной» объек-

93

тивности, без сухости. Плох тот врач, который стремится держать больного в подчинении, тем более в страхе. Очень важно, чтобы ни один больной не находился в «духовной смирительной рубашке».

При собирании анамнеза и выслушивании жалоб больного врач не должен отвергать эти жалобы, считая их «невозможными».

Каждый больной хочет услышать от врача слова утешения; со всей серьезностью нужно указать больному, что его болезнь излечима, что имеются шансы на улучшение и излечение. Это вызывает у больного чувство, что он находится под своеобразной защитой, и освобождает его от мучительных раздумий.

Далее, очень важно в некоторых случаях освободить больного от убеждения, будто его болезнь какая-то особенная, необычная, не такая, какая бывает у других. Можно ознакомить больного с примерами излечения подобных заболеваний, показать документы, снимки.

О запрещении

Для психотерапевта (и вообще для врача) очень важным является вопрос о запрещении больному употребления тех или иных веществ, особенно наркотиков.

Научно обосновано, что курение и употребление алкоголя вредны для организма.

Не подлежит сомнению, что те или иные невротические или соматические симптомы вызваны или усугубляются злоупотреблением вином, чрезмерным курением. Однако подобные случаи встречаются не так уж часто. Поэтому категорическое запрещение курить или даже эпизодически употреблять малые дозы вина не всегда рационально.

Вред от умеренного употребления этих веществ для телесно здорового человека весьма гипотетичен. Вопрос должен ставиться не столько о категорическом запрещении (полном или частичном), сколько о доведении до сознания вредности алкоголя и никотина.

Запрет может иметь тройную форму. Авторитетный и категорический запрет, но без всякого обоснования, к сожалению, применяется чаще всего, однако с психотерапевтической точки зрения это неправильно; у больного возникают различные сомнения и неясности. Дру-

94

гой вид запрещения — апелляция к эмоциям больного. Врач при этом иногда рисует больному страшную картину последствий курения или употребления алкоголя. Это также неверно, потому что, во-первых, нельзя запугивать больного (ятрогения!), во-вторых, у больного может возникнуть мысль, что он уже обречен на гибель, так как ранее курил или пил. Наиболее правильное — это рациональное запрещение, апеллирующее к разуму больного.

Необходимо обратить внимание еще на одно важное обстоятельство. В психиатрической практике бывают случаи, когда необходимо «выявить» тот или иной симптом, степень уравновешенности

нервных процессов, повышенную возбудимость или тормозимость, спровоцировать проявление гнева, вспыльчивости, раздражительности, выдержки, самообладания и пр. Такая «провокация» эмоциональных симптомов вообще должна проводиться очень осторожно, так как неосторожное исследование может повредить больному, и он после этого не будет доверять врачу.

Ятрогении

Зная, каким мощным физиологическим фактором является слово, врачи и все другие медицинские работники должны быть очень осторожны в словах, чтобы не вызвать у больного так называемой ятрогении, то есть заболеваний, в большинстве случаев неврозов (психоневрозов), возникающих в результате высказываний врача, письменных или устных выводов, иногда даже мимики. Это новое заболевание часто может оказаться даже более тяжелым, чем то, которое заставило больного обратиться к врачу. По справедливому замечанию А. Г. Галачьяна, ятрогения выражается в повседневной мелкой травматизации психики больных больше, чем в приводимых в литературе эксквизитных по своей демонстративности™ случаях.

Уже указывалось, что прогрессивные врачи прошлого учитывали психическое состояние больных при различных телесных заболеваниях. Они понимали, что рана, причиненная словом, излечивается не всегда.

В. М. Гаккебуш указывал, что ятрогении— продукт нового времени. Для клиницистов прошлого, не знавших

95

тех тонкостей специализации, какие известны современной клинике, не имевших совершенных лабораторных методов исследования, больной был прежде всего человеком, нуждающимся в помощи, а не «сердеч-\*ным», «желудочным», «легочным» больным.

Такой искусный врач, как Р. А. Лурия, автор монографии «Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания», справедливо замечал: «...недостаточно бережное отношение врача к психике больного, к его внутреннему миру, недостаточно строгое и требовательное отношение к себе, когда дело идет о контакте с больным, недооценка врачом значения своих слов и всего своего поведения легко ведет к психической травме, в результате которой может возникнуть психогенным путем целый ряд соматических расстройств и заболеваний».

Как иногда врачи бывают неосторожны в своих выражениях! Например, консультант-терапевт, обследуя в психиатрической клинике душевнобольного с диагнозом «реактивное состояние», тут же при больном, как бы гордясь своей находкой, громко говорит лечащему врачу: «Да у этого больного прекрасный туберкулез легких». При этом он с невозмутимым видом, даже улыбаясь, хлопывает больного по плечу. Этого достаточно, чтобы у больного появились новые, еще более мрачные, чем прежде, мысли; у него исчез аппетит, появилась бессонница. После дополнительных рентгенологических и бактериологических исследований диагноз туберкулеза легких не подтверждается, больного удается успокоить, но все же по вине врача он получил добавочную психическую травму, вряд ли прошедшую для него бесследно

Доцент одной из терапевтических клиник, вызванный к тяжелобольной с жесточайшими болями и явлениями острого панкреатита, с холодным спокойствием сказал: «Ну, ничего, мы вас переведем в хирургическую клинику, вас разрежут и посмотрят, что у вас». Это было сказано тогда, когда диагноз еще не был окончательно установлен. Больная, вообще душевно легко ранимая, тревожно-мнительная, со склонностью к самоанализу да еще настрадавшаяся от болей, ответила: «Спасибо, доктор, что вы меня утешили». После этого больную продолжительное время не удавалось вывести из состояния крайней подавленности».

Некоторые утверждают, что существуют слова, которые врач должен изъять из употребления у постели больного, так как они действуют подобно сильному яду. К таким словам относятся «рак», «туберкулез», «размягчение мозга». Слова «спинной мозг» иногда так сильно действуют на некоторых нервных больных, что у них тут же появляется истерическое нарушение походки. Термин «атеросклероз» нужно употреблять с большой

96

осторожностью: представление о возможности этого заболевания может вызвать тяжелое продолжительное Депрессивно-ипохондрическое состояние. Больной, услышав от врача о том, что у него сифилис, может прийти в такое отчаяние, что для лечения психики потребуется больше времени и труда, чем для лечения основного заболевания. Только при полной уверенности в диагнозе, при наличии требований терапии, возможности заражения третьего лица можно с соблюдением большого такта и осторожности сказать больному о причине его страдания.

Врач должен отдавать себе отчет в том, что речь идет о вмешательстве в духовную жизнь

больного, а состояние психики бесчисленными путями воздействует на состояние тела.

Мы, врачи, хорошо представляем себе механизм физиологического влияния на больного не только врачебного слова и смыслового его содержания, но и интонации, мимики, движений. Тон нашей речи нередко может изменить ее смысл.

Не подлежит сомнению, что каждый врач должен отвечать за свои слова не меньше, чем за поступки по отношению к больному. Необходима профилактика ятрогений. Уже с институтской скамьи, с первых лет клинической работы нужно вырабатывать у врача постоянный рефлекс «охраны больного».

От каких же факторов зависит психопатологическая картина и сама форма ятрогений? По Л. А. Богдановичу, эти факторы следующие: характер самой психической травмы, нарушения функции того или иного органа, наличие невротической почвы, типологические особенности нервной системы, условия окружающей среды. Ятрогений развиваются в результате совпадения психической травмы с теми или иными условиями внешней и внутренней среды организма.

Чаще всего ятрогений возникают у слабых личностей с тревожной мнительностью. Ятрогений могут также быть как бы дополнительным этиологическим моментом наряду с другими реактивными травмами и сомато-генезами, что ведет к ослаблению высшей нервной деятельности (М. А. Жилинская и Л. Г. Первов, 1958), углублению психопатических черт личности и течения нервно-психического расстройства.

4 739

97

В развитии ятрогенных неврозов и психозов существенную роль играют не только ошибочный характер и форма бесед врача с больным, но, как правильно утверждает Г. К. Ушаков, и дидактические ошибки педагогов.

Психотерапия в процессе катamnестического обследования

В процессе катamnестического обследования лечившихся в прошлом больных (в диспансерах и стационарах) требуется особый подход.

Многие бывшие больные с легкими остаточными явлениями в психике или даже практически здоровые не посещают врача часто вследствие застенчивости, впечатлительности, сензитивности и др.

В этой стадии, когда болезнь, можно сказать, уже забыта больным, приход врача к нему домой или вызов в диспансер требуют от врача особой деликатности и тонкости.

В таких случаях рекомендуется сначала установить контакт с родственниками, женой (мужем), а иногда и руководством предприятий, где больной работает, и, получив от них катamnестические сведения, встретиться с самим больным.

Во время беседы важно рассеять необоснованные сомнения пациента, убедить его в понимании, добром отношении врача. Необходимо добиться прочного эмоционального контакта, откровенности, доверчивости.

Недопустимо использовать для катamnестического обследования переписку по почте, телефонные звонки и т. д. Это может привести к подрыву авторитета врача, лишить его доверия обследуемого, а иногда и способствовать ухудшению психического здоровья.

Правда о болезни

Каждый больной, который обращается к врачу, интересуется исходом своего заболевания, и многие из них прямо ставят этот вопрос перед врачом.

Нужно ли сообщать больному диагноз и говорить ему всю правду? Видимо, этот вопрос нельзя решать в зависимости от тяжести заболевания. С. П. Боткин пи-

98

сал: «Я считаю непозволительным высказывать больному свои сомнения в возможности благоприятного исхода болезни, если какие-нибудь особые условия со стороны больного или его семьи не заставляют высказать предполагаемого сомнения; но и тут не следует забывать всю возможность ошибки и всю тяжесть могущих быть дурных последствий для нервной системы больного, мысль о предстоящей смерти которого не может благотворно действовать на течение болезни... Высказывая свое предсказание окружающим, врач должен поступать с большой осторожностью; он должен беречь больного и окружающих, от которых приходится иногда скрывать тяжелую истину в интересах самого больного».

С другой стороны, врач, никогда не говорящий больному правды о болезни, также поступает неправильно. Рано или поздно больной узнает о своей болезни от окружающих, а иногда и сам может составить правильное суждение о своем состоянии. Ложная заботливость лечащего врача о психике больного в некоторых случаях оказывается ненужной. Это, конечно, относится к врачам всех специальностей.

Некоторые утверждают, что необходима абсолютная правдивость. Но эту правду можно преподносить по-разному. Очевидно, при сообщении диагноза и прогноза важно не столько содержание, сколько способ выражения.

Естественно, врач должен сообщать больному о прогнозе и сущности заболевания в ободряющих тонах. Родственники больного должны знать всю правду, хотя, конечно, и здесь не следует сгущать краски и представлять заболевание как чрезвычайно тяжелое и неизлечимое. Однако нельзя допускать также, чтобы родственники, не получавшие никаких сигналов об ухудшении состояния больного, вдруг узнали о его смерти.

Жестокость, основанная на хитром понятии о правде (например, когда врач на вопрос больного, долго ли ему осталось жить, отвечает: 5—6 ч), граничит с преступлением. Врач, который не сообщает больному о предполагаемом сроке рокового исхода, поддержит слабеющий Дух, поможет мобилизации сил организма на борьбу с болезнью или, в крайнем случае, облегчит последние минуты. Правдивый, но сухой ответ может нанести лишь излишнюю душевную травму, убить последние надежды.

4\*

99

Вообще, когда перед врачом ставится вопрос о прогнозе, нужно учитывать прежде всего личность больного, тип высшей нервной деятельности, возможность подавления отрицательных эмоций, появляющихся после объявления горькой правды. Здесь особенно необходим индивидуальный подход.

Врачи Макаровской больницы подняли вопрос о том, следует ли объявлять день операции, или нужно переводить больного в операционную без предупреждения его об этом накануне. Этот вопрос ставили и раньше многие советские хирурги, понимая необходимость бережного отношения к психике больного перед операцией. В клинике Н. Н. Бурденко практиковалось приглашение больных в операционную без предупреждения. Однако это вызывало сильное волнение готовящихся к операции. Незнание сама по себе может явиться причиной психической травмы.

Видимо, на этот вопрос нельзя ответить однозначно; одним больным можно объявить день предстоящей операции или какой-либо другой более или менее сложной процедуры (пункция и т. п.), другим этого сообщать не следует. Лица с сильным уравновешенным типом нервной системы, владеющие собой, решительные, способные к сосредоточенности, продолжительному волевому усилию, легко, без чрезвычайного волнения переносят сообщение врача о дне и часе предстоящего вмешательства. Человек со слабым типом высшей нервной деятельности, с легко ранимой психикой, робкий, чувствительный, душевно мягкий, впечатлительный, со склонностью к сомнениям, легко внушаемый, у которого ожидание всегда является источником тревоги, будет ожидать предстоящую операцию с тяжелым чувством и, конечно, ему не следует объявлять назначенный срок.

#### СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ.

Логически обоснованная, рациональная, разъяснительная психотерапия

Внушение в состоянии бодрствования (наяву),

воздействие убеждением

Прежде чем перейти к существу вопроса о терапии в состоянии бодрствования, следует коснуться самих понятий «убеждение», «разъяснение» и «внушение» (сло-

100

весное). P. Dubois, J. Dejerine противопоставляли внушение убеждению и разъяснению, считая, что эти последние адресуются к рассудку, критике больного, а внушение действует вопреки им. A. Moll, Hirschlaff и другие считали, что убеждение и разъяснение приводят те или иные поступки больного в соответствие с действительностью, тогда как внушение — в своеобразное несоответствие с этой действительностью. Существовало даже мнение, будто внушение подавляет активность личности, а убеждение и разъяснение стимулирует ее.

H. Bernheim отождествлял понятия «внушение» и «убеждение».

Более подробно вопрос о внушении (не только словесном) мы рассмотрим ниже. Но следует ли противопоставлять понятия «убеждение» и «разъяснение» внушению? Видимо, нет, потому что в



самом убеждении и разъяснении уже скрыто внушение. Нельзя также исключить из внушения доказательство и логику. И убеждение, и разъяснение, и внушение, в конце концов, направлены на сознание больного, на его высшую нервную деятельность, которая, конечно, включает и рассудок, и критику, и поступки больного. Благодаря всему этому достигается\* торможение или возбуждение высших кортикальных образований, поступков, действий или же смена стереотипа больного, его поведения. Внушение (словесное) всегда достигается путем «непосредственного воздействия прямой речи, имеющей определенное смысловое значение и императивность» (К. И. Платонов. Внушение. БМЭ, т. 5, изд. 2-е).

Результат будет зависеть от содержания (смысла) убеждающей, разъясняющей или внушающей терапии.

Итак, метод психотерапии в бодрственном состоянии предусматривает прежде всего влияние слова врача, непосредственное воздействие на вторую сигнальную систему и через нее на те или иные соматические симптомы и синдромы.

Этот метод психотерапии берет свое начало от работ Р. Dubois. Однако, когда мы говорим о рациональной психотерапии, необходимо подчеркнуть, что теоретические предпосылки Р. Dubois полностью не могут быть приняты (об этом уже говорилось выше).

Врач объясняет больному его болезненные симптомы и таким образом расширяет кругозор больного, вызыва-

101

ет у него критическое отношение к переживаемому болезненному состоянию. При этом психотерапевту приходится нередко пользоваться некоторыми новыми для больного научными медицинскими, а если нужно, и философскими понятиями (например, говоря о механизме невротического состояния с точки зрения павловской физиологии).

Как видим, этот метод психотерапии предусматривает в основном логические доказательства, доводы и т. п.

Необходимы ясность и простота аргументации, каждую фразу нужно строить понятно, без всяких «эффектных» оборотов, нагромождений терминов, витиеватости, ложной красоты. Однако нельзя скупиться на слова и, выявив у больного те или иные болезненные симптомы, просто заявить, что это «глупости» или «плод воображения».

Д. В. Панков (1974) указывает, что «коррекция неопределенности, противоречивости, непоследовательности и бездоказательности — важные составные элементы рациональной психотерапии».

Психотерапевт должен тщательно проанализировать объективные данные, субъективные жалобы больного, всесторонне осветить их и тончайшим образом разобрать сомато-психические связи и механизмы. Все это может быть сделано лишь после основательного специального телесного и неврологического исследования.

Конечно, разъяснительная психотерапия, если она даже выполняется виртуозно, может иметь успех лишь в том случае, когда за ней стоит авторитетная для больного, импонирующая ему личность врача, обязательно окруженная определенной «суггестивной атмосферой» (психотерапевтическая роль внешнего фактора). Этот метод психотерапии наиболее эффективен, если больной сознателен, способен к логическому мышлению.

В некоторых случаях больному требуется не столько разъяснение, логическое доказательство, что его болезненные симптомы, мысли, ощущения не имеют серьезной почвы, сколько внушение как таковое (наяву). Провести резкую грань между рациональной психотерапией и внушением наяву фактически невозможно, хотя сам Р. Du-bois их разграничивал.

Этот метод психотерапии с успехом может быть применен при различных ипохондрических состояниях, осо-

102

бенно при психастении, депрессиях, основанных на сифи-лофобии, онанизме, мнимом или начальном атеросклерозе и др.

Больная Ш., 30 лет, жалуется на тоскливое настроение, плаксивость, плохой сон, раздражительность, гнетущие мысли, чувство страха. Считает, что у нее опухоль мозга. Болезнь длится около двух лет. Последние 6 мес не работает; посещает врачей разных специальностей (хирургов, терапевтов, невропатологов, окулистов и др). Сделала множество анализов, рентгено снимков, но ни отрицательные анализы, ни рентгено снимки, ни убеждения врачей не успокоили больную.

Данное состояние явилось как бы следствием суммы фактов: тяжелого аборта, аменореи, гриппа,

нервных потрясений, связанных с работой.

До поступления к нам больная получала инсулин в гипогликемических дозах, сульфазин, успокаивающие средства, а также подвергалась нескольким гипнотическим сеансам. Улучшения не наступило.

Мы провели четыре сеанса гипноза, внушая больной, что у нее прекратятся головные боли, бессонница, исчезнет чувство страха, улучшится самочувствие. Наступило некоторое улучшение общего самочувствия, но страх продолжал преследовать больную. Тогда мы применили лечение убеждением и разъяснением наяву. Больную в основном беспокоила головная боль, которую она считала проявлением опухоли мозга.

Нам предстояло решить сложную задачу. Надо было помочь больной разобраться в ее сложных душевных переживаниях, довести до сознания, что опухоли у нее нет. Чтобы больная могла трезво оценить всю сложность заболевания, надо было объяснить ей влияние сомы на психику и психики на сомю. Одновременно с психическим лечением были назначены гормональные препараты (диэтилстильбэстрол, синэстрол), седативные, снотворное, витамины и, наконец, физические упражнения.

Мы говорили больной: «Вы не страдаете злокачественной опухолью мозга. Против опухоли свидетельствуют следующие данные. Головные боли длятся у вас уже около двух лет, но нет ни одного симптома, который говорил бы об опухоли. Прежде всего, у вас совершенно нормальное глазное дно. Вот посмотрите результаты исследования окулиста. Нет у вас и замедления пульса, всегда наблюдаемого при опухоли мозга. Считайте пульс вместе со мной: 80 ударов в мин. Это явно говорит против опухоли. Отсутствуют и другие очень важные симптомы опухоли мозга: не было, нет и не будет рвоты. Самое главное, у вас нет никаких симптомов неврологических: все рефлексы на руках и ногах у вас совершенно нормальны». — «Но почему же у меня головные боли?» — спрашивала больная. — «Ваши головные боли, конечно, имеют причину, но они не являются следствием опухоли. Прежде всего, при опухолях они постоянны и, самое главное, очень интенсивны. У вас же бывают часы, когда вы совсем не чувствуете головных болей. Правда?» — Больная отвечала: «Правда». — «Ваши головные боли есть следствие расстройства функции яичников. А что это так, вы сами знаете. У вас скудные месячные, наблюдается холодность.

103

Так ли это?» — «Да, так. У меня нет сейчас никакого стремления к мужу, хотя я его люблю». — «Ну, вот видите. Эти расстройства могут давать головные боли. Но эти боли могут быть следствием и тех переживаний, которые у вас были. Тяжелая душевная травма не могла не отразиться на вашем общем состоянии, она обусловила бессонницу, раздражительность, плохое самочувствие, грусть. Ведь вы замечали, что когда у вас было радостно на душе, то и головные боли исчезали. Было так?» — «Да, было», — отвечала больная. — «Вот это и говорит о том, что ваши головные боли не являются следствием каких-то мозговых нарушений и тем более опухоли, они, как мы сейчас говорим, функциональны, то есть вполне обратимы, вполне излечимы. И ваши головные боли также исчезнут, если улучшится общее состояние и вы полностью забудете те неприятные переживания, которые так близко приняли к сердцу. Прежде всего, мы запрещаем вам посещать многих врачей и делать анализы. Сейчас картина вашей болезни совершенно ясна и не требует никаких дополнительных исследований. Вот лекарства, которые вы будете принимать регулярно; они быстро улучшат ваше состояние. С каждым днем вы будете чувствовать себя лучше. Через некоторое время вы сможете приступить к работе». Действительно, путем таких внушений удалось добиться положительного результата, и через три недели пациентка приступила к работе.

Говоря о логически обоснованной психотерапии, необходимо подчеркнуть следующее. Врач должен проводить ее так, чтобы больной с первого же посещения почувствовал, "что в нем видят не «интересный случай», а страждущего человека, что врач является его другом, целителем. При этом, как говорил Р. Dubois, без всяких уловок, не прибегая ко лжи, надо внушить больному уверенность в выздоровлении. Когда у больного уже зародилась уверенность в скором выздоровлении, ее надо поддерживать в продолжение всего лечения. Всякий раз, как только врач замечает какой-либо факт, подтверждающий благоприятный прогноз, он должен обращать на него внимание больного. Самое ничтожное улучшение, даже если оно не касается наиболее тягостных симптомов, должно быть отмечено, чтобы сохранить бодрое настроение у больного. Р. Dubois говорил, что нельзя упускать в этом отношении ни одной мелочи и нужно следовать пословице: «Из всякого дерева надо уметь сделать себе стрелу».

Очень важное для психотерапевта правило — никогда не признавать без очевидной

необходимости существования у больного двух не зависимых друг от друга страданий. Когда психотерапевт определяет диагноз, он может сказать больному, что его страдание нервное, и

104

тотчас добавить: «Запомните, что на врачебном языке слово «нервное» всегда означает «излечимое».

Врач не должен придумывать какие-то тексты для ежедневных интимных бесед с больным. Жалобы больного нужно выслушивать с величайшим терпением. Никогда не следует спешить и тем более обнаруживать спешку перед больным. P. Dubois замечает, что врач, который влетает, как ветер, поглядывает на часы и толкует о том, что он занят, не годится в психотерапевты. У больного должно создаться впечатление, что врач не отбывает служебную обязанность, а занят только им, отдает беседе, осмотру, обследованию необходимое для этого время, и тогда больной доверится врачу, поделится с ним своими переживаниями и думами.

Больному обязательно нужно дать возможность высказаться, не следует прерывать его. Уже из свободного высказывания больного могут стать понятны многие изъяны в его душевной деятельности. Во время беседы врач должен указать больному на его ошибочные мысли, заблуждения и предубеждения. Нужно обратить внимание больного на его нерешительность, склонность к пессимизму, изменчивость настроения и излишнюю впечатлительность, доводящую до угрюмости, склонность к эгоизму. Все ложное во взглядах больного необходимо деликатно раскритиковать, но, с другой стороны, одобрить все то, что есть в нем хорошего и разумного, положительные нравственные качества. Следует подметить сильные стороны характера больного, что возвышает его в собственных глазах, внушить больному доверие к самому себе. Хорошие качества, безусловно, можно найти у каждого: у одного — острый ум и здравый смысл, у другого — доброе сердце и возвышенные чувства, у третьего — волю и настойчивость.

Больному необходимо разъяснить, что он о своей болезни должен как можно меньше говорить с кем-либо, кроме врача.

Врач всегда и постоянно обязан ориентировать больного на постепенное нарастание независимости, показать, что достигнутое выздоровление или улучшение устойчиво. Но если болезнь рецидивирует, следует, конечно, проводить поддерживающую терапию. Следует отметить, что затягивание лечения также вредно: у больного может появиться привыкание к болезни,

105

к лечению, к помощи врача, чувство определенной зависимости.

М. С. Лебединский пишет, что в палитре психотерапевта «при обращении его с больным должно быть множество различных красок, и пользоваться ими он должен на основе глубокого знания больного, не стесняясь по мере накопления опыта общения с данным больным несколько менять характер своего воздействия на него, если это необходимо».

Очень важно осведомиться об окружающей среде и обстоятельствах, вызвавших нервное состояние (конечно, не впадая в нескромность). Сочувствие врача к страданиям больного оказывает благотворное влияние.

Часто от больного можно услышать о тяготящих его не совсем серьезных заботах, например о несходстве характеров мужа и жены, о натянутых отношениях с родственниками. В большинстве случаев данную ситуацию изменить трудно, и в таких случаях нужно доказать больному, что он должен научиться терпеливо переносить мелкие обиды, не вступать в грубые пререкания, избегать неприятностей и ссор. Но при этом, конечно, нужно воздействовать не только на самого больного, но и на близких, попытаться оздоровить семейную среду. Воздействие на близких и родственников может быть различным в зависимости от уровня их развития, характера, ума: уговоры, категорические заверения, убеждения, иногда императив.

Часто психотерапевтический эффект оказывает цитирование великих мыслителей, философов, поэтов. Так, психастеноидному, сомневающемуся, с легкой меланхолией больному мы приводим слова Данте Алигьери:

«Тот страдает высшей мукой, Кто радостные помнит времена В несчастье...»

или слова В. Гете из «Фауста»: «Знай: чистая душа в своем искании смутном сознанием истины полна!» Ободряюще действуют на пожилого субъекта с мрачными мыслями, лишённого желаний, и стремлений, выражения: «Будемте остерегаться, чтобы старость не наложила больше морщин на нашу душу, чем на наше лицо» (М. Монтень); «Веселость человека — это самая выдающаяся черта человека» (Ф. М. Достоевский); «Я слишком стар, чтоб тешиться игрою, слишком юн, чтоб без желаний быть» (В. Гете «Фауст»). Человеку слишком доверчивому, доброму, но

разуверившемуся в друзьях, обманутому мы приводим слова М. Горького: «Товари-

106

щей выбирай себе с оглядкой, потому что есть люди, которые заразны, как болезнь...», или В. Шекспира: «Тот, кто в счастье низко льстит, верь, в несчастье изменит».

Следует упомянуть о методике внушения в состоянии бодрствования, которую предложил И. С. Сумба-ев. Автор исходит из того, что слово при внушении влияет не только своим смысловым содержанием, но и силой, высотой, ритмом и тембром звуков («вокальный жест»).

Персуазия. Экспликативная кларификационная психотерапия

R. Konecny, M. Bouchal называют психотерапию убеждением персу-азией (лат. *persuasio* — убеждение, уговаривание). Ближе к этому методу стоит экспликативная кларификационная психотерапия (лат. *explicatus* — объяснение, толкование; *clareo* — быть светлым, ясным, понятным), при которой врач объясняет сущность заболевания, его механизмы, разницу между неврозом и психозом, инструктирует, как справиться с отдельными симптомами.

Психагогика

Задачей психагогика является реориентация больного в ценностях. R. Konecny, M. Bouchal подразумевают под этим старый метод P. Dubois (моральная ортопедия), устранение последствий болезни правильным воспитанием и возвращение больного к жизни (рес-циализация).

Реориентация

У людей бывают различные ценностные ориентации. У одних наблюдается соответствие между индивидуальными и признанными обществом ценностями, у других — не наблюдается. У одних доминируют высшие моральные ценности, у других — низшие.

Психотерапевтическая работа психотерапевта направлена на ориентацию или реориентацию личности больного в направлении требуемой системы ценностей, отход от низших ценностей (эгоистических, эгоцентрических, негативистских, наркоманических тенденций, сексуальных извращений и пр.).

За рубежом предложены следующие методики психотерапии бодрствования:

а) «терапия игнорирования». Больного заставляют стать совершенно безразличным к своим болезненным симптомам, не замечать их;

107

б) «умышленное пренебрежение» (R. Bruns). Врач-психотерапевт должен пренебрегать теми или иными симптомами больного;

б) «субординационно-авторитарные реакции» (T. Stransky). Психотерапевт создает определенные ситуации и требует от больного невротика беспрекословного подчинения. Так, например, врач произносит, чаще всего в императивном тоне, ту или иную фразу больному, стоящему перед ним;

г) «возбуждающие воспоминания» (F. Mohr). С целью более сильного воздействия на больного врач во время эмоционально напряженной беседы намеренно касается особо волнующих больного моментов;

д) «сократовский диалог» (E. Kretschmer). Автор считает, что иногда у лиц интеллектуально развитых можно добиться хороших психотерапевтических результатов путем взаимного обобщающего обсуждения, то есть «с помощью сократовского диалога». Такой метод психотерапии приводит к осознанию больным сущности болезни;

е) метод «межсубъективных отношений» (P. Bequard, V. Muldworf). Авторы этой методики, французские психотерапевты, приняв определение сознания, которое дано К. Марксом («сознание... обусловлено социальным бытием»), считали основой психотерапии проблему «межсубъективных отношений». Эта последняя возникает в «психотерапевтической ситуации», в процессе общения врача и больного. «Функция отношений», в которой выражается социальная природа человека,— это основа личности. При неврозах «функция отношений» нарушена. Чтобы добиться исцеления при неврозах, необходимо как бы заново восстановить «функцию отношений».

Психотерапия через понимание (*psychotherapie de comprehension* — H. Baruk)

Основу этого метода составляет система P. Dubois. Врач внушает больному оптимизм, учит, как приспособиться к окружающему, изменить свое мнение о болезни и т. д.

108

Психотерапия недирективная С. Роджерса, Р. Тауша

Этот вид терапии наиболее часто применяют для лечения детей и подростков. Сначала больному объясняется метод лечения, его влияние на состояние психики, правильное поведение.

Врач должен стать для больного доверенным, понимающим его другом. С. Rogers говорит о 6

основных принципах этого метода: 1) больной может излечиться, если у него имеется чувство ответственности за свое поведение; 2) больной должен стремиться к независимости и созреванию; 3) больной при контакте с врачом должен стремиться к созданию атмосферы доверия, чтобы честно все о себе рассказать — о своих удовольствиях, неудовольствиях, желаниях, стремлениях; 4) больной обязан знать лимит времени врача; 5) психотерапевт ограничивается ролью доверенного, показывая, что он понимает изменения, которые наблюдаются под влиянием его собственных стремлений; 6) психотерапевт ничего не подвергает сомнению, не проверяет, но и не интерпретирует в пользу больного.

При этом виде психотерапии врач активно не направляет разговора и поведения, избегает какой-либо оценки — не критикует, не порицает, не хвалит больных. Лишь своим спокойствием, уважением, собранностью он внушает больным чувство уверенности, безопасности, дружеское расположение.

Основой этого вида психотерапии является оптимистическая вера в способность людей, детей в частности, самостоятельно решать свои жизненные проблемы.

Психотерапия директивная Ж. Дежерина и др.

Это известная форма психотерапии, в основе которой лежат суггестия и воспитание. Лечебное воздействие оказывают теплые взаимоотношения, которые создаются между врачом и больным.

«Телефонные психотерапевты». «Телефонные службы спасения»

В последние годы за рубежом ученые Западной Европы, США серьезно занимаются проблемой самоубийств, вызванных различными причинами: социальны-

109

ми факторами и межличностными отношениями, психозами, злоупотреблениями больными нейрореплетиками.

«Западные тревоги и разочарования» изучают философы, микросоциологи, антропологи, психологи, психиатры. Они стремятся вскрыть непосредственно действующие на личность, толкающие к самоубийству социально-ситуационные моменты, изучают социальное окружение, динамику социальных ролей и позиций, спектр ценностных ориентации, оценок и самооценок и т. д. Некоторые авторы (Bosselman и др.) выдвигают концепцию «саморазрушения», своеобразный гомеостатический механизм, который может срабатывать в условиях внутреннего конфликта, и субъект кончает жизнь самоубийством.

Как бы то ни было, большинство самоубийств совершается в аффективном состоянии, причем в определенных случаях их можно предупредить психофармакологическими средствами (антидепрессанты, транквилизаторы и пр.). Но в некоторых, если не во всех случаях стремления к самоубийству, необходимы срочные мероприятия с целью предотвращения суицида.

С этой целью за рубежом созданы специальные центры по предотвращению самоубийств. Это центры скорой психотерапевтической помощи и психической реанимации, имеющие в своем штате консультантов-психологов, психиатров, психотерапевтов, юристов, штат добровольцев. Эта «скорая психотерапевтическая помощь» держит в поле зрения лиц с повышенной суицидальной готовностью.

О существовании таких «служб спасения» знают все жители города. И если у человека появились мысли о суициде или уже начался суицидальный акт (прием яда, вскрытие вен и др.), он может получить немедленную помощь по телефону.

«Телефонный психотерапевт» с помощью специально разработанной техники внушения и убеждения поддерживает цепляющуюся за жизнь личность, а другие работники службы выезжают к нему для оказания помощи.

Как справедливо указывает А. Г. Амбрумова, такая идея противосуицидальной службы заслуживает пристального внимания и может быть рекомендована и у нас.

ПО

Глубокая аналитически-диалектическая психотерапия

Задача этой психотерапии — вскрыть путем психологического анализа внутренние противоречия больного с целью их преодоления и создания здорового диалектического синтеза (В. Н. Бирман, 1939). При этом стремятся перевоспитать невротическую личность в духе коллективизма. Поэтому В. Н. Бирман называет этот метод еще антропотерапией и антропологикией.

Глубокая психотерапия включает методы «малой психотерапии»: а) внушение с эмоциональным влиянием личности врача, психотерапевтическим раппортом, психокатартическим методом с отреагированием ущемленных и наболевших конфликтов; б) отвлечение.

Глубокая психотерапия требует от врача большого мастерства. Внушение и убеждение направлены на изменение поведения невротика на основе тщательного изучения истории жизни и выявления скрытых комплексов.

В. Н. Бирман считает, что систематическая глубокая психотерапия ведет к устранению симптомов и влияет на самые корни невропатической личности, поднимает эту личность на высшую ступень. Он полагает, что с помощью данного метода психотерапии можно снять патологические накопления коркового возбуждения и торможения, натренировать процесс внутреннего активного торможения, активизировать деятельность второй сигнальной системы, что ведет к уравновешиванию основных нервных процессов и сигнальных систем.

Психогенетический анализ

По В. Н. Мясищеву, невроз — болезнь, возникающая вследствие конфликта человека с окружающей действительностью, разрушающего его социальные связи и изолирующего его.

Существенным моментом психотерапии невротической личности В. Н. Мясищев считает психогенетический анализ, как самое тщательное выяснение источника возникновения невротического сознания с тем, чтобы на основе детального изучения истории жизни больного

III

добиться изменения жизненных реакций, перестройки неправильно сложившихся у больного отношений к различным сторонам объективной действительности.

Педагогические принципы К. Д. Ушинского и А. С. Макаренко в психотерапии

Разбирая вопрос о внушении и другие, с ним связанные, мы должны коснуться воспитания и психагогики. Эти вопросы в такой связи ранее не разбирались, а если некоторые авторы и касались их (J. H. Schultz и др.), то освещали с совершенно неприемлемых для нас позиций.

Воспитание охватывает гораздо больший круг явлений, чем внушение как таковое. Пожалуй, внушение является лишь составной частью воспитания. Последнее рассматривается как определенное, целеустремленное и систематическое воздействие на психику субъекта с целью привить ему качества, которые желательны воспитателю, обществу. Воспитание — это насытки поведения, проявляющиеся в общественной жизни.

Необходимо указать, что физиологические основы воспитания и внушения фактически одни и те же. Воспитательное воздействие есть не что иное, как влияние внешних раздражителей, организовано предъявляемых воспитаннику педагогом. Здесь так же, как и при гипнозе, раздражители могут быть подразделены на словесные (вербальные) и непосредственные. И те и другие обеспечивают образование временных связей и связь между первой и второй сигнальной системами.

Система воспитательных воздействий в педагогике, как и в психотерапии, направлена на то, чтобы создать у человека стойкие убеждения и привычки или, говоря языком физиологии, динамический стереотип. Он обеспечивает нужное поведение человека в обстановке, когда воспитатель отсутствует, и человек действует самостоятельно, руководствуясь лишь результатами предыдущего воспитания, иначе говоря, закрепленными условными связями.

Воспитывать часто необходимо не только детей, но и взрослых, особенно больных с невротическими или психотическими состояниями. Многие из таких болезней разрушают психику, часто приводят к глубокой нрав-

112

1

ственной и умственной пустоте (деменция); нередко психоневрологу приходится как бы заново строить здание высшей нервной деятельности субъекта.

Сам А. С. Макаренко о разработанных им принципах воспитания говорил следующее: «Моим основным принципом (а я считал, что это принцип не только мой, но и всех советских педагогов) всегда было: как можно больше требования к человеку, но вместе с тем и как можно больше уважения к нему... Второе положение моей теории: никакой метод не может быть выведен из представления о паре — учитель плюс ученик, а может быть выведен только из общего представления об организации школы и коллектива... Коллектив учителей и коллектив детей — это не два коллектива, а один коллектив, и, кроме того, коллектив педагогический. Причем я не считаю, что нужно воспитывать отдельного человека, я считаю, что нужно воспитывать целый коллектив».

Эти принципы А. С. Макаренко вполне применимы в любом медицинском коллективе, учреждении. Уважение к больному человеку, чуткое, внимательное, гуманное отношение к нему

— неотъемлемая часть психотерапевтического воздействия. С полной уверенностью можно сказать, что и наш психотерапевтический метод не может быть выведен из представления о паре — врач плюс больной; сущность должна заключаться в такой организации работы медицинского учреждения, чтобы медицинский персонал и коллектив больных составляли одно целое.

Учитывая, что именно волевой процесс, характеризующийся целеустремленностью, принципиальностью, организованностью, настойчивостью, инициативностью, мужеством и др., является тем двигателем творчества человека, благодаря которому он преобразует окружающий мир. Педагог и психотерапевт в первую очередь должны воспитывать волю.

Конечно, ответственность за формирование у ребенка качеств труженика, творца лежит на родителях.

К. Д. Ушинский писал, что воспитание лишь тогда может быть процессом подготовки к жизни, если оно дает, прежде всего, истинные знания о действительности, на основе которых развиваются и совершенствуются умственные силы ребенка. Ведущим в процессе формирования личности является путь нравственного совер-

113

шения человека, а задачей воспитания — формирование у детей таких качеств, как чувство долга и ответственности перед народом, перед государством, семьей и перед самим собой.

Особенно серьезная воспитательная работа должна проводиться с субъектами, склонными к неорганизованности, необдуманности в поступках, слабовольными.

Родители и воспитатели уже с детских лет должны развивать в ребенке такие волевые качества, как инициатива, самостоятельность, целеустремленность, формировать в нем чувство нового, чтобы впоследствии человек не боялся поднять руку на отжившую традицию, устаревшие взгляды или теории. При воспитании нужно следить за тем, чтобы у ребенка не появились такие отрицательные черты, как пассивность, косность, консерватизм. Не менее важной задачей является воспитание у молодежи деловитости, предприимчивости, серьезности и настойчивости.

Педагогу, как и психотерапевту, нередко приходится проводить специальную воспитательную работу по предотвращению различных недостатков волевого процесса (внушаемость, упрямство, капризность). Особенно важно предотвращать повышенную внушаемость, которая проявляется в готовности сделать то, что предлагает товарищ, совершенно не задумываясь над тем, разумно ли это. В этих случаях обычно детям разъясняют, что так поступать — значит уронить свое достоинство. Таким детям надо давать различные самостоятельные задания, ставить их в положение организаторов, распорядителей, развивать в них самостоятельность и ответственность. Не тождественным настойчивости качеством является упрямство. Упрямый — это крайне неуступчивый человек, который стремится добиться своего, часто вопреки необходимости и здравому смыслу.

Упрямство может быть следствием того, что родители не проявляли необходимой твердости в своих требованиях; оно свидетельствует об избалованности ребенка, не встречающего ни в чем отказа, не приученного к труду, эгоистичного. Наконец, упрямство может родиться от обиды, горестного переживания чувства несправедливости, проявленной по отношению к ребенку взрослыми. Ребенок может стать упрямым и в результате физических наказаний.

Близка к упрямству капризность. Это то же упрямство, но в сочетании с раздражительностью, нервозностью, недовольством, эгоистическими требованиями, плаксивостью.

114

Необходимо воспитывать в детях оптимизм, бодрость, живой интерес к окружающему, юмор, жизнерадостность, чувство собственного достоинства, чувства долга и чести.

Воспитателю необходимо знать не только психику воспитуемого, его индивидуальные черты характера, темперамент, но и особенности воспитания ребенка в семье. Педагоги, не учитывающие или плохо знающие темперамент детей, часто не совсем объективно могут оценить их поведение. У сангвиника, например (а тем более у холерика), наблюдается большая «засоренность» действий и поступков какими-либо побочными движениями, чем у флегматика или меланхолика. Не зная темперамента воспитуемого, педагог не сможет наметить пути укрепления основного качества психики — воли, а отсюда и характера, то есть не сможет подчинить темперамент развивающейся воле.

Неопределенность в поведении педагога и вообще руководителя может вызвать у учащихся или подчиненных неуверенность, недовольство, безразличие, апатию. Ясность и определенность должны быть во всем: в речи, интонации, жестах, мимике, требованиях, поощрениях и даже наказаниях.

В воспитательной работе, как и в психотерапевтической, нужны неторопливость, терпение; это укрепляет, как правило, уверенность в силах, волю. Имеют значение не только содержание речи, ее ясность, но и уместность пауз. Паузы могут возбуждать новые чувства и стремления.

Важным моментом является умение установить контакт с учеником или аудиторией.

В. И. Селиванов методы воспитания объединяет в 4 группы.

1-я группа. Методы убеждения.

2-я группа. Методы упражнения.

3-я группа. Поощрение, требование, принуждение.

4-я группа. В нее входят методы и приемы воспитательной работы над собой, так называемое самовоспитание.

Эти методы могут быть применимы и к одному субъекту, и к целому коллективу. Каждый из указанных методов, в зависимости от условий, может быть средством прямого и косвенного, пассивного воздействия.

Говоря о прямом воздействии, нужно отметить, что оно может иметь и свои отрицательные стороны, если не будет подкреплено косвенным воздействием. Согласно К. Н. Корнилову (1942), «косвенное воздействие заключается в том, что я как личность, как педагог, администратор отхожу на задний план, воздерживаюсь

115

от прямого воздействия и ставлю задачей создание такой жизненной ситуации, которая сама влияет положительно на человека и побуждает его действовать так, как это необходимо для выправления его поведения».

Самовоспитанием называют преднамеренные действия человека, осуществляемые по собственной инициативе, когда субъект сознательно вырабатывает у себя определенные душевные качества. Самовоспитание — это сознательная и целеустремленная подготовка себя к большой самостоятельной жизни.

Каковы же пути и средства самовоспитания воли?

Прежде всего, у стремящегося к самовоспитанию воли должен быть определенный жизненный идеал, основная цель жизни, которая выдвигает задачу подготовки субъекта к выполнению поставленной цели.

Начавший систематическую работу над своим характером самовоспитывается, «ломает» себя; обычно на первых порах в его сознании встает образ того или иного идеального человека, его деятельность, то есть вначале выступает фактор известного подражания, а затем уже следует выработка оригинальных личных свойств характера. В дальнейшем такой субъект может выступить как новатор, пионер, зачинатель, преобразователь и т. д.

Идеалом для него может быть гений, революционер, преобразователь в той области, которую он избрал для своей деятельности (для музыканта, композитора — величайшие исполнители и композиторы; для поэта, драматурга, художника, артиста — великие мастера прошлого и настоящего).

Задавшийся целью самостоятельно выработать у себя сильную волю обычно изучает свой характер, старается увидеть свои "сильные и особенно слабые стороны, а затем определяет пути и средства работы над собой.

Важным средством самовоспитания является ведение дневника.

Интересно высказывание о дневнике девятнадцатилетнего Л. Н. Толстого: «Я никогда не имел дневника, потому что не видел никакой пользы от него. Теперь же, когда я занимаюсь развитием своих способностей, по дневнику я буду в состоянии судить о ходе этого развития». Л. Н. Толстой очень рано начал вести дневник и вел его всю жизнь. Уже в юности он о себе писал совсем не в тоне похвал: «Я дурен собой, неловок, нечистоплотен и светски

116

необразован.— Я раздражителен, скучен для других, нескромен, нетерпим (intolerant) и стыдлив, как ребенок,— я почти невежда. Что я знаю, тому я выучился кое-как сам, урывками, без связи, без толку и то так мало.— Я невоздержан, нерешителен, непостоянен, глупо тщеславен и пылок, как все бесхарактерные люди. Я не храбр.— Я неаккуратен в жизни и так ленив, что праздность сделалась для меня почти неодолимой привычкой. Я умен, но ум мой еще никогда ни на чем не был основательно испытан. У меня нет ни ума практического, ни ума светского, ни ума делового.— Я честен, т. е. люблю добро, сделал привычку любить его; и когда отклоняюсь от него, бываю недоволен собой и возвращаюсь к нему с удовольствием; но есть вещи, которые я люблю больше добра,— славу. Я так честолюбив и так мало чувство это было удовлетворено, что часто



боюсь, я могу выбрать между славой и добродетелью первую: ежели бы мне пришлось выбирать из них» (Л. Н. Толстой. Поли. собр. соч., т. 47, 1937).

Многие выдающиеся люди уже в юности в целях самовоспитания сами для себя составляли так называемые правила для развития воли (Н. Г. Чернышевский, А. В. Суворов, К. Д. Ушинский, Л. Н. Толстой и др.).

Все же главным в работе над собой являются различные упражнения воли, например упражнения, связанные с трудом, учебой, с выполнением режима дня, физические упражнения и пр.

Некоторые выдающиеся деятели воспитывали волю путем специальных упражнений, чтобы преодолеть те или иные природные недостатки, последствия тяжелой болезни и т. п. Известно, например, что выдающийся оратор Греции Демосфен самоизлечился от заикания; очень искусно преодолевал свою хромоту Байрон; чтобы не испытывать страха перед высотой, Гёте предпринимал специальные экскурсии на высокие горы и поднимался на кровли высоких зданий. Кроме вышеописанных упражнений воли, ее самовоспитания, могут быть использованы различные средства стимуляции волевых усилий, а именно: самообладание, самообязательство, самоприказ и т. п.

Основные условия успешного воспитания воли:

желания, стремления, побуждения человека к действию должны быть реальными, направленными на решение задач, связанных и подчиненных исполнению долга;

цель деятельности должна быть достижимой, не вызывающей неуверенности в успехе, сомнений; принимаемые решения должны систематически выполняться;

развитие критического отношения к себе для предупреждения зазнайства и самоуспокоения, неверия в свои силы, равнодушия, слабости;

117

умение мобилизовать свои силы для нужного преодоления трудностей, препятствий.

Воспитывая волю, надо помнить также и о воспитании морали (этики) и эстетики.

Длительное время многие авторы считали, что разумное и нравственное, как правило, совпадают. Но, к сожалению, эрудиция человека, ученость и образованность не всегда сочетаются с нравственным совершенством. Человек должен быть не только интеллектуально развитым, но и морально совершенным, так как «только человек, у которого ум хорош и сердце хорошо, вполне хороший и надежный человек» (К. Д. Ушинский).

Молодые люди не должны становиться жертвой «сухого», «книжно-ученого» воспитания, утрачивать способность к восприятию прекрасного. Именно гармонически развитому человеку свойственно наслаждаться природой, живописью, лучшими образцами музыки, литературы.

Эти качества нужно подмечать и всячески развивать уже с детства, тактично и умело ограждая нравственный мир ребенка от всего грубого, рассчитанного на низменные инстинкты и дурные вкусы (бульварная литература, пошлые кинофильмы).

Лечебная педагогика и психотерапия

Значительных успехов могут добиться педагог и врач-психотерапевт у больных с различными степенями олигофрении, особенно в специальных школах для умственно отсталых детей. Уже Ph. Heller указывал, что лечебно-педагогическая методика и психотерапия направлены на воспитание и обучение детей. При этом нужно добиваться, чтобы дети (особенно при III степени олигофрении) самостоятельно принимали пищу, соблюдали чистоту, были пунктуальны в естественных отправлениях (при I и II степени олигофрении можно применить внушение в гипнозе). Особое внимание обращается на двигательные функции, развитие ловкости движений. Наряду с этим детей учат письму, счету, рисованию, постепенно усложняющимся трудовым процессам.

Особенно доступны психотерапевтическому воздействию больные с легкой степенью умственного недоразвития (дебилы). Им показана рациональная психотерапия. В большинстве случаев можно рекомендовать поместить дебильного субъекта в спецшколу, особенно при неблагоприятной атмосфере в семье.

118

педагогика еще мало разрабо-

/^имались такие видные специалисты

Следует отметить, что леч' О. Б. Фельдман, В. П. Кашенко, тана, хотя этим вопросом и з'. Ph. Heller, A. Strohmayer, M. Tга-по детской психопатологии, к\* допроса о лечебной педагогике пси-Л. С. Юсевич, А. Nomburger, известный отечественный психиатр тег и др. Систему в изучение

" тм"\*'р в основе лечебной педаго-

тпрі педагогика, однако у детей-Важно подчеркнуть, '^транять болезненные явления, гики лежат

принципы обих повышенной возбудимостью, психопатов врач должен ) {ЧНОСТЬю, пониженной работо-При этом он встречается/ работать слабостью навыков, эгоис \. может быть достигнуто ме-способностью, нежелание>/ми> физиотерапией, неуклон-Снижение возбудимое/ с правильным чередованием дикаментозными средств f льных детей должен быть по-ным соблюдением режи^очти не было свободного вре-труда и отдыха. Режим W но заполнять работ©й, игра-строен так, чтобы у них /

мени, его нужно максим/ ^иаЛЬных навыков используют ми, спортом и т. п. у' ятельности. Создают малые

С целью воспитания су а); а затем более крупные; коллективные формы й.тт усложняющуюся работу бригады (по 2-3 человек в ОГороде, в техническом больные выполняют пост^ (ручной труд в мастере/дгогика> по г Е Сухаревой, кружке). 1^ моментов: 1) эмоционально-

Частная лечебная пе>f деятельность; 2) положи-основывается на учете тр ♦ сопровождаются лечебно-пе-волевая и интеллектуал^, 3) стимулирующие факторы, тельные эмоции, которыеМ' работе с данной группой. дагогические мероприяти^ческих черт не рекомендуется наиболее эффективные it й подавлением, нужно форми-1При исправлении патоло^ и навыки злоупотреблять запретам^едагогика; Научные основы ровать установки, интерес' ены w> Weygandt и O. Stroh- Групповая лечебная £,ящее время довольно успеш-лечебной педагогики зал^НОЙ педагогики в ГДР разра-тауер (1966—1945). Б на//дечебно-педагогическим меро-но гуманные методы леч^' } тщательное клиническое и батывает Anstock (1962)- детей; б) углубленное изуче-приятиям предшествуют: <лекта. в) исследование осо-лабораторное обследован »гательно беспокойным детям ние особенностей их инг^ бенностей их моторики, р 11Э

назначают курс успокаивающей терапии (аминазин) в сочетании с резерпином. Хорошие результаты дает применение глютаминовой кислоты и первитина (по утрам 7г—1 таблетка в неделю), витаминов группы В с целью активизации психических процессов.

#### Самовнушение

Одним из методов психотерапевтического воздействия является самовнушение.

При некоторых заболеваниях (наркомании, психастения, фобии, навязчивые состояния и др.) метод самовнушения может быть очень действенным, особенно в сочетании с рациональной психотерапией и гипнозом. Самовнушение могут и должны применять не только больные, но и здоровые люди, желающие укрепить свою волю. Самовнушение — сознательный процесс, а не подсознательный, как утверждал в свое время Е. Соиё. Здесь налицо именно сознательное, целеустремленное регулирование своих действий.

Большое внимание методу самовнушения уделяли А. А. Портнов и Д. Д. Федотов (1957).

Методика самовнушения проста. Например, человек ежедневно утром, днем и вечером повторяет двадцать и более раз: «С каждым днем мне становится лучше и лучше», или: «Страх мой совершенно нелепый, он полностью исчезнет»; «Я больше никогда, ни при каких обстоятельствах не буду употреблять спиртных напитков»; «У меня на душе всегда будет только радость»; «Я всегда буду сохранять спокойствие, никогда не буду волноваться, принимать все близко к сердцу»; «Я обязательно добьюсь (того-то) и преодолю (то-то)» и т. п.

Важно, чтобы та или иная фраза повторялась, не механически, а так, как это мы делаем при заучивании, например, нового стихотворения, чтобы она «врезалась» в память. Повторяя, нужно настойчиво и упорно думать о содержании фразы, часто даже произносить ее вслух.

По наблюдениям В. М. Бехтерева, наиболее подходящим для осуществления самовнушения является период перед засыпанием и период после пробуждения, когда клетки головного мозга находятся в фазовом состоянии. Та или иная формула самовнушения должна соответствовать данному случаю и произноситься от своего

120

имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не будущем времени. Так, злоупотребляющий спиртными напитками должен произносить следующее: «Я дал себе зарок не только не пить, но и не думать о вине; теперь я совершенно освободился от пагубного соблазна и о нем не думаю». Аналогичные фразы нужно произносить вполголоса по многу раз, перед сном и утром, едва проснувшись, и притом с полным сосредоточением.

Многие больные должны искать средство исцеления в самовоспитании, о котором мы говорили выше. Самовоспитание должно начинаться с мелочей, со здоровой привычки пренебрегать и мелкими болями, и необоснованным страхом. Р. Dubois часто советовал своим больным иметь несколько ящичков для настоящих болезней, могущих с ними случиться, и стараться, чтобы эти

ящики были всегда пусты, но в то же время следует запастись огромной корзиной, чтобы бросать туда все мелкие недомогания.

Некоторым больным было бы полезно преподать метод древних стоиков. В связи с этим уместно вспомнить слова Сенеки: «Берегись усиливать свои боли и ухудшать свое положение жалобами. Боль легко перенести, если не увеличивать ее мыслью о ней; если, наоборот, ободрять себя, говоря: «это ничего, или, по крайней мере,— это не беда; нужно уметь терпеть, это скоро пройдет»,— то боль становится легкой постольку, поскольку человек себя в этом уверит».

Следует оговориться, что многие больные относятся с некоторым недоверием к самовнушению, считая, что оно не приносит пользы. Эту мысль психотерапевт должен раскритиковать и доказать действенность метода самовнушения. Тем более сам психотерапевт должен верить в него.

Были предложены и специальные методики самовнушений.

Рациональное воспитание воли. Врач стремится «укрепить волю» путем усиленной концентрации мышления больного. Н. В. Иванов замечает по этому поводу, что лечение фактически сводится к упражнениям в самовнушении.

Упражнения успокоения. Больному предлагают принять удобное положение, сосредоточиться.

121

Правомерность самовнушения экспериментально подтверждена в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского (1930). Сотрудникам лаборатории удалось выработать условнорефлекторное расширение зрачков на самоприказ.

Имаготерапия

По И. Е. Вольперту, сущность этого метода лечения заключается в «создании образа», в воспроизведении с лечебной целью определенного комплекса характерных; образов.

Техника. Больной несколько раз в день (по полчаса) играет роль спокойного, радостного человека. При этом следует правдиво, добросовестно переживать чувства изображаемого лица — создаваемого образа. Вести следует себя спокойно, ровно, настроение должно быть приподнятым. На колкости или раздражительность стараться отвечать добродушной улыбкой, шуткой, добрым словом. При этом следует реагировать и внешне, и внутренне.

Через некоторое время эта «игра» доводится до 1—17 ч и более в день. И. Е. Вольперт считает, что уже через 2—3 мес такое поведение становится потребностью, естественным состоянием субъекта. При этом он приобретает новые черты характера, иначе строит отношения с окружающими.

Этот метод показан при неврозах и невротических синдромах различного происхождения (больным с раздражительностью, изменчивостью настроения, плаксивостью; больным с неприятными ощущениями в области сердца, желудка, печени, кишечника и пр.).

Библиотерапия (либропсихотерапия)

Метод библиотерапии (лечебного чтения) предложен В. М. Бехтеревым, детально описан и обоснован К. К. Платоновым.

Действие его состоит в том, что, читая художественную литературу, мы всегда сопереживаем с героем (героями), становимся соучастниками событий, радуемся" и пр. Этим самым мы изменяем себя.

При этом не рекомендуется читать медицинской литературы.

122

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка в состоянии покоя предложена J. Schultz. Этот метод лечения успешно применяют многие врачи (D. Muller-Hegemann, J. Hiller, D. Miiller-Hegemann и H. Wendt, H. Kleinsorge, G. Klumbis, M. Sa-pir, F. Labhard, F. Revenchon, S. Kratochvil, W. Bouchal, R. Philibert, Th. Kammerer, R. D. Bousinger и др.).

Сущность метода заключается в том, что больной систематически приучается погружать себя в особое состояние, напоминающее легкую дремоту («гипотаксия» A. Forel). Сам J. Schultz полагал, что, если при проведении гипноза (усыплении) у больного появится чувство тепла, а затем тяжести в теле, то, идя обратным путем, от чувства тяжести к чувству тепла, можно вызвать изменение сознания больного, аналогичное состоянию гипноза. Чтобы добиться этого чувства тяжести и тепла в своем теле, больной должен расслаблять (тренировать) мышцы, - а вместе с ними и сосуды. Как же это достигается?

Больной должен лежать на спине или сидеть в мягком кресле, положив руки на ручки. Положение всего тела должно быть совершенно пассивным, мышцы не напряжены (рис. 4). J. Schultz рекомендует начинать тренировку с правой верхней конечности. Больной должен закрыть глаза и

вызвать яркое и интенсивное представление о том, что эта рука стала тяжелой. В этот момент следует расслабить мышцы. Когда такое чувство тяжести появилось, его надо прервать, несколько раз энергично сгибая и разгибая конечности; при этом нужно глубоко дышать, глаза открыть. Расслабления и напряжения должны делаться резко, то есть вызывать как можно более яркое переживание. Одна такая тренировка длится от 10 до 20 мин и проводится три раза в день. Тяжесть в одной (правой) руке должна распространяться на другую руку, позже на нижние конечности и, наконец, на все тело. Необходимо, чтобы больной научился вызывать чувство тяжести во всем теле. После этого больной приступает к тренировке вызывания чувства тепла в теле в такой же последовательности, как и раньше.

J. Schultz различает низшую и высшую ступени тренировки. В низшую входят упражнения, которые

123

мы описали выше; они должны сопровождаться следующими формулами самовнушения: 1) «моя правая рука стала тяжелой»; 2) «моя правая рука очень теплая»; 3) «сердце бьется спокойно и ровно»; 4) «я дышу совершенно спокойно»; 5) «солнечное сплетение излучает тепло»; 6) «мой лоб слегка прохладен».

Упражнения высшей ступени применяются с целью вызывания определенных сложных переживаний. Тренировка заключается в вызывании при закрытых глазах яркого мысленного представления определенного цвета, затем яркого представления о каком-либо объекте. Когда больной достигнет этого «внутреннего

созерцания при закрытых глазах», ему предлагают «увидеть» отвлеченные понятия, например, счастья, красоты и др. При этом возникают различные представления, которые сменяют друг друга. По J. Schultz, эта стадия тренировки аналогична катарсису в гипнозе.

Аутогенная тренировка, по J. Schultz, требует значительного времени. Чтобы его сократить, сочетаются сеансы внушения и самовнушения. Врач внушает наступление ощущений, которые предлагает вызвать путем самовнушения, говоря при этом: «Вы сейчас спокойны, совершенно спокойны и почувствуете тяжесть и тепло в руках. Руки станут тяжелые, теплые». Затем предлагается вызвать соответствующие представления. Следует сказать, что в последние годы аутогенная тренировка в ряде стран стала ведущим методом психотерапии. Применяют как классическую методику

124



Рис. 4. Типичная поза при аутогенной тренировке.

(J. Schultz), так и комбинированную (М. С. Лебединский, Т. Л. Бортник, А. М. Свядоц А. С. Ромен, А. Н. Шогама и К. И. Мирковский, И. З. Вельвовский, Т. С. Беляев, Г. С. Беляев, И. М. Виш, И. М. Перекрестов, А. Л. Гройсман, О. П. Барановская, Л. Д. Гиссен, А. А. Мажбиц, О. В. Дашкевич, О. А. Черникова и др.).

М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник несколько видоизменили методику J. Schultz с целью получения более быстрого лечебного эффекта. При этом в самом начале лечения больной использует некоторые формулы аутогенной тренировки для предотвращения или снятия

отдельных симптомов болезни, не прибегая к общему расслаблению. Текст отдельных формул изменяется. Так, в связи с возможностью соматических осложнений, например при коронарораспазме, не применяется формула J. Schultz, адресуемая к сердечной деятельности. В текст формулы спокойствия включают формулы регуляции вегетативно-сосудистых функций (пульс, сердцебиение, дыхание). Расширенная формула спокойствия проходит красной нитью через весь процесс тренировок; это ведет к снятию внутреннего напряжения, страхов и др.

Эта модификация аутогенной тренировки сокращает срок лечения до 20—30 дней, хотя сеанс удлиняется до 25—30 мин, а затем снижается до 10—15 мин. После выписки больному рекомендуется ежедневно пользоваться приемами аутогенной тренировки не менее 1—2 мес.

Г. С. Беляев рекомендует применять комбинированный коллективно-индивидуальный метод, видоизменяя «первую ступень» J. Schultz. Эта последняя усваивается в группе, закрепляется домашними занятиями, а индивидуально назначаются дополнительные упражнения. Перед сеансом врач предлагает опустить веки, свести взор внутрь и книзу, приложить язык к верхним зубам и слегка опустить и выпятить нижнюю челюсть (звуки «д» и «ы»), расслабить мышцы тела. Дыхание брюшное по отсчету врача — вдох (2—3—4); выдох (2—3—4) и т. д. в возрастающем (до счета 10) и убывающем (до счета 5) порядке. Больные сосредоточиваются на ощущениях своего тела и мысленно повторяют за врачом формулы самовнушения. Формулировки не отрицают болезнь, а утверждают здоровье (вместо «я не трус» — «я храбр»).

125

Модифицированная методика J. Schultz, разработанная А. С. Роменом (1967), А. М. Свядошем и А. С. Роменом (1966), заключается в том, что перед началом тренировки проводится подготовка с целью обучения расслаблению мышц тела. В положении лежа или сидя предлагается сжать пальцы рук (ног), напрячь мышцы, при этом настойчиво думая: «Мышцы кистей (стоп), всего тела расслаблены», затем свободно расслабить руки (ноги) и сделать ими несколько раз потряхивающие движения. Выполняя третье упражнение J. Schultz, предварительно вызывается ощущение тепла в области грудной клетки; при этом предлагается внушать себе: «Грудь теплая»; после этого начинается овладение ритмом сердечной деятельности. При выполнении четвертого упражнения J. Schultz (регуляция дыхания) мысленно произносится фраза: «Я дышу совершенно спокойно», делается вдох, произносится «Я дышу», затем выдох со словами «...совершенно спокойно». Если формула самовнушения («Рука теплая...» и другие) малоэффективны, предлагается сопровождать их вызыванием образного представления, например, что руки опущены в таз с горячей водой. Обычно первое и второе упражнение объединяются.

В настоящее время аутогенная тренировка применяется как с лечебной, так и с профилактической, психогигиенической целью.

1) Кратковременный отдых. Субъект погружается в состояние релаксации (5—15 мин) с самовнушением последующей бодрости.

2) Активизация организма. Имеется в виду вызывание чувства бодрости, устранение сонливости. При этом возможно (А. М. Свядош) самовнушение стенических эмоций (гнев, ярость) путем вызывания образных представлений («защита от нападения» и т. д.) и соматических проявлений («мышцы напрягаются..., руки сжимаются в кулак..., челюсти сжимаются..., дыхание частое...»).

3) Уменьшение чувства тревоги, волнения, эмоциональной напряженности. Релаксация особенно показана для тревожно-мнительных субъектов. При помощи ее возможно устранить эмоциональную напряженность, тревогу, волнение, например, у музыкантов, актеров, спортсменов, лекторов, экзамену-

126

щихся и др. Для этого достаточно овладеть первым и вторым упражнениями. Так, перед выступлением на сцене рекомендуется вызвать у себя образы, относящиеся к профессиональной практике, мысленно себе говоря; «Я спокоен, совершенно спокоен». На сцене сделать глубокий вдох и выдох, перенести центр тяжести тела на одну ногу; мышцы второй ноги, рук, лица и плечевого пояса расслабляются, принимается непринужденная поза.

4) Регуляция функции сна. Аутогенная тренировка позволяет научиться быстро засыпать и легко пробуждаться в заданное время.

5) Упражнение воли, коррекция некоторых форм поведения и характерологических особенностей; мобилизация интеллектуальных ресурсов (А. М. Свядош). В состоянии релаксации (лучше утром в постели) проводятся самовнушения. При этом произносятся формулы (кратко, в утвердительной форме): «Я сосредоточен», «Намерения тверды», «Занимаюсь

сосредоточенно», «Намеченное выполню», «Уверен в себе» и др.

J. Schultz полагает, что аутогенной тренировкой можно регулировать вегетативную нервную систему — устранять астмоидные состояния, для чего необходимо мысленно воспроизводить ощущения бронхиального спазма, а также противоположное состояние — спокойного дыхания. Такой тренировкой можно приглушить эмоциональное возбуждение и погрузиться в своеобразное состояние «нирваны».

Согласно А. М. Свядошу, в начале релаксации отчетливо выступает альфа-ритм. Далее электрическая активность головного мозга снижается, появляются медленные волны (2—7 в/с) амплитудой 20—100 мкВ, единичные или сериями. Во время самовнушения отмечается депрессия фонового ритма и медленные волны. У других субъектов ЭЭГ была нормальной. Такие же результаты были получены А. Jus и К. Jus.

Исследования А. М. Свядоша дали основание заключить, что во время аутогенной тренировки благодаря уменьшению потока интеро- и экстероцептивных импульсов, поступающих в ретикулярную формацию, происходит ослабление тоногенного влияния корковых клеток и, тем самым, снижается уровень бодрствования.

127

Так как при аутогенной тренировке большую роль играют тоногенные механизмы коры и подкорки К. И. Мировский, называющий этот метод психотонической тренировкой, предложил методику объективного врачебного контроля — артериальную осциллографию и кожную электротермометрию. Он показал, что при различных невротических и других неврозоподобных состояниях бывают разные показатели, зависящие от терапевтической эффективности аутогенной тренировки.

Десенсибилизационный метод Ж. Вольпе

При этом виде психотерапии больной находится в глубокой релаксации, представляет себе ситуацию и стимулы (от самых слабых до самых интенсивных), которые вызывают в нем чувство беспокойства. Механизм действия этого метода заключается в том, что тренируется мышечная релаксация, устанавливается последовательность импульсов страха, затем больной учится соединять представления беспокойства с релаксационным расслаблением. В результате исчезает напряженность, страх «растворяется», и больной становится нечувствительным к страху (десенсибилизация).

Десенсибилизационный метод показан при фобиях различного генеза.

Прогрессивная мышечная релаксация

по Джекобсону

Техника релаксации сводится к выработке способности к произвольному расслаблению поперечнополосатых мышц в покое. Этот процесс имеет несколько этапов.

Первый этап. Лечь на спину, согнуть руки в локтевых суставах и резко напрячь мышцы рук, вызывая ясное ощущение мышечного напряжения. Расслабить мышцы; руки должны свободно падать. Эти два упражнения повторяются несколько раз: сократить бицепсы, сильно их напрячь, а затем постепенно расслабить. При этом следует научиться осознавать и чувствовать даже слабые мышечные сокращения, добиваясь состояния полной неподвижности с совершенным расслаблением мышц-сгибателей. Таким образом можно достичь исчезновения легчайших степеней напряжения бицепсов. После 3/го

128

больного обучают расслаблять остальные поперечнополосатые мышцы сгибателей и разгибателей шеи, туловища, плечевого пояса, а позже — мышцы лица и глаз (отводя глаза в сторону, вызывать напряжение мышц), языка, гортани.

Второй этап обучения — дифференцированная релаксация. Больной в положении сидя расслабляет мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; после этого расслабляются мышцы при письме, чтении.

Третий этап. Больной, повседневно наблюдая за собой, должен замечать, какие мышцы напрягаются у него при волнении, страхе, тревоге, смущении и др. Рекомендуется уменьшать, а затем и избегать локальных напряжений и, таким образом, избавиться от порока, болезни.

Этот вид коллективной терапии проводится врачом 1—3 раза в нед и самостоятельно 1—2 раза в день по 30—60 мин. Курс обучения — от полугода до года и более.

Этот метод лечения показан при состояниях страха, тревоги у больных невротиками (невротизация внутренних органов, невротизация страха, ожидания, фобии). С помощью этой методики у больных гипертонией удается снизить артериальное давление.

Функциональная тренировка (методическая терапия при помощи упражнений), психоортопедия. Кому из невропатологов и психиатров не известны пациенты, страдающие истерическими проявлениями, возможно и с частичной агравацией и притворством? Лечение именно этого контингента больных бываеах наиболее трудным. Здесь часто разъяснительная психотерапия, внушение наяву, и др. не дают положительных результатов. В тяжелых случаях психотерапевты должны прибегать к функциональной тренировке.

Этот вид терапии является составной частью некоторых суггестивных методов и методов терапии убеждением, хотя в некоторых случаях возможно и самостоятельное его применение.

В легких случаях фобий наиболее эффективно лечение с помощью упражнений при содействии убеждения,

5 739

129

слова. Воспитание такого больного должно быть скорее ласково-убеждающим, а не энергично-командующим.

Если больной страдает мучительной боязнью площадей и улиц (агорафобия), из-за чего целыми месяцами не покидает дома и, в конце концов, не решается выйти даже из комнаты, его нужно заставить проходить очень короткие, дозированные расстояния в сопровождении врача, интенсивно его ободряющего, затем — в сопровождении любого лица и, наконец, самостоятельно. Вначале больной должен делать несколько шагов за пределами комнаты, изо дня в день понемногу увеличивая расстояние, затем выходить из дому, направляясь к заранее намеченной цели, ежедневно увеличивая расстояние примерно на 100 м. Таким путем можно достигнуть больших успехов даже в случаях тяжелых фобий.

Однако достигнутый успех в течение нескольких мгновений может быть уничтожен чувством страха. Поскольку в таких случаях речь идет не о симуляции, врач, беседуя с больным, ни в коем случае не должен употреблять такие выражения, как «это у вас пустое воображение», «с таким слабовольным, как вы, ничего не поделаешь» и т. п. Нужно внушить больному, что фобия возникает примерно таким же путем, как и неприятные физиологические привычки, и так же, как они, должна исчезнуть.

Больная Б.А. 52 лет, мать двоих взрослых детей. Всегда была спокойной, уравновешенной. С раннего детства отличалась мнительностью, нерешительностью, застенчивостью, неуверенностью в себе. Год тому назад у нее умерла от инфекционного заболевания сестра. После этого у больной появились мысли о том, что она тоже заболет заразной болезнью и умрет. Больная стала бояться прикосновения к различным предметам, рукопожатий, и особенно страшилась выйти на улицу. Она считала, что на тротуарах особенно много бактерий, которые на подошвах могут быть занесены в комнату и вызвать заболевание. Не выходила из дому уже более 8 мес.

Ввиду наличия типичного фобического синдрома рациональная терапия была направлена на устранение симптома страха перед возможностью заразиться и агорафобии. Полностью доверяя врачу, больная вышла с ним из дому сначала только во двор, на другой день — за калитку, позже проходила несколько шагов по тротуару, наконец, решилась проехать в трамвае до центра города. Затем больной внушили, что она будет чувствовать себя так же спокойно на улице со своей дочерью. После передачи раппорта больная перестала испытывать страх перед улицей. Через 3/ мес больную убедили в том, что она может самостоятельно совершать

130

прогулки. Через 5 мес (лечение включало также прием успокаивающих средств) больная уже могла самостоятельно выходить на улицу, гулять, делать покупки в магазинах.

Терапия при помощи упражнений и функциональной тренировки особенно показана при тяжелых зафиксированных истерических паразитах, нарушениях походки, парезах и параличах, болях, сурдомутизме и т. п. Лечение должно проводиться в определенное время, один или два раза в день (по 10—20 мин). Врач должен показать больному все упражнения и участвовать в их выполнении.

В очень тяжелых случаях при истерическом параличе руки или ноги рекомендуется применение некоторых простых медико-механических аппаратов для выполнения дозированной работы.

Некоторые авторы (Е. Kretschmer) для усиления суггестивной терапии в состоянии бодрствования применяли фарадический ток, что, по их мнению, оказывает сильное влияние (как непривычное чувственное раздражение мускулатуры) на психику. Но при лечении боязливых, чувствительных и беспокойных пациентов следует предпочесть этому грубому средству успокаивающие способы — накладывание рук, поглаживание, пассивные движения при монотонном словесном внушении вполголоса, наподобие гипнотического.

При тяжелых формах неврозов больного укладывают на стол и с помощью ассистента или

медицинской сестры применяют нужную аппаратуру для воспроизведения упражнений и движений.

Все же самым важным моментом суггестивного сеанса являются слова, которыми врач сопровождает манипуляции, побуждает усилия и желания больного, беспрестанно подбадривая его, приказывая, внушая. Слову придается форма либо выразительной демонстрации, либо выразительного приказа. Например, при лечении парализованной конечности на почве истерии врач говорит: «Вот смотрите, уже начинает появляться движение, кожа уже покраснела, мускулы уже вздрагивают. Обратите внимание, сейчас начнется движение, помогайте себе! Смелее! Не жалуйтесь! Раз, два! Раз, два!» (Е. Kretschmer). При этом врач вызывает в парализованном члене при помощи электрического тока и пассивных движений маленькие, но достаточные для демонстрации следы движений, старается их сейчас же суггестивно использовать, побуждает больного к активному

Б'

131

содействию и, едва он его оказывает, пытается, постоянно повторяя приказание, сохранить только что появившиеся движения и улучшить их путем повторения.

При затруднительном движении слова врача подкрепляются пантомимой, энергичной демонстрацией. В более трудных случаях используют все суггестивные возможности: от холодного, рассудительного уговаривания до самого страстного убеждения и физического побуждения.

При тяжелой истерической рвоте после предварительной фарадизации области желудка можно заставить больного принимать пищу, начиная с самых легких блюд и постепенно вводя блюда, более всего внушающие ему опасения; все это делается в присутствии врача, при постоянном интенсивном словесном внушении.

При лечении каждого вида расстройства все продумывается так, чтобы можно было продемонстрировать больному возможность исцеления во время сеанса, особенно первого.

Во время первой империалистической войны было проделано много успешных опытов суггестивной терапии в состоянии бодрствования даже при самом резком «сопротивлении» больных. При этом оказалась особенно рациональной следующая методическая схема (конечно, модифицируемая по необходимости).

А. Суггестивная подготовка накануне, заключающаяся в том, что больного помещают в одну палату с уже излеченным. Младший персонал сообщает больному (как бы между прочим) о воздействии лечения. Врач убеждает больного в предстоящем исцелении.

Б. Суггестивная сцена в операционной комнате. Больной лежит раздетый или с обнаженными конечностями на операционном столе. Сказав несколько ободряющих слов, врач сейчас же приступает к лечению, которое включает: 1) электризацию или инъекцию, воздействие лучами, слабым или вызывающим некоторую боль фарадическим током, поглаживание рукой в течение 1—2 мин. 2) упражнение по команде — от 2 до 5 мин. Затем делается пауза продолжительностью 2—5 мин. Далее лечение повторяется.

Описанная схема лечения была выработана Kaufmann и Kehrer. Кауфмановским лечением еще называют специальный способ применения сильного и вызывающего боль фарадического тока с целью всеобщей сомато-психической перестройки больного. Автор назвал его методом «внезапного нападения врасплох» (Oberriimpelungmethode). Такой суровый метод лечения применять не рекомендуется, так как могут возникнуть опасные для жизни осложнения.

Необходимо отметить, что при лечении внушением, в состоянии бодрствования в сочетании с функциональной

132

тренировкой мы должны соблюдать важный принцип: обязательно добиваться исцеления или, по крайней мере, решительного сдвига в состоянии в течение одного сеанса и сейчас же фиксировать достигнутый результат с помощью упражнения. В последующие дни и недели проводится лишь дополнительное лечение (упражнения, воспитание, терапия с помощью труда).

В случаях упорной неподатливости внушению в состоянии бодрствования от врача требуется упорство, авторитетность, темперамент.

Психоортопедия как одна из форм психотерапии включает: 1) строгое соблюдение режима; 2) лечебную ритмическую гимнастику; 3) интеллектуальные упражнения, направленные на укрепление волевого процесса, памяти, внимания; 4) разъяснение больному причин болезни и убеждение.

Целью психоортопедии является устранение различных болезненных симптомов и синдромов



регулированием образа жизни и поведения больного. Проводится она обычно в стационарах. Каждому больному предписывается индивидуальный режим.

Психоортопедия показана в тех случаях, когда у больного имеется ослабленное, но все же сохранившееся стремление к выздоровлению. Хороший эффект наблюдается при депрессивных состояниях (реактивных, ци-клотимических), у больных с навязчивостью, у психопатических личностей (неустойчивых, возбудимых, астенических и пр.).

Психоортопедией можно также устранить дефекты моторики, задержки торможения, патологические привычки, улучшить общее функционирование организма.

Психопрофилактический метод обезболевания  
при родах

Этот метод уже прочно вошел в практику всех женских консультаций и родовспомогательных учреждений нашей страны.

Основываясь на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, группа харьковских врачей во главе с И. З. Вельвовским при консультации и участии проф. К. И. Платонова предложила этот новый метод обезболевания. Позже данный вопрос освещался многими авторами (М. А. Петров-Маслаков, Е. И. Ива-

133

нова, П. П. Никулин, В. И. Шишкова, И. З. Вельвовский, В. А. Пло-тичер и другие).

Психопрофилактический метод успешно применяется за рубежом (F. Lamaze, 1956; L. Chertok, 1957, 1961; В. Mulwurf, 195,9, 1960, Н. Vermorel, 1960).

Этот метод является одним из видов рациональной психотерапии, так как в нем используется речевое воздействие через вторую сигнальную систему, именно воздействие наяву.

Французский ученый L. Chertok (1962) пишет, что психофизиологический и гипнотическо-суггестивный методы не могут быть противопоставлены друг другу. Впрочем далее L. Chertok указывает, что оба метода имеют характерные отличия. В гипносуггестивном методе обезболевание основано прежде всего на словесном, прямом и массивном приемах.

В психофизиологическом методе выступает и несловесная форма, состоящая из дыхательных упражнений, активного расслабления и др.

Сторонники психофизиологической системы считают, что здесь не происходит торможения коры больших полушарий, а лишь обеспечивается такое ее состояние при родах, «которое должно сопровождаться уменьшением возбуждения в подкорке и вести к нормализации у рожениц взаимоотношений между корой больших полушарий мозга и нижележащими отделами центральной нервной системы» (М. А. Петров-Маслаков, Р. А. Зачепацкий). И. З. Вельвовский говорит об активировании мозговой коры, о «терапии бодрости».

Беременную подготавливают заблаговременно. Для этого в женской консультации проводятся специальные занятия. Содержание занятий:

Общесоматическое и акушерское обследование, получение некоторых анамнестических данных, устранение страхов и опасений (1-е занятие).

Опровержение обычных житейских представлений о неизбежности родовых болей. Характеристика основных периодов родов, описание доношенной беременности (2-е занятие).

Изложение особенностей первого периода родов (3-е и 4-е занятия).

Рассказ об особенностях второго периода родов (5-е занятие). В этой беседе необходимо ознакомить будущих

134

матерей с порядками в стационаре, предупредить о возможности различных манипуляций, напомнить о гигиене питания и соблюдении режима (И. З. Вельвовский, К. И. Платонов).

Психопрофилактика продолжается и в родильном доме. Здесь обеспечивается чуткое, внимательное отношение к роженице, стимулируется активность ее поведения и, главное, акушерски правильно ведется родовой акт.

Таковы принципы и методика психофизиологического обезболевания родов.

Метод отвлечения

Сущность метода состоит в переключении внимания больного на какие-нибудь занятия, в основном на труд. Фактически он является одним из лечебных компонентов трудотерапии.

Метод отвлечения, разработанный В. М. Бехтеревым для лечения неврозов, заключается в том, что больному предлагают принять удобное положение, закрыть глаза и внимательно прислушиваться к словам врача. Такие беседы проводятся с целью отвлечения больного от мыслей о своей болезни, выработки у него установки на противодействие заболеванию, восстановления у него

интереса к жизни.

При этом виде лечения действует один из основных законов высшей нервной деятельности — закон отрицательной индукции. Согласно этому закону, новая доминанта в коре больших полушарий вызывает торможение патологических функциональных очагов, обуславливающих невротические симптомы.

Изоляция и дисциплинирование

Примером воздействия такого типа является лечение в затемненной комнате. Это, пожалуй, то же, что сепараторы, которые ввел в психоневрологическую практику В. П. Протопопов для лечения шизофрении, а раньше испытывал J. Dejerine при неврозах. Больного помещают в уединенной, просто, но хорошо обставленной отдельной комнате, совершенно тихой и наполовину затемненной; в ней вполне можно видеть, но нельзя читать,

135

а также смотреть в окно. Больной должен соблюдать постельный режим. В комнату больного никто не входит, за исключением врача (два коротких посещения в день) и обслуживающего персонала. Каждое посещение стараются использовать для суггестивного ободрения. Такое лечение может продолжаться в течение многих дней и даже недель.

Метод, исключая все сильные раздражения, действует успокаивающе, влияет суггестивно благодаря спокойному режиму, является средством воспитания и дисциплинирования.

Такое лечение показано при истерических припадках, психогенных гиперкинезах, а также для успокоения и воспитания при более легких формах чрезмерного истерического возбуждения со склонностью к «сценам» и пр. Далее, он может быть показан при нарушениях походки истерического генеза, причем целесообразно использовать визиты врача для коротких, но энергичных упражнений в ходьбе с суггестивным ободрением больного.

Метод этот не утомителен, очень прост в применении, не требует никакой специальной техники, экономит время и силы.

При различных неблагоприятных влияниях (семейных, служебных и др.) изоляция или даже отправка на курорт являются непременным условием для проведения ряда психотерапевтических мероприятий и часто даже сами по себе бывают достаточными для исцеления от многих неврозов.

Игротерапия

В основе игротерапии лежит повышение активности субъекта, изменение его эмоционального состояния, уменьшение замкнутости, отгороженности от внешнего мира.

При помощи ритмических игр добиваются образования положительного эмоционального фона, появления у больного чувства уверенности в своих силах, возможностях, самостоятельной активности.

Этот вид психотерапии применяется в детской психиатрии, при лечении олигофрении, шизофрении, особенно при апатии, кататоноподобных симптомах и др.

136

Биопсихотерапия

Методика характеризуется сочетанным применением биологических (лекарственных) и психотерапевтических мероприятий. Здесь речь идет не столько об одновременном использовании двух факторов, сколько о «...слитии и взаимодействии биологических и психотерапевтических факторов» (С. И. Консторум).

К биопсихотерапии может быть отнесен так называемый наркогипноз, когда перед сеансом гипноза для быстрого его достижения и углубления дается то или иное снотворное.

В биопсихотерапии С. И. Консторум различает два направления.

При первом врач, воздействуя вначале только биологически и применяя то или иное средство, вызывает определенный сдвиг, а позже это улучшение состояния использует психотерапевтически. Примером может служить предложенный В. А. Гиляровским метод лечения посттравматических расстройств путем внутривенного вливания 33% алкоголя, короткого эфирного наркоза, введения амитал-натрия, пентотала и др. Ближе к этому стоит метод лечения истерии кардиазолом, предложенный французскими авторами, — метод, который вряд ли найдется применение в наших отечественных клиниках, так как он слишком груб.

При втором направлении применяются растормаживающие средства (небольшие дозы алкоголя, эфира, комбинации снотворных и возбуждающих — амитал-натрий-кофеин) у недоступных, мучительных больных шизофренией с целью исследования, последующего налаживания с этими больными эмоционального контакта, проведения психотерапии.

В заключение скажем, что сам метод биопсихотерапии, хотя он еще мало разработан,

представляет значительный интерес.

#### Наркопсихотерапия

Больному медленно (3—4 мин и более) вводится внутривенно 10% раствор гексенала в дозе от 0,5 до 3—4 мл (реже — 5—7 мл). Больной не доводится до состояния глубокого сна или наркоза. Количество сеансов наркопсихотерапии зависит от тяжести болезни, зафиксиро-

137

ванности синдрома. Очень важно уже на первом сеансе добиться определенных результатов.

По М. Э. Телешевской, в процессе наркопсихотерапевтических воздействий используется несколько факторов: 1) состояние неполного барбитурового наркоза (гексенал, амитал-натрий, пентотал, эвипан и др.) в стадиях эйфории и оглушенности; 2) целенаправленные словесные внушения; 3) тренировка нарушенных функций; 4) действие последующего постнаркотического сна.

Главным показанием к наркопсихотерапии являются недостаточные гипнабельность и внушаемость больных. Этот метод лечения М. Э. Телешевская рекомендует при: 1) длительно и стойко зафиксированных истерических расстройствах (психогенный мутизм, афония, заикание, амавроз, блефароспазм, астазия-абазия, параличи, кривошея, гиперкинезы, судорожные припадки, рвота, отрыжка, икота и др.); 2) явлениях навязчивости (фобии), развившихся на фоне неврастения и истерического невроза; 3) ипохондрической симптоматике невротического генеза; 4) длительных стойких расстройствах сна и эмоциональных нарушениях, возникающих при различных неврозах (неврастения, навязчивые состояния, истерия).

В зависимости от особенностей симптоматики, течения болезни, стойкости и длительности невротических расстройств может быть использован кратковременный и длительный период действия гексенала (от 2—3 мин до 10—15 и даже 30—40 мин).

Врач произносит четкие и ясные формулы внушения на протяжении всего сеанса. Больному с длительно нарушенными функциями (речи, зрения, движений) во время сеанса предлагают ходить (при астазии-абазии — без костылей) и тут же демонстрируют ему устранение симптомов заболевания. При устранении психогенных гиперкинезов врач указывает больному на уменьшение или полное прекращение тремора. Больному афонией предлагают громко произносить слова, читать стихи, при амаврозе — называть окружающие предметы, читать и т. д.

М. Э. Телешевская справедливо замечает, что при этом методе «используются тренирующая, корригирующая и тонизирующая психотерапия».

138

#### Психоделическая (психолитическая) терапия

Лечение проводится при помощи психодислептиков, галлюциногенов (LSD-25, псилоцибин, мескалин) и других препаратов.

При психоделической терапии применяют одномоментно большие дозы LSD-25 (200—1500 $\mu$ g), вызывая при этом «почти мистическое впечатление слияния субъекта с вселенной». Начинается лечение дозами 50—100  $\mu$ g, после которых больной как бы вновь переживает главные впечатления своей жизни, от поздних до детских.

В Советском Союзе и в Италии данный метод не применяется, прежде всего из-за опасности привыкания к препаратам.

#### КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Наши ученые рассматривают психотерапию как неотъемлемую часть обычного лечебного комплекса, не противопоставляя ее фармакотерапии и другим лечебным воздействиям.

В советский период развития психотерапии появилось много работ о комбинированных методах психотерапии (И. С. Сумбаев, И. В. Стрельчук, М. Э. Телешевская, Э. А. Асратян, О. В. Кербиков, Ф. А. Андреев и др.).

Наиболее оригинальные и действенные методы комбинированной психотерапии следующие.

1. Методика И. В. Стрельчука, заключающаяся в сочетании прямого внушения с приемом апоморфина (см. Хронический алкоголизм).
2. Методика И. Ф. Случевского и А. А. Фрикен — лечение хронического алкоголизма. Отрицательное отношение к спиртным напиткам вырабатывают, сочетая их с инъекциями апоморфина.
3. Способ Н. В. Канторовича — сочетание электрокожного раздражения с демонстрацией больному соответствующих плакатов, текстов и т. п.
4. Прием Е. А. Попова и В. А. Гиляровского — лечение сурдомутизма путем сочетания психотерапевтических воздействий с эфирным опьянением.

5. Метод К. И. Стрибмана — лечение функциональных афоний путем сочетания убеждений в излечимости болезни с одновременной гальванизацией корня языка.

139

6. Метод А. М. Свядоца — быстрое купирование истерических выпадений путем наложения эфирной маски.

7. Сонно-гипнотическая терапия неврастении по Б. Н. Бирману. Во второй половине дня или перед ночным сном определяется внушаемость больного поглаживанием надбровной области, сопровождаемым словесным внушением невозможности поднять веки. Если результаты испытания положительны, внушается углубленный и удлиненный сон. При отрицательных результатах (пониженная внушаемость) назначаются малые дозы снотворных (барбитал, мидинал, веронал, хлоралгидрат); в дальнейшем сонное торможение сочетается с гипнотическим. Такой сон поддерживается до 15 ч в сутки, длительность курса лечения—5—10—15 сут. Лечение рекомендуется проводить в стационаре.

Многие другие весьма действенные комбинированные методы психотерапии описаны в разделе «Специальная психотерапия».

Условнорефлекторный сон

Впервые метод условнорефлекторной (психорефлекторной) терапии был обоснован и применен В. М. Бехтеревым. Терапия преследует две цели: во-первых, «по возможности затормозить возникший при известных условиях и упрочившийся патологический сочетательный рефлекс», во-вторых, «привить или воспитать новый сочетательный рефлекс в соответствии с требованиями здоровой жизни».

Применяя методику воспитания условных (сочетательных, по В. М. Бехтереву) рефлексов в качестве терапевтического метода, В. М. Бехтерев излечивал многие истерические симптомы (анестезии, парезы, параличи), ночное недержание мочи, kleptomанию, алкоголизм, патологические страхи (фобии).

Об успешном применении условнорефлекторного сна сообщают П. Е. Бейлин (на основании опыта Макаров-ской больницы Киевской области), А. К. Михайлов, Б. В. Андреев, Б. Г. Шошин и другие. Условнорефлекторный сон у человека достигается следующим образом. Если тот или иной терапевтический агент сочетать с действием какого-либо индифферентного раздражителя, например с мерным стуком метронома, шумом падающих капель, напоминающим дождь, ритмическим вспыхива-

140

нием синей или красной лампочки, то через определенное время этот индифферентный раздражитель сам по себе, без медикаментозного подкрепления может вызвать тот эффект, который дает терапевтический агент. Если больному ежедневно, в определенное время, в одних и тех же условиях впрыскивают какое-либо лекарство, например новокаин, морфин и др., то в последующем уже введение одного физиологического раствора при словесном напоминании врача: «Сейчас мы введем вам новокаин, который вызовет обезболивание»,— дает такой же эффект, как действительное введение новокаина.

Условнорефлекторный принцип положен в основу терапии сном. Этот метод себя оправдал и широко применяется в различных клиниках.

Плацебо-эффект

Иностранные авторы довольно часто применяют так называемый плацебо-эффект (placebo-effect). Плацебо — это любое нейтральное вещество, которое назначается для контроля; по своим органолептическим особенностям оно должно быть похоже на назначаемое терапевтическое средство. Оказывается, что при приеме плацебо у больных по сравнению с не получающими лекарства наблюдается определенное улучшение.

L. Gliedman (1961) считал, что плацебо — это своеобразный активатор, потенцирующий факторы, которые облегчают психотерапию. Он активизирует «потенциал выздоровления больного, заложенный в его взаимоотношениях с врачом».

Положительный эффект при этом нельзя объяснить фармакологически. Плацебо дает хороший эффект при наличии сохраненной психики, особенно у больных с «эмоциональными реакциями». Большинство врачей считают, что злоупотреблять назначением плацебо нельзя, так как это может подорвать доверие больного к врачу.

С другой стороны, имеются сообщения о случаях, когда индифферентное вещество, употребленное в каче\* стве плацебо, вызывало явления токсикоза.

141

Замаскированное (косвенное) внушение

Замаскированное внушение заключается в том, что больному дают слабое паллиативное средство (например, валерьяновые капли), назначают двигательные упражнения или диету, но при этом, как бы между прочим, настраивают его на ожидание положительного эффекта, рассказывая о благоприятном воздействии данного средства на другого пациента, или детально описывая механизм действия, иногда просто влияя уверенной интонацией. Конечно, в таких случаях нужно избегать грубого обмана (например, впрыскивание воды).

При лечении психопатов, инфантильных и строптивных больных целесообразно присоединить к замаскированному внушению некоторое воздействие дисциплинирующего характера (трудовые процессы, задания на срок и т. п.).

Такое внушение может оказаться действенным и при собственно невротическом расстройстве, однако не следует создавать себе иллюзий относительно возможного успеха: способ может оказаться несостоятельным при более упорных и сложных невротических состояниях, например при истерии.

Я. Л. Шрайбер (1958) предложил метод косвенного внушения больных истерией с мутизмом, параличами и др., названный методом маски. Больного за неделю предупреждают, что его будут лечить маской с лекарством, которое устранил его болезнь. В процедурной на лицо накладывают маску, и медицинская сестра наливает по каплям ароматическое вещество (нашатырно-анисовые капли, спиртовой раствор ментола и др.). Перед самым сеансом психотерапии лечащий врач беседует с другими врачами о большом эффекте данного лекарства и получает с их стороны подтверждение этому. Обычно действие косвенного внушения проявляется тут же. После этого маску снимают, и этот эффект закрепляется тренировкой.

Коллективная психотерапия

Использование влияния коллектива в целях лечения «принципиально соответствует советскому мировоззрению» (В. А. Гиляровский), поскольку коллективизм является характерной чертой советских людей. В основе коллективизма лежат гармонические отношения между обществом и личностью, взаимные права и обязанности коллектива и индивидуума.

142

Коллективная психотерапия в России начала разрабатываться в 900-х годах (И. В. Вяземский, В. М. Бехтерев). Наиболее стройную систему коллективной гипнотерапии создал В. М. Бехтерев. Он разъяснял больным действие алкоголя на организм, а затем погружал их в гипнотический сон с соответствующим лечебным внушением. Г. Д. Неткачев (1909) и И. Д. Тартаковский создавали группы больных для лечения заикания; больные обсуждали особенности заболевания каждого из заикающихся, а также отчитывались в своих «победах и неудачах». Система коллективной психотерапии, предложенная Б. Н. Бирманом (1930), заключается в систематических врачебных беседах, критическом вскрытии механизмов каждого невроза у того или иного больного (не называя имени). Вопросы коллективной психотерапии неврозов успешно разрабатывают Н. В. Иванов, М. Г. Иткин, А. И. Дружинин, С. С. Либих, В. К. Мягер, В. Н. Мясичев, А. Л. Гройсман, А. М. Воскресенская и др.

Различают такие виды коллективной психотерапии.

Психотерапия в малой группе (2—9 человек). Применяется в малой психиатрии. При ее проведении предусматриваются «лидеры». Здесь проводят беседы, дискуссии, споры. Официальным «лидером» является врач.

Семейная психотерапия. Проводится психотерапевтическая и психогигиеническая работа с родственниками больных, мужем, женой. Это как бы вид «психотерапии среды» (milieu therapy). Семейную психотерапию в виде одновременного лечения неврозов мужа и жены рекомендуют многие авторы (Ф. Ю. Ярошевский, М. Н. Бобровская, В. Г. Котаева, Э. А. Карандашева, Г. С. Соколова, В. К. Мягер, Ю. А. Тупицин и др.).

Коллективная психотерапия в условиях совместной деятельности. Она показана для больных большими психозами, хроническим алкоголизмом, психопатам и др. Труд сочетается с занятиями спортом, прогулками, развлечениями.

Коллективная психотерапия в условиях реабилитационных клубов (Я. Г. Ильон, А. Ф. Женичковский и др.). Это прямая и косвенная активизирующая коллективная психотерапия в бодрствующем состоянии.

143

Множественная психотерапия. Беседа проводится двумя и более врачами. Это фактически косвенная психотерапия (С. С. Либих и С. В. Днепровская).

Совет, или самоуправление больных (Н. В. Канторович, И. М. Мурынсон, Т. В. Беляева и др.). Предусмотрено повышенное число «лидеров» среди больных. Такой совет может способствовать отвлечению и переключению внимания больных.

Суггестивная психотерапия. Основу составляет лечебное воздействие врача словом, включая гипноз.

Аутогенная тренировка. Проводится обычно в малых группах (см. отдельную главу).

В коллективной психотерапии выделяют лечебные группы. Они могут быть: а) открытые (непрерывные), в которых больной, оканчивающий лечение, замещается другим больным; б) закрытые (одномоментные), когда все больные начинают и заканчивают лечение одновременно, а другие, новые больные, не допускаются; в) гетерогенные (больные с разными заболеваниями); г) гомогенные (больные с одним заболеванием, синдромом); д) смешанные (мужчины и женщины); е) однополюе.

С. С. Либих различает: 1) патогенетическую и 2) симптоматическую коллективную психотерапию. При патогенетической психотерапии изучается личность больного, перестраиваются неправильно сформировавшиеся отношения, производится тренировка и закрепление социально-ценных отношений. Эта психотерапия проводится в малых группах (2—9 чел.). С целью сближения больных друг с другом, ликвидации их пассивности, замкнутости могут быть применены такие приемы: а) поиск общего, типического у больных группы; б) создание приемов активного противодействия болезни (Н. В. Иванов); в) анонимное обсуждение; г) «психотерапевтическое зеркало», когда врач рассказывает о болезнях, приводя факты из историй болезни присутствующих больных; д) лечебная перспектива (в группе находятся больные первичные и выздоравливающие, с легкими и тяжелыми формами заболевания), подразумевается, что выздоравливающие больные создают «волю к здоровью» (С. И. Консторум).

Симптоматическая психотерапия. При ней решаются «узкие задачи», не затрагивающие всех сторон личности больного.

144

Симптоматическая коллективная психотерапия, по С. С. Либиху, имеет виды: а) седативная, которая применяется отдельно и в сочетании с лекарственными средствами (психофармакологические препараты)\* физиотерапией, удлинненными сеансами гипнотерапии (В. Е. Рожнов), «гипнозом-отдыхом» (К. И. Платонов), музыкотерапией, аутогенной тренировкой и др.

б) отвлекающая (В. М. Бехтерев) — для лечения синдромов навязчивости;

в) активизирующая — применяется для мобилизации активности больных при апатически-абулических, депрессивных и других синдромах;

г) разъясняющая.

Коллективная психотерапия обеспечивает тесный контакт врача с больными и является скорее вспомогательным методом, облегчающим индивидуальную психотерапевтическую работу врача. Кроме того, она вполне совместима и с охранительным режимом.

Показаниями для такого рода терапии могут служить:

а) подострые невротические состояния как астенического, так и истерического характера, в картине которых преобладают эмоциональные расстройства (дисфории, эмоциональная неустойчивость, реактивно-депрессивные наслоения);

б) фиксированные астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические синдромы при наличии установки больного на «тяжесть» заболевания;

в) случаи невроза навязчивых состояний, особенно реактивного характера, с наличием резкого эмоционального реагирования на содержание навязчивых переживаний (Н. В. Иванов).

Этот вид терапии с успехом можно применять при психогениях, реактивных состояниях у бывших травматиков, при шизофрении, особенно после стихания острого процесса, при циркулярном психозе (циклотимии) и некоторых других формах.

О положительных результатах коллективной психотерапии больных неврозами сообщают Е. Rzakowolska, J. Osuchowska, K. Malewska (1964). Больные занимались физическим трудом, принимали участие в работе самоуправления, вечерах с танцами, товарищеских играх.

145

S. Leder, H. Wolska (1964) считают коллективную психотерапию психозов вспомогательным методом лечения.

Оригинальную психотерапевтическую (коллективную) методику предлагают F. Knobloch (1959, 1964), J. Knob-lochova (1964). Они создают небольшие группы больных (по 7—8 человек и более).

А. Kgpinski, В. Winid, J. Mitarski (1959) считают, что для терапии неврозов и психотических состояний лучше всего составлять группу больных из восьми человек разного пола.

Комбинированная групповая психотерапия. При упорных, резистентных формах некоторых неврозов и психозов (шизофрения и др.) некоторые авторы, в частности D. Muller-Hegemann, применяют так называемую «групповую психотерапию», которую следовало бы назвать комбинированной групповой психотерапией. Этот метод предусматривает в начале лечения проведение индивидуальных бесед («с глазу на глаз») с целью войти в доверие больного (D. Miiller-Hegemann, 1957).

Описанный метод с проводимой ежедневно в течение часа психотерапией целесообразен главным образом в острых и подострых стадиях болезни.

О групповой психотерапии неврозов детского возраста были высказаны ценные мысли D. Muller-Hegemann (1959), а также W. Borak и В. Borak (1963) и др. Авторы составляли группы из 5—6 детей в возрасте 7—14 лет с учетом их склонностей и интересов. Больные собирались ежедневно для собеседований и развлечений.

В системе коллективной психотерапии обеспечивается сознательная переоценка больным переживаний, связанных с болезнью. Больной становится активнее, успокаивается и таким образом включается в социальную трудовую жизнь.

В основе коллективной психотерапии лежит направляющая роль врача; это обеспечивает правильное обсуждение, принятие и усвоение больными врачебных указаний и разъяснений в отношении лечебного режима и т. д.

Однако физиологические механизмы коллективной психотерапии еще не совсем выяснены. Вопрос требует дальнейшей разработки. По Н. В. Иванову (1962), при этом происходит активная мобилизация личности, ее компенсаторных сил на основе выработки новых связей, тренировки нервных процессов, создания в мозге новых динамических структур, которые, будучи более сильными, по закону индукции могут погасить патодинамические структуры, обуславливающие заболевание.

146

Противопоказания к коллективной психотерапии: истерические припадки, гиперкинезы, установочное поведение. По С. С. Либиху, имеются и относительные противопоказания к коллективной психотерапии: а) отсутствие предварительного периода индивидуальной психотерапии; б) обезображивающие дефекты лица; в) сложные навязчивые синдромы; г) синдром клаустрофобии; д) тяжелая психастения; е) неврозы дыхательной, сердечно-сосудистой систем.

Коррективный интерперсональный опыт (F. Knobloch и др.) Этот вид психотерапии проводится в малой общественной группе. Психотерапевт как личность служит больному своеобразной моделью, по которой он создает и проверяет свои отношения к людям, окружающему. Лечебный коллектив выступает для больного как модель естественных групп.

Метод коллективной психотерапии «кофе и...» (coffe and...). Американские авторы R. Masnik, L. Vucci, D. Isenberg, W. Normand предложили метод групповой психотерапии при хронической шизофрении. Больных, ожидающих приема у врача, собирают в группы и ... угощают кофе. В это время психотерапевт заводит разговор, вовлекает больных в беседу. Больные не подозревают о том, что проводится лечение. Субъекты, ранее отказывающиеся от групповой психотерапии (аутичные, с трудом вступающие в контакт и др.), при этом методе становятся более общительными, начинают чаще посещать врача, проявляют интерес к труду, вовлекаясь тем самым в социальную жизнь.

Семейная психотерапия

Семья — это важнейший общественный институт, малая социально-психологическая группа, являющаяся специфическим посредником между личностью и обществом.

Основатель первой клиники психического здоровья семьи в США N. Ackerman писал, что проблема семьи и ее лечение не являются уже исключительно областью психоаналитиков. Супружеская дисгармония является причиной неустойчивости современных браков, современной жизни, отмечаемой на всех уровнях, — в семье, обществе, культуре.

В отечественной литературе вопросы семейной психотерапии еще мало разработаны, хотя и имеются серьезные работы (П. Б. Ган-нушкин, К. Мягер, А. И. Захаров, В. М. Воловик, Р. Я. Зачепиский,

147

Е. К. Яковлева, А. Г. Харчев, И. М. Черниловская, В. Я. Костерева, З. И. Файнбург, Э. Орлова и др.).

Существенным в работе психотерапевта является диагноз семейных отношений, что дает возможность, если необходимо, изменить эти отношения.

Главным в семейных отношениях являются моральные связи между членами семьи. Они основаны на чувстве любви, родства, взаимной привязанности, ответственности, долга, семейной чести и достоинства. «Брак ... есть правовая нравственная любовь: при таком определении из последней исключается все, что в ней преходяще, капризно и лишь субъективно» (G. Hegel).

Врач-психотерапевт должен проанализировать происходящие в семье события; если нужно, постараться создать более адекватные отношения, наладить семейную жизнь.

Целью семейной психотерапии, по В. М. Воловику, является создание в семье атмосферы, которая благоприятствовала бы лечению и оптимальной ресоциализации больного; устранение ситуаций, которые могут быть источником эмоциональных напряжений в семье; содействие налаживанию взаимного понимания между ее членами, привлечение семьи к сотрудничеству с врачом в целях более успешной терапии.

Семейная психотерапия показана как в «неблагополучных» семьях без психической патологии, так и при неврозах, психопатиях, психозах одного или нескольких членов семьи.

В «неблагополучных» семьях врачу-психотерапевту часто бывает необходимо убеждать супружеские пары стремиться к реалистическим целям и оценкам, разрешать возникающие конфликты путем взаимных уступок или компромисса; предупреждать хронические разрушительные ссоры, отчуждение, эгоцентризм; внушать взаимную терпимость к недостаткам характера и т. д.

Конечно, вмешательство врача в дела семьи, в систему ее взаимоотношений требует от него большого такта и деликатности. Следует помнить, что некоторые семьи могут отвергнуть те или иные требования врача. Однако в ряде случаев, если взаимоотношения в семье влияют на здоровье тех или иных членов семьи, врач имеет моральное право воздействовать на виновных всеми имеющимися средствами.

148

Лечение психопатологических явлений, причины которых коренятся в ненормальных семейных отношениях, может потребовать специальных методик. Для лечения, например, неврозов, пограничных состояний у детей и подростков ряд авторов считают необходимым до начала лечения удалить ребенка из семьи и психотерапию проводить отдельно — ребенку и родителям (J. Esquirol, H. Na-velkova); другие авторы возражают против этого. Предлагаются «программы» работы с семьей, включающие психотерапевтические, педагогические и социальные воздействия (J. Kessler, D. Krevelen, R. McGregor с соавт., Г. Е. Сухарева и Л. С. Юсевич).

При групповой психотерапии создаются отдельные группы для детей и для родителей (J. Cosnier с соавт., I. Kraft с соавт.), причем супруги могут находиться в разных группах, а в дальнейшем дети подключаются к группе родителей. Эта терапия может проводиться двумя врачами разного пола. К самим родителям могут быть применены разнообразные приемы психотерапии: объяснительная, отвлекающая, строгий тон. Особое значение имеет научить мать оптимальному поведению (M. Le Vay, N. Rathod, P. Male с соавт.).

Что же касается больных психозами или перенесшими их, то многие авторы отмечают большую частоту госпитализации больных (шизофренией и др.), к которым предъявляются повышенные эмоциональные требования в неблагополучных семьях (у родителей с личностными отклонениями, аморальным поведением, невротиков, психопатов, алкоголиков и др.).

Если в семье появляется психически больной, то в одних случаях семья как бы консолидируется, создает условия, благоприятствующие выздоровлению, а в других — происходит раскол в семье, приводящий к изоляции больного и обострению патологического процесса. Иногда родственники излишне опекают больного, подавляют его самостоятельность. Наблюдаются случаи, когда родственники вмешиваются в лечение, назначенное врачом, отменяют его.

С другой стороны, мы неоднократно наблюдали случаи, когда больные правильнее оценивали свое состояние, проявляли большую готовность к сотрудничеству с врачом, чем члены семьи.

В таких случаях врачу-психотерапевту следует детально обсудить эти вопросы с членами семьи, постараться сформировать правильное понимание ими болезни одного из членов.

149

Заочная психотерапия

Совершенно правильно М. С. Лебединский (1959) ставит вопрос о заочной психотерапии. О последней можно говорить тогда, когда врач-психотерапевт почему-либо не может встретиться с больным. В таких случаях, собрав анамнез у близких больному людей, врач оказывает ту или



иную психотерапевтическую помощь путем обмена письмами. Это нередко делали И. П. Павлов, В. М. Бехтерев и другие видные врачи. Конечно, возможности психотерапии при этом ограничены.

М. С. Лебединский утверждает, что врач должен «остерегаться штампов и механического повторения пра-емов психотерапии».

Внушение в гипнозе

Этот метод психотерапии ввиду исключительного теоретического и практического значения не может быть изложен кратко. Читатель должен получить полное представление об истории гипноза, о сложном и не во всех еще деталях изученном мощном воздействии его на высшую и низшую нервную деятельность, о методике и технике гипноза. Ввиду этого внушению в гипнозе мы посвящаем отдельный раздел.

Часть третья

#### УЧЕНИЕ О СНЕ И ГИПНОЗЕ

В различные периоды мировой истории на гипнотизм и явления, с ним связанные, смотрели совершенно по-разному.

Однако состояние, которое в настоящее время мы называем гипнозом, знали и применяли с лечебной или иной целью многие народы древнего мира.

В дошедших до нас сочинениях древних говорится о сне в инкубациях или храмах.

Храмы асклеиадов, «потомков» греческого бога медицины Эскулапа, были своего рода лечебницами, переполненными различными больными. Перед лечением проводились особые приготовления, которые заключались в молитвах, жертвоприношениях, курении благовоний, принятии ванн; больных укладывали на шкуру принесенного в жертву дикого кабана и усыпляли. Чаще всего больным, по их свидетельству, снилось, что сам Асклепий указывал им средства излечения. Если в первую ночь сон оказывался недостаточно ясным, больного усыпляли вторично. Далее лечение проводилось по предписанию сновидения. Излеченные в знак благодарности оставляли на стенах храма таблицы, памятные доски.

Для погружения в сон применялись блестящие предметы, металлические плоскости (так называемые «волшебные зеркала»), кристаллы, сосуды. В Египте, например, умели приводить человека в состояние гипноза, предлагая ему пристально смотреть на каплю чернил, на блестящие тарелки с нарисованными на них различными знаками и т. п. Теперь мы знаем, что фиксация взгляда на блестящих предметах принадлежит к числу гипнотических средств; весьма вероятно, что психические

151

изменения, вызывавшиеся в древности пристальным созерцанием, относятся к области гипноза.

Во II столетии в Египте уже применялись поглаживания, так называемые пассы, и закрывание глаз. Египтяне и греки знали о благотворном влиянии прикосновения руки. Явления гипноза были известны и древним евреям как состояние, в котором человек «спит и не спит, бодрствует и не бодрствует, и хотя отвечает на вопросы, но душой отсутствует».

Древние индусы, которые, как и другие древневосточные народы, сделали большой вклад в сокровищницу мировой культуры, знали о явлениях гипноза. Известно, что индийские факиры с успехом пользуются ими для проделывания поразительных фокусов, например, для показывания человека, висящего в воздухе. Факиры могут погружаться в своеобразное состояние «нирваны» («исчезновение», «потухание»), которого достигают путем длительного созерцания кончика своего носа; через некоторое время он начинает как бы светиться, и факир, погруженный в такое созерцание, постепенно становится нечувствительным ко всему окружающему, ничего не видит и не слышит. В этом мы усматриваем результаты автовнушения.

В подобное состояние приводили себя древние друиды и альру-ны, сосредоточенно прислушиваясь к шуму деревьев и журчанию ручья. Того же достигали древние оракулы, жрецы-прорицатели воли мифического божества, вдыхая какие-то наркотические газы; шаманы (сибирские колдуны) и дервиши быстрым кружением на одном месте доводили себя до экстаза; в таком состоянии они могли жечь и резать свое тело, не ощущая боли.

Некоторые сектанты-мусульмане в Алжире приводили себя в галлюцинаторный экстаз с помощью непрерывных криков, громкой музыки, сильнейшего возбуждения, причем у них также развивалась анальгезия, нечувствительность к боли; они могли колоть себя, лизать раскаленное железо, обнаженными ложиться на острые сабли.

В Индии, Ассирии и других странах Древнего Востока гипноз применяли исключительно с целью усиления влияния религии на широкие народные массы. Этому придавали столь большое

значение, что, например, службу священников могли выполнять только те, кто владел в достаточной мере техникой гипноза.

Римские писатели (Марциал, Апулей, Плавт) знали о возможности усыпления человека прикосновением руки, обыкновенно сопровождавшимся заклинаниями. Плутарх писал, что царь Эпира (319— 272 до н. э.) обладал способностью погружать людей в глубокий сон, лишь прикасаясь к ним своей ногой; при этом делалось, по-видимому, и словесное внушение для соответствующей подготовки субъекта. Апулей говорит, что прикосновением, заклинанием и запахами можно так усыпить человека, что он, освободившись от

152

своей грубой телесной оболочки, возвращается к чистой, божественной, бессмертной природе; в этом состоянии как бы дремотного забытья человек может предсказать будущее, чего не может сделать наяву.

В I в. н. э., по дошедшему до нас свидетельству, двум больным (слепому и разбитому параличом) якобы во сне явился бог Серапис, который открыл им, что они могут быть излечены императором: слепой прозрит, когда Веспасиан помажет ему глаза своей слюной, а парализованный излечится после прикосновения к нему пятки царя. Веспасиан продемонстрировал это на открытом собрании, и, как гласит предание, больные выздоровели

Исцеляющую силу приписывали норвежскому королю Олафу I и даже его труп. За королями Англии и Франции признавали способность одним лишь прикосновением исцелять зоб. Когда король Англии Вильгельм III Оранский отказался лечить своим прикосновением больных, страдающих золотухой, это вызвало негодование среди английского общества.

Сведения о погружении в гипнотическое состояние древние египтяне, индусы, ассирийцы, греки, римляне и др., вероятно, унаследовали от гораздо более древней эпохи.

Отметим, что уже в глубокой древности некоторые философы более или менее здраво относились ко всем подобным явлениям. Так, Аристотель (384—322 до н. э.) и Гераклит Эфесский (530—470 до н. э.) связывали мнимый дар предсказания не с божественным наитием, а с болезненными формами сознания человека; однако, подобно своим современникам, они не отрицали способности человеческого духа предвидеть и прорицать.

В те времена, когда наука еще находилась в зачаточном состоянии, человек охотно верил всяким небылицам и причудам воображения, не находя объяснения явлениям окружающего мира.

Очень долго, в течение многих веков, держалась вера в магические силы и чудодейственные исцеления. И хотя с развитием научных знаний она видоизменялась, все же основной ее признак — вера в сверхъестественное и магическое, признание непонятных сил и влияний — оставался на протяжении ряда столетий. Невежество и страх были главными опорами умственного и нравственного рабства.

В средние века скудные знания о гипнотических явлениях не расширились. Но уже на исходе средневековья из астрологического учения, по которому все земные события, а с ними и человеческая судьба зависят

153

от влияния планет, и из сведений о магнетизме возникла магнитно-флюидная теория.

Гениальный врач, в свое время обвиненный в ереси, Ф. А. Парацельс (1493—1541) в своих сочинениях впервые употребил термин «магнетизм» в смысле более поздней месмерической доктрины. По Парацельсу, мир исполнен магнетической силы, которая находится также вследствие переноса с планет как некая сидерическая (звездная) сущность и в человеческом теле. Человек питается не только видимой пищей, но и рассеянной в природе магнетической силой. Между планетами и человеческим телом имеется взаимное притяжение. Парацельс допускал взаимное влияние людей друг на друга; по его мнению, воля одного человека силой своего напряжения может влиять на духовную сущность другого, бороться с ней и подчинять ее своей власти.

Идеи Парацельса попали в Германию и Англию на плодотворную почву, Van Helmont (1577—1644) обозначал как магнетизм влияния, которые производят тела друг на друга, притягиваясь или отталкиваясь на расстоянии. Посредником или проводником этого влияния должен быть эфиropодобный дух (*magnale magnum*), который пронизывает все тела и приводит в движение мировые массы. Такого же мнения придерживались R. Flood и другие. В частности, по R. Flood, человек, подобно земле, имеет два полюса. Приближаясь друг к другу, два человека производят друг на друга притягивающее или отталкивающее действие в зависимости от того, негативен или позитивен их магнетизм. Эти идеи R. Flood оспаривал иезуитский патер Kjrcher, который стал

особенно известен благодаря своему *experimentum mirabile* — опыту гипнотизирования животных. В первую четверть XVIII в. репутацию истинного чудотворца приобрел швабский священник Gassner (1727), который, применял заклинания, чтобы «изгнать беса, причинившего болезнь». Своими заклинаниями он умел вызывать и устранять каталепсию, параличи, судороги и ряд других внушенных явлений, снимать боль, с успехом, вряд ли превзойденным позднейшими магнетизерами и гипнотизерами.

Магнитно-флюидная теория была положена в основу учения А. Месмера (1734—1815) о так называемом животном магнетизме. Месмер полагал, что магнетическая сила находится в природе повсюду и обуславливает взаимодействие небесных сил, земли и одушевленных существ. Эту космическую магнитную силу, поскольку

154

она проявляется в теле животного, из-за ее сходства с действием магнита он назвал животным магнетизмом (в противоположность магнетизму минеральному). Месмер заметил, что лечебные результаты могут быть достигнуты и без применения магнитов — одним прикосновением рук, и пришел к заключению, что магниты являются только передатчиками особого «флюида», исходящего из человеческого тела. После этого он стал лечить, производя так называемые пассы, то есть плавные ритмические движения рук на некотором расстоянии от тела больного по направлению от головы к ногам. Позже Месмер заявил, что он может «намагничивать неодушевленные предметы», после чего они приобретают «целительную силу».

В целях массового применения своего способа, получившего название «месмеризм», или «животный магнетизм», Месмер соорудил чаны, баки с железными опилками, битым стеклом и т. п., которые он предварительно «намагничивал» пассами. Каждый чан имел крышку, в которой были сделаны отверстия с выходящими наружу подвижными железными прутьями. Больные размещались вокруг баков, и каждый брал в руки прут. Во время сеанса звучала нежная фортепьянная музыка, а сам Месмер, одетый в лиловую одежду, прикасался железным прутком («магнетической палочкой») к пораженной части тела больного. Одновременно помощники его легко надавливали на живот больного. При этом одни больные оставались спокойными, ничего не чувствовали, другие же начинали кашлять, всхлипывать, ощущали легкие боли, «местную теплоту» в пораженной области, или же «общий жар». У некоторых появлялись сильные истери-

155

ческие судороги, они плакали, смеялись, кричали, стучали ногами в ритме и темпе музыки. Эти «кризы» часто продолжались более трех часов. Наконец, у больных наступало состояние истощения. Они впадали в своего рода сон, но оставались послушными голосу, взгляду и знакам гипнотизера. У некоторых индивидуумов Месмер достигал сна несколькими поглаживаниями или даже просто взглядом. Очнувшись от сна, многие больные заявляли, что чувствуют себя освобожденными от страданий.

Вскоре против Месмера восстали многие парижские врачи, объявившие его способ лечения вредным для больных. Парижская академия и специально выделенная медицинская комиссия, куда входил и химик Лавуазье, высказались против подлинности исцелений, объяснив все наблюдавшиеся явления отчасти выдумкой, отчасти воображением легковверных людей.

Очень скептически к месмеризму относился известный психиатр Parchappe. Он сводил явления животного магнетизма к следующей простой, но выразительной формуле: «Обмануть, обмануться, быть обманутым».

В начале XIX в. скептически настроенные ученые отрицали существование магнетического «жизненного флюида», объясняя все явления подобного рода истерической раздражительностью, действием разгоряченного воображения, каталепсии, экстаза (А. А. Иовский и др.).

Г. Гельмгольц считал гипнотизм «фокусничеством». Известный физиолог Du Bois-Reymond говорил о гипнотическом внушении, как о чем-то близком к помешательству.

Даже во второй половине XIX в. выдающемуся физиологу R. Heidenhein понадобилось немало мужества для того, чтобы заняться в своей лаборатории изучением явлений гипнотизма. Фактически во времена, не столь отдаленные от нас, считалось даже непристойным говорить всерьез о гипнотизме, тем более изучать его. Существовало мнение, что эти вопросы слишком близки к области «тайных наук», оккультизму, а поэтому заниматься гипнотизмом ученым-специалистам не к лицу.

Позднее к серьезному изучению гипнотизма приступил манчестерский хирург J. Braid. Он стремился выяснить, какие особенности человеческого организма содействуют возникновению гипнотических явлений, высказывал пред-

положение, что они вызываются в ганглиозных клетках мозга, и пытался установить, какие отделы мозга принимают участие в этих изменениях. Однако дело не пошло дальше неопределенных гипотез. J. Braid изучил метод усыпления, состоящий в том, что субъект должен был неподвижно, с напряженным вниманием, до утомления смотреть на какой-нибудь блестящий предмет. Это легло в основу субъективной теории J. Braid, отрицающей всякие магнетические влияния со стороны гипнотизера.

Рациональные опыты Braid в свое время были признаны выдающимися учеными A. Carpenter и S. Simpson. Но решающую роль в эволюции теории гипноза сыграло появление во Франции книги A. Liebeault (1891). Он, а за ним и H. Bernheim (1891) утверждали, что гипноз есть не что иное, как искусственный сон, вызванный внушением; гипноз — явление нормальное, не связанное с наличием болезненного предрасположения. Однако J. Charcot и его сотрудники, исследуя явления гипнотизма в экспериментах над больными, страдавшими большей частью тяжелыми формами истерии, пришли к заключению, что гипнотический сон — явление патологическое, искусственный невроз типа истерии, вызываемый только у лиц с истерическим предрасположением. В настоящее время уже нельзя сомневаться в том, что точка зрения школы J. Charcot была ошибочной.

Высокая культура Киевской Руси, связанная со всей предшествующей историей русских (восточных) славян, развилась на древней самобытной основе.

Врачевание словом, молитвами и «зельем» проводилось при монастырях различных княжеств и образованного позднее русского государства. Конечно, рациональные приемы народной медицины существовали наряду с мистическими обрядами (заклинание против «злых духов», «порчи» и пр.). Однако, как справедливо указывают Р. Кавецкий и К. Балицкий, многие приемы, которыми пользовались при лечении, впоследствии вошли в научную медицину; таковы, например, гипноз, внушение («нашептывание») и пр. Несомненно, что различные заговоры, заклинания и так называемое чародейство имеют в своей основе элементы словесного внушения наяву.

Особый интерес представляют взгляды на многие психологические и физиологические проблемы философов

Киево-Могилянской академии XVII—XVIII вв. И. Кононовича-Горбацкого, И. Гизеля, И. Кроковского, И. Поповского и других.

Уже в середине XVII в. (1645), то есть более чем за столетие до А. Месмера, видный философ Киево-Могилянской академии И. Гизель трактовал сон и сновидения материалистически, выявляя здравый смысл и критическое отношение ко всяким предрассудкам. Сон, говорил Гизель,— это «связывание (ligatio) внешних органов чувств и произвольных движений для здоровья и отдыха животных».

Распространению учения о гипнотизме в России и на Украине в начале XIX в. способствовал виднейший врач и философ Велланский (Д. М. Кавунник), который занимался переводами книг по гипнотизму с иностранных языков, а также публиковал собственные оригинальные труды.

Однако подлинная научная разработка проблемы гипноза в дореволюционной России началась в 70-х гг. прошлого столетия.

Большой интерес к гипнотизму проявлял харьковский физиолог В. Я. Данилевский. Он экспериментально изучал гипноз у различных животных. По В. Я. Данилевскому, гипноз — это своеобразный «эмоциональный гип-ношок», эмоциональное, чисто рефлекторное «торможение мышления и воли». Он пытался рассматривать гипноз животных и человека с точки зрения эволюции. В это время и несколько позже появляются капитальные труды, монографии, отдельные статьи по гипнотизму таких авторов, как Б. Бродовский, А. Гиляров, Б. Кириллов, А. Козлов, Э. Эйхенвальд, И. Янушкевич, А. Шилтов, Л. Стемб, М. Пацкевич, В. Сланский, К. Кудрявцев и др.

Сотрудник психиатрической клиники С. С. Корсакова А. А. Токарский опубликовал работы о внушении и гипнозе, в которых уже заметно влияние гениальных идей отца русской физиологии И. М. Сеченова. А. А. Токарский подчеркивает «роковую зависимость» психических реакций от воздействий окружающего мира, рассматривая их как рефлекторные акты. В начале 80-х гг. XIX в. А. А. Токарский впервые начал читать курс гипнологии в Московском университете.

Далее идет целая плеяда русских ученых, которые внесли много ценного в учение о гипнозе (О. О. Мочут-

ковский, А. П. Нечаев, г- •^ирящс '1

А. А. Говсеев, Н. Вяземский, Ф. Е. Рыбаков,

Е. Н. Довбня, В. Н. Хо-рошко, Я. В. Рыбалкин, П. Я. Розенбах, А. Ф. Ла-зурский, П. П. Подъ-япольский и др.).

Акад. В. М. Бехтерев выдвинул учение о гипнозе как особом состоянии видоизмененного естественного сна (а не патологическом явлении), которое может быть получено при помощи не только психических, но и физических воздействий, и развивается как у человека, так и у животных.

Многочисленные доклады В. М. Бехтерева, публичные лекции, статьи, отдельные брошюры о внушении и психотерапии, о роли внушения в обыденной жизни способствовали распространению правильных взглядов на гипноз.

В. М. Бехтерев впервые применил метод условнореф-латорной (психорефлекторной) терапии психоневрологических заболеваний. Еще в 1914 г. он выдвинул идею условнорефлекторной терапии алкоголизма.

Перу советских авторов принадлежит большое количество клинических и экспериментальных работ по гипнозу (К. И. Платонов, Ю. В. Каннабих, Б. Н. Бирман,

В. Н. Мясищев, В. М. Нарбут, А. Певницкий, В. В. Срезневский, В. Н. Финне, В. М. Гаккебуш, Ф. П. Майоров, И. В. Стрельчук, И. С. Сумбаев, Н. Г. Беспалько и др.).

У нас же развилось и развивается учение о коллективном, или массовом, гипнозе, особенно при лечении алкоголизма по методу акад. Бехтерева (Д. С. Озере-цковский, П. Д. Пилипенко, Н. В. Иванов, М. Г. Ит-кин и др.).

За рубежом по вопросам общей и частной психотерапии в последние годы появились работы

F. Cooper,

F. Linn a. Erickson, H. Milton, Hinkley a. Herman, Ing-

159

ham V. Harrington a. Love, R. Leonore, V. Pelt, R. Wal-lon, Kurauti Maeda и др.

Большим вкладом в изучение и правильное понимание гипнотизма явилась работа Ф. Энгельса «Естествознание в мире духов», написанная в 1878 г. В этой работе дается оригинальное объяснение явлений гипнотизма. Автор резко критикует естествоиспытателей, которые пытаются использовать естествознание для протаскивания в науку идеализма и фидеизма. По поводу гипнотических явлений Ф. Энгельс пишет: «... мы заинтересовались этими явлениями и стали пробовать, в какой мере можно их воспроизвести. Субъектом мы выбрали одного бойкого двенадцатилетнего мальчугана. При неподвижно устремленном на него взгляде или легком поглаживании было нетрудно вызвать у него гипнотическое состояние»; при этом наблюдались окоченение мускулов, потеря чувствительности, состояние «полной пассивности воли в соединении со своеобразной сверхвозбудимостью ощущений. Если пациента при помощи какого-нибудь внешнего возбуждения выводили из состояния летаргии, то он обнаруживал еще гораздо большую живость, чем в состоянии бодрствования». Очень хорошо Ф. Энгельс описывает так называемый раппорт, подчеркивая отсутствие какой-либо «таинственной связи» с оператором; любой человек мог с такой же легкостью приводить в действие загипнотизированного субъекта.

Бичуя френологию F. Gall, согласно которой якобы существует какая-то связь между формой черепа и умственными и моральными качествами человека, Ф. Энгельс продолжает: «Для нас было сущим пустяком заставить действовать галлевские черепные органы; мы пошли еще гораздо дальше; мы не только могли заменять их друг другом и располагать по всему телу, но фабриковали любое количество еще других органов — органов пения, свистения, дудения, танцевания, боксирования, шитья, сапожничанья, курения и т. д, помещая их туда, куда нам было угодно. Если пациент Уоллеса становился пьяным от воды, то мы открывали в большом пальце ноги орган опьянения, и достаточно нам было только коснуться его, чтобы получить чудесную комедию опьянения. Но само собою разумеется, что ни один орган не обнаруживал и следа какого-нибудь действия, если пациенту не давали понять, чего от него ожидают; благодаря практике наш мальчуган вскоре усовершенствовался до такой степени, что ему достаточно было малейшего намека».

Далее очень ясно и четко описываются постгипнотическое внушение, двойная память пациентов-гипнотиков, развенчивается утверж-

160

дение о «сверхъестественности» гипнотических явлений. «Созданные таким образом органы сохраняли затем свою силу раз навсегда также и для всех позднейших усыплений, если только их

не изменяли тем же самым путем. Словом, у нашего пациента была двойная память: одна для состояния бодрствования, а другая, совершенно обособленная, для гипнотического состояния. Что касается пассивности воли, абсолютного подчинения ее воле третьего лица, то она теряет всякую видимость чего-то чудесного, если не забывать, что все интересующее нас состояние началось с подчинения воли пациента воле оператора и не может быть осуществлено без того подчинения... Самый могущественный на свете чародей-магнетизер становится бессильным, лишь только его пациент начинает смеяться ему в лицо».

Несмотря на многовековое применение и изучение гипноза и внушения, до недавнего времени природа этих явлений оставалась неясной. Лишь с возникновением физиологической школы, стоящей на материалистических позициях детерминизма, с введением в науку объективного метода изучения деятельности коры больших полушарий стало возможным научное объяснение механизмов гипноза.

СУЩНОСТЬ ГИПНОЗА.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ (ПАВЛОВСКАЯ) ТЕОРИЯ СНА. УЧЕНИЕ О РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ И СОН

Честь открытия природы сна, создание действительно научной, материалистической теории сна и явлений, с ним связанных, принадлежит нашей отечественной науке в лице И. П. Павлова, его учеников и последователей. Основываясь на ранее, созданном учении об условных рефлексах, И. П. Павлов построил корковую теорию сна.

В опытах с изменением разнообразных условных и безусловных раздражителей на животных было замечено, что однообразные и длительные раздражения — тепловые, поглаживание кожи, мерцающий свет лампочки, ритмическое постукивание и т. д. — вызывали у собак сонливость. О. С. Соломонов и А. А. Шишло (1911) впервые наблюдали наступление у собак глубокого сна при выработке условного рефлекса на тепловые раздражения; поэтому условные рефлексы на температурные раздражения получили название «снотворных рефлексов».

Так, оживленное, подвижное животное после опыта становилось сонливым, повисало на лямках; у некоторых

6 739

161

собак наблюдались каталептоидные явления: животным придавали любую позу, и они длительное время сохраняли ее.

В. С. Ралкин (лаборатория А. Д. Сперанского), лишая собак трех дистантных рецепторов (зрительного, слухового и обонятельного), отмечал, что животные находились в состоянии почти полной спячки и спали до 23 ч в сутки.

Этими исследованиями было доказано еще и другое: если собак лишали вышеуказанных органов чувств последовательно, с определенными промежутками времени, то животные вполне приспособлялись к новым внешним условиям и, что особенно интересно, у них увеличивался период бодрствования.

Таким образом, сон можно вызвать не только путём длительного накопления раздражения в одном участке или, как говорил И. П. Павлов, долбления в одну клетку, но и путем ограничения раздражений.

В 1922 г. И. П. Павлов на основании опытных данных высказал положение о том что: «...внутреннее торможение условных рефлексов и сон — один и тот же процесс». Эти две разновидности торможения, по И. П. Павлову, различаются только в начальных стадиях. Так, если внутреннее торможение — процесс узко локализованный и распространяется лишь на отдельные группы клеток коры больших полушарий, то при развитии сна это торможение иррадирует на всю кору головного мозга и на нижерасположенные отделы центральной нервной системы. И. П. Павлов писал: «...сон есть то же самое торможение, которое постоянно соучаствует вместе с раздражением в бодром состоянии больших полушарий, только не раздробленное, как там, а сплошное и иррадированное не только на оба полушария, но и на следующие за ним вниз отделы головного мозга» (Поли. собр. соч., т. III, вып. 2, с. 54).

Было доказано, что торможение и сон не только переходят друг в друга, но и последовательность их стадий одна и та же (Н. В. Зимкин, Б. Н. Бирман и др.).

Выяснив природу торможения и сна, И. П. Павлов начал различать и два механизма возникновения последнего: сон активный и сон пассивный. «Сон активный — тот, который исходит из больших полушарий и который основан на активном процессе торможения, впервые

возникающем в больших полушариях и отсюда распространяющемся на нижележащие отделы мозга; и сон пассивный, происходящий вследствие уменьшения, ограничения возбуждающих импульсов, падающих на высшие отделы головного мозга (не только на большие полушария, но и на ближайшую к ним подкорку)» (И. П. Павлов, Поли. собр. соч., т. III, вып. 2, с. 200).

Когда дистантные рецепторы отключаются, понижается возбудимость центральной нервной системы. В связи с этим по коре полушарий легко распространяются процессы торможения, иначе говоря, условия для наступления сна облегчаются. Процессы торможения от однообразных раздражений оставшихся рецепторов теперь только усиливаются. Это дало основание И. П. Павлову прийти к выводу, что сон, даже при частичном выключении рецепторов, всегда является активным процессом, направленным на восстановление функции клеток больших полушарий.

Таким образом, доказано, что продолжительное и изолированное раздражение определенного пункта больших полушарий непременно приводит к сонливости и сну. Но каков же механизм этого явления? По И. П. Павлову, при этом имеются явления истощения, поэтому периодический нормальный сон есть результат истощения.

Как показали И. П. Павлов, Л. Н. Федоров, М. К. Петрова, В. В. Рикман и другие, сонное торможение быстрее развивается у легко утомляющихся и возбудимых животных.

От чего же зависит скорость наступления сна? Вообще, она зависит от числа повторений условного рефлекса. Состояние сна развивается от «долбления в одну клетку»; клетки приходят в состояние задерживания, торможения, отсюда это состояние распространяется на большие полушария (в случае сна) или несколько задерживается на отдельных ступенях распространения (в случае гипноза). Сон у собак наступает тем скорее, чем больше промежуток между началом условного раздражения и приемом пищи. Наступление сонного состояния зависит от качества условного раздражителя, а также от типа нервной системы (темперамента).

Ко всему сказанному необходимо добавить следующее. И. П. Павлов считал, что в периодической смене бодрствования и сна, в изменении функционального со-

6\*

163

стояния центральной нервной системы очень важную роль играет взаимная индукция, самоиндукция.

Большое значение для понимания сонного торможения и внушения в гипнозе имеют установленные павловской школой и Н. Е. Введенским так называемые фазовые (гипнотические) состояния — переходные состояния между бодрствованием и сном.- Эти фазовые состояния являются выражением различной степени интенсивности процесса торможения.

Наряду со слабыми и средними раздражителями тормозное влияние на высшую нервную деятельность могут оказывать и чрезмерно сильные раздражители. Для нас особенно важно то обстоятельство, что сильные раздражители при некоторых условиях могут способствовать возникновению гипнотического состояния и у человека.-

Подводя итог изложенному выше, можно сказать, что как торможение, так и сон — подвижные процессы, которые постепенно распространяются на массу больших полушарий. Как засыпание, так и пробуждение измеряются часто многими минутами, и в тех же пределах времени происходит иррадиирование и концентрирование внутреннего торможения. И торможению, и сну свойственно индуцировать возбуждение. Как явление сонливости, так и явления торможения под влиянием истощения организма, например на почве голодания, усиливаются. О тождестве торможения и сна свидетельствует возможность их суммирования. Наконец, торможение временами переходит в сон, а сон — в торможение.

Основными моментами, которые могут благоприятствовать появлению тормозных, гипнотических состояний, являются следующие: 1) уменьшение и ограничение числа раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды; 2) слабость раздражителей, исходящих из внешней и внутренней среды; 3) однообразие раздражителей, поступающих в кору больших полушарий; 4) непрерывность действия раздражителей; 5) повторяемость раздражителей; 6) полный покой; 7) изменение пауз\* между раздражителями; 8) изменение продолжительности действия раздражителей; 9) характер раздражителей; 10) изменение состояния пищевой возбудимости; 11) тормозные условные рефлексы: а) угасательное торможение, б) дифференцировочное торможение, в) запаздывающее торможение, г) условный тормоз.

164

В последнее время ученые, применяя электронные приборы, стереотаксические аппараты и гистохимические методы исследования, раскрыли совершенно новые закономерности

внутри мозговых взаимоотношений. Физиологи получили возможность сопоставлять отдельное раздражение и эффект в пределах мозгового вещества. Сейчас можно судить о функциональном состоянии отдельных клеток головного мозга посредством микроэлектродов, которые проникают с точностью до микронов в заданный участок центральной нервной системы. Появилось учение о ретикулярной формации (П. К. Анохин, 1957, 1959; С. А. Саркисов, 1959, 1964; Н. И. Гращенков, 1964; Б. И. Шарапов, 1959, Н. Magoun и G. Moruzzi, 1949, 1961; A. Brodal, 1960; J. Lilly, 1962; H. Gastaut, 1962; G. Rossi, A. Zanchetti, 1960, и др.).

Ретикулярная формация — это совокупность структур, расположенных в центральных отделах ствола мозга.

Физиологию ретикулярной формации можно характеризовать такими основными положениями (И. Филимонов, 1962).

1. Возбуждение анатомического образования ствола мозга оказывает генерализованное тонизирующее влияние на передние отделы головного мозга; это называется восходящей активирующей ретикулярной системой. Система эта поддерживает бодрствование, играет роль в активном внимании, механизмах формирования целостных условнорефлекторных реакций организма.

По R. W. Gerard (1962), ретикулярная формация — это как бы примитивный моторный центр или область, которая посылает «небольшие пачки» определенным образом организованных моторных или активирующих «залпов» вверх и вниз по мозгу.

2. Нисходящая ретикуло-спинальная система контролирует рефлекторную деятельность спинного мозга.

3. Непрерывный поток импульсов, которые поступают в ретикулярную формацию по коллатеральным волокнам от чувствительных проводящих путей, поддерживает активность нисходящих и восходящих систем.

4. В ретикулярную формацию поступают импульсы от различных периферических рецепторов с возбуждениями, идущими от мозжечка и коры мозга.

165

5. В связи с большим количеством кортико-ретикулярных связей кора головного мозга непрерывно контролирует деятельность механизмов ретикулярной формации, регулирует уровень их активности (то есть корковые процессы «умеряют» подкорковую деятельность).

6. Активность ретикулярной формации поддерживают гуморальные раздражители (адреналин, углекислота и др.). В связи с этим ретикулярная формация регулирует вегетативные функции организма (P. V. Bradley, 1962; Я. F. Killam, 1962).

7. Ретикулярная формация — это место избирательного действия многих фармакологических и медикаментозных средств (аминазин, стелазин и др.).

По вопросу о соотношении коры больших полушарий и ретикулярной формации имеются небольшие разногласия. Дело в том, что одни авторы считают ретикулярную формацию активирующим центром коры (С. J. Herrick, G. H. Bishop, 1962), саму же кору — одной из конечных станций сложного механизма, который служит лишь для «калибровки» различных «вводов» в своей собственной «интегрирующей машине» (R. V. Livingston, 1962). Кора — «окраина» нервной системы.

Другие авторы (Н. Н. Jasper, 1962) полагают, что нервные центры ретикулярной формации среднего мозга находятся под постоянным контролем обоих полушарий головного мозга, и, вообще, лишь за корой, а не за ретикулярной формацией остается право «сказать последнее слово» (P. Dell, 1962).

Предполагают, что ретикулярная система выполняет роль переключающей станции для всех входящих сенсорных потоков импульсов, а также обладает способностью оказывать мгновенный эффект на все виды активности.

Очень важной стороной деятельности ретикулярной формации является ее способность задерживать на длительный срок раз образованные возбуждения («инертность», по И. П. Павлову). В настоящее время многие психопатологические состояния (ступор и др.) рассматриваются как результат влияния функциональных очагов в коре на образования в подкорке.

Благодаря учению о ретикулярной формации в настоящее время по-новому стали освещать механизмы различных состояний (наркоза, сна и пр.).

166

По Н. Jasper, ретикулярная формация осуществляет избирательную реактивность нервной системы на значимые для организма угрожающие раздражители.



Приведенные данные убеждают в том, что учение о ретикулярной формации сыграло положительную роль. Однако, увлекшись этим учением, некоторые зарубежные исследователи, игнорируя учение И. П. Павлова о полушариях мозга как грандиозном анализаторе внешнего и внутреннего мира организма, преувеличивают значение ретикулярной формации.

Основываясь на учении о ретикулярной формации, некоторые исследователи возвратились к старой теории строгой локализации центра сна.

С. А. Саркисов (1964), а еще раньше Е. Collins (1954) пришли к выводу, что действительно\* в регуляции функции сна играет роль межоточный мозг, гипоталамус. Опыты как будто подтверждают мнение W. Hess, а также H. Claude, I. Lhermitte, C. Ekonomo, H. Magoun, W. Nauta и др. о существовании центра сна.

Однако С. А. Саркисов категорически отрицает правомерность положения о локализации функции биологического сна в каком-то узком участке центральной нервной системы.

Итак, в настоящее время господствует взгляд, что ретикулярная формация вызывает генерализованное возбуждение коры больших полушарий, и это обуславливает состояние бодрствования как человека, так и животных. И если активизирующее действие ретикулярной формации устраняется, то кора мозга утрачивает необходимый уровень своей активности, и организм погружается в сон.

П. К. Анохин сформулировал новую корково-подкорково-говую гипотезу о возникновении нормального сна и соотношения между активным и пассивным сном. Он считает, что процесс коркового торможения при достаточной его силе освобождает гипоталамические «центры сна» от сдерживающих влияний коры больших полушарий, которые наблюдаются в состоянии бодрствования. Вследствие этого повышается активность гипоталамических центров. Возбуждение, которое идет из гипоталамуса, распространяется на другие отделы ствола мозга и блокирует на уровне таламуса все восходящие возбуждения, активирующие кору мозга. Сон активный завершается сном пассивным.

167

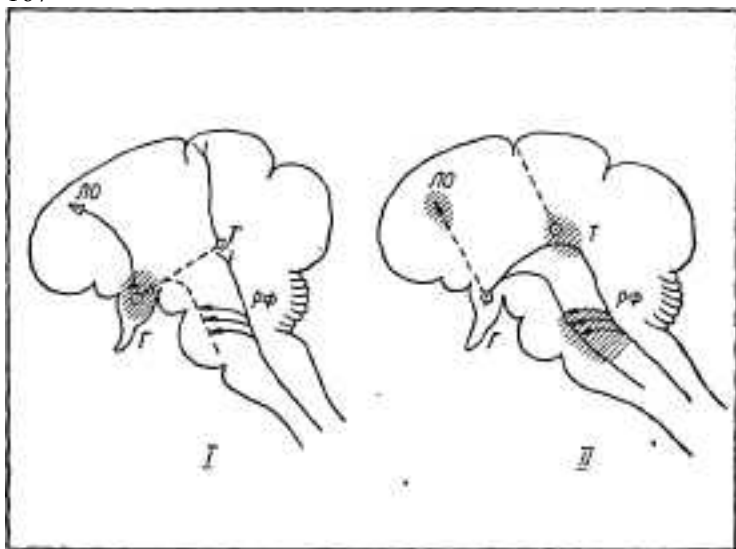


Рис. 7. Соотношение корковых и подкорковых компонентов в аппарате сна как целостного проявления организма:

Г — таламус, ЛО — лобная кора; Г — гипоталамус; РФ — ретикулярная формация (по П. К. Анохину, 1958).

Положения И. П. Павлова о природе сна в последнее время дополнены новыми данными о существовании тормозящих и активирующих механизмов среднего и промежуточного мозга, подчиненных, однако, регулируемому воздействию коры.

Эти данные помогли установить две фазы сна: 1) быстрый (парадоксальный, глубокий, активированный, ромб-энцефалический, низкочастотный), REM-сон, 2) медленный (таламо-кортикальный, легкий) сон.

Быстрый сон на протяжении общего времени сна отмечают 4—5 раз с длительностью 6—8—20 мин. У взрослых он занимает 20%, у детей — 30%, у младенцев — 50 % общей продолжительности сна. Если субъекта лишить быстрого сна, это затем компенсируется более частым его наступлением. При быстром сне на 50% усиливается кровообращение в головном мозге, повышается обмен, усиливается гормональная активность, учащается ритм

сердца, появляется «вегетативная буря».

168

Для этого вида сна характерно появление быстрых движений глаз при повышенной активности зрительной коры и активации ретикулярной формации.

Медленный сон характеризуется веретенообразными вспышками и медленными волнами электроэнцефалограммы в коре, таламусе, ретикулярной формации; при нем возможны движения не только глазных яблок. При этом виде сна урежается дыхание, пульс, снижается артериальное давление. Если разрушить таламус, медлен-■ ный сон исчезает. Такой сон был назван «неосном», или таламо-кортикальным сном.

По W. Koella, сон — это не общее снижение функций организма, а упорядоченное распределение активности и неактивности, низкой и высокой реактивности. Такого же мнения придерживается и А. М. Вейн.

Каковы же, в свете этих новых представлений о сне, факторы, вызывающие сон? По W. Koella, их четыре группы: 1) эндогенные факторы, связанные с утомлением; гипногенными веществами являются: ацеталин, гамма-оксибутират и серотонин; 2) эндогенные ритмически действующие факторы — «внутренние часы»; 3) безусловные факторы — темнота, спокойствие, положение тела, сенсорная монотонность, влияние температуры, атмосферное давление и др.; 4) условные факторы — привыкание к определенному времени сна, его длительности и др.

Таким образом, во время сна деятельность нейронов не затормаживается, а перестраивается для переработки поступившей в течение дня информации.

#### ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ СНОВИДЕНИЙ

Не считая целесообразным останавливаться на всех многочисленных теориях сновидений, особенно на антинаучных взглядах, вкратце изложим физиологические теории И. М. Сеченова, В. М. Бехтерева, И. П. Павлова.

Рассмотрение вопроса о сновидениях важно потому, что при некоторых невротических и реактивных заболеваниях сновидения могут быть тягостны и беспокойны, путем же внушения в гипнозе их возможно устранить (М. С. Лебединский).

Так как свыше 90% людей видят сны, можно думать, что сновидения имеют биологическое значение. По мнению Л. Л. Васильева (1948), сновидения как бы оберегают ночной сон, отвлекая частично бодрствующее сознание спящего от внешних и внутренних раздражений,

169

которые могут его разбудить. Это своего рода «дренаж мозга», снимающий излишнее возбуждение (В. Касьянов, 1963).

J. В. Furst считает, что случайные сновидения могут открыть такой аспект в мышлении больного, которого до этого врач не замечал. Иногда сновидения могут показать те изменения, которые произошли в сознании больного, в его характере, установках, взглядах или в характере восприятия им объективной действительности; сновидение выражает такие мысли, какие пациент «не осмеливается» продумывать, когда находится в состоянии бодрствования.

Сновидения также могут быть использованы врачом как показатель эффективности лечения.

Впервые материалистическое положение о сущности сновидений сформулировал И. М. Сеченов, считавший, что сновидения — «это только небывалая комбинация бывших впечатлений.» В этой формулировке заключается научный взгляд на природу сновидений, в частности, выдвигается теория нервных следов.

Взгляды В. М. Бехтерева на сущность сновидений сводились к следующему. «По крайней мере мои наблюдения говорят,— писал он,— что сновидения взрослых могут иметь крайне разнообразный характер и стоят в связи как с внешними воздействиями и с состояниями, предшествующими сну, а в других случаях — с раздражениями, происходящими в период сна, так и с сосредоточением перед сном на том или другом предмете, который может быть желаемым и не желаемым для него, и, наконец, с общим тоном или настроением, с которым человек засыпает, а равно и с теми или другими явлениями в сфере органической. Таким образом, здесь дело идет о явлениях, которые развиваются из того же источника, как и внутренние переживания в бодрственном состоянии, и, следовательно, нет основания прибегать здесь к гипотезам особого рода, как делает это S. Freud» (В. М. Бехтерев. Общие основы рефлексологии человека, М.— Л., 1928, с. 507—508). Как видим, В. М. Бехтерев также рассматривал сновидения с точки зрения теории нервных следов.

Каково же происхождение сновидений с точки зрения учения Павлова? При обычном сне торможение охватывает клетки коры больших полушарий не одновременно и неодинаково

глубоко. Нервные клетки, которые осуществляют высшие психические функции как наиболее реактивные и быстро утомляющиеся, тормозятся раньше и глубже, а освобождаются от торможения поз-

170

же, чем клетки, которые осуществляют сравнительно простые психические функции (клетки первой сигнальной системы).

Эта неравномерность торможения клеток коры мозга особенно наглядно проявляется при неглубоком сне: отдельные группы нервных клеток коры мозга под действием ряда внешних и внутренних факторов возбуждаются или находятся в состоянии неполного тормо-

жения. Своеобразная деятельность изолированных групп нервных клеток на фоне сохранившегося торможения основной их массы и создает физиологическую основу сновидений.

К числу внешних факторов, которые возбуждают отдельные группы клеток коры головного мозга и при неглубоком сне порождают сновидения, относятся всевозможные воздействия на органы чувств (анализаторы) спящего: яркое освещение комнаты, шум, острые запахи, механические, тепловые раздражения кожи и пр.

Нервный механизм кошмарных сновидений Ф. М. Майоров объясняет включением подкорки при выключенной торможением коре; при этом имеют значение interoцептивные импульсы в связи с переполнением желудка, затруднением дыхания (недостаток кислорода), повышением температуры тела, перегреванием головного мозга и т. п.

Как указывал В. М. Бехтерев, сновидения могут возникать и быть связанными с сосредоточением субъекта перед сном на том или другом предмете, желанном или нежеланном для него, а также и с общим тоном или настроением, с которым человек засыпает. В связи с этим в сновидениях могут осуществляться разнообразнейшие желания, мечты, которые не осуществились в реальной жизни.

К факторам, обуславливающим деятельность отдельных групп клеток коры мозга спящего, а значит, и порождающим сновидения, могут относиться следы сильных впечатлений, волнующих дум, ярких воспоминаний, бурных споров и пр. В состоянии глубокого сна эти следы подавлены торможением, но при неглубоком сне, когда кора мозга значительно освобождается от торможения, эти следы легко оживают в соответствующих

171

нервных клетках, приводят их в состояние возбуждения и вызывают сновидения, тесно связанные своим содержанием с порождающей их причиной.

К возникновению сновидений имеют отношение парадоксальная и ультрапарадоксальная фазы.

Новые исследования природы сна в настоящее время существенно дополнили данные о происхождении сновидений.

Так, Е. Асеринский, N. Kleitman, W. Dement и другие обнаружили у спящих изменения биопотенциалов головного мозга в сторону их возрастания; биопотенциалы соответствовали состоянию бодрствования («парадоксальный сон»). При этом в сне отмечаются быстрые движения глаз, изменения в частоте дыхания, пульса, падение мышечного тонуса. Особое значение имеет то, что люди, разбуженные в такой фазе, в 80% случаев сообщали, что они видели сны.

По современным данным, сновидения — результат неупорядоченной активности нейронов головного мозга при дефиците дифференцированного торможения (А. М. Вейн, В. Касаткин и др.); они выполняют функцию «сторожа», охраняющего организм. В состоянии сна мозг несколько раз в течение 10—20 мин находится как бы в «боевой готовности»; (при парадоксальном сне импульсы из ретикулярной формации возбуждают корковые нейроны). Эти явления, по данным некоторых авторов (В. Касаткин и др.), возникли в процессе эволюции в связи с постоянной угрозой нападения хищников и пр.

Большой интерес представляет повторение одного и того же сна в течение нескольких дней или даже месяцев. В таких случаях можно говорить о диагностическом значении сновидений. Речь идет о тех снах, причиной которых служат раздражения, идущие из внутренних органов. Поэтому однообразные сновидения, которые длительное время повторяются, должны быть проанализированы врачом.

Отметим еще, что некоторые субъекты во сне могут испытывать в высшей степени сильные эмоции. Последние весьма часто отмечаются в период предвестников той или иной душевной болезни и потому могут иметь определенное диагностическое значение; однако они свойственны и здоровому человеку.

172

В литературе описаны случаи сновидений, которые, на первый взгляд, как будто предсказывали

будущее. Плутарх в «Истории жизни Цезаря» говорит о сновидениях жены Цезаря, Кальпурнии, которая видела во сне убийство мужа. Шекспир использовал эту историческую справку в своем произведении «Юлий Цезарь». Перед убийством Цезаря Кальпурния трижды воскликнула во сне: «Помогите, Цезаря убивают!» После пробуждения она сообщила, что видела во сне статую Цезаря, из которой сочилась кровь, а римляне улыбались и мыли в этой крови руки. Шекспир раскрывает истинный смысл этого сновидения, являющегося следствием тревожного настроения Кальпурнии.

Научных обоснований для признания «вещего» значения сновидений не существует.

Прошлое, ожившее в сновидениях, не может указывать на дальнейшую судьбу человека.

с

«

Возможна ли во сне полноценная работа головного мозга?

В литературе описано много случаев, когда во сне были сделаны открытия, некоторые композиторы черпали в снах материал для своих произведений. Обычно приводят такой пример художественного творчества во сне. Известный итальянский композитор Тартини долго не мог закончить свою скрипичную сонату. Однажды во сне ему явился дьявол и предложил показать конец сонаты, если Тартини продаст ему за это свою душу. Тартини согласился. Тогда дьявол схватил скрипку и смычок и начал играть. Тартини слушал, как зачарованный. Когда дьявол кончил играть, Тартини проснулся в неопишемом экстазе, быстро взял инструмент, повторил сыгранную дьяволом прекрасную мелодию и переложил ее на ноты. Так появилась соната «Дьявольские трели».

Как можно расценивать этот факт? Несомненно, Тартини много работал над сонатой; в его сознании теснились всевозможные варианты мелодий, эскизы, и уже во сне, который был, конечно, поверхностным, часть коры больших полушарий продолжала свою работу, закончившуюся успешно.

Изучая характер сновидений у людей с различными типами нервной системы, Ф. П. Майоров пришел к выводу, что «у лиц «художественного» типа сновидения большей частью отличаются картинностью и стоят ближе к сновидениям детского типа. У лиц «мыслительного» типа сновидения большей частью имеют нелепый, сумбурный характер хаотических комбинаций.

173

Почему во время сна обычно преобладают зрительные образы, картины и пр., а не мысли? На этот вопрос мы находим ответ у И. П. Павлова, который говорил, что во время сна более глубоко затормаживается деятельность второй сигнальной системы, в связи с чем в какой-то мере растормаживается первая сигнальная система.

#### ДОПАВЛОВСКИЕ ТЕОРИИ ГИПНОЗА

Для более полного ознакомления с разработкой проблемы гипноза целесообразно рассмотреть все сколько\*нибудь выдающиеся теории гипноза, выдвинутые в до-павловский период.

Теория Дж. Брейда Первая научная попытка объяснить гипнотические явления принадлежит «отцу гипнотизма» J Braid Он определял гипнотизм как «нервный сон или то своеобразное состояние нервной системы, которое может быть вызвано продолжительным сосредоточением и напряжением чувственного и умственного взора, в особенности на предмете раздражающего свойства\* По J Braid, на субъекта в состоянии гипнотизма можно действовать тройко: посредством мускульного чувства, посредством давления на кожу (френогипнотизм) и посредством слова; все эти воздействия J. Braid называл внушением.

Действие внушения посредством слова J. Braid объяснял «моноид еизмом».

Одной из главных причин перемены состояния мозга при гипнотизме. J. Braid считал изменяющийся состав крови в результате нарушения равновесия биения сердца и дыхания.

Теория А. Карпентера. Английский психофизиолог A Carpenter развил далее предыдущую теорию и «перевел» ее на психологический язык.

Теория А. Лыбо. В теории А. Liebeault различают две стороны: метафизическую, занимающуюся вопросами отношений души к телу, и специальную, посвященную гипнотизму.

По А. Liebeault, обыкновенный сон по существу не отличается от гипнотического: тот и другой есть следствие сосредоточенности внимания на идее сна.

Но спящий обыкновенным сном, как скоро его сознание становится замкнутым, находится в общении с самим с собой. Напротив, спящий гипнотическим сном «хранит в своем уме идею того, кто его усыпил, и предоставляет свое сосредоточенное внимание и свои чувства к услугам этой идеи». Отсюда возможность для этой посторонней воли внушить сны, идеи, действия, отсюда и явления избирательного сомнамбулизма.

Теория Ш. Рикета опирается на учение Brown-Sequard об ингибиции. Под ингибицией подразумевали то свойство нервной системы, вследствие которого раздражение одной ее части ведет к прекращению деятельности в других.

174 "

Ch. Richet сформулировал пять положений физиологической теории гипнотизма.

1. Слабые раздражения различной природы могут прекращать прямым путем или рефлекторно деятельность нервных центров.
2. Слабые раздражения различной природы могут останавливать деятельность психических центров и вызывать состояние автоматизма всех степеней — состояние сомнамбулизма.
3. Легкость, с которой производятся тормозящие действия, возрастает с каждым опытом.
4. Состояние отсрочки или остановки действия, вызванное в нервных центрах задерживающим рефлекторным действием, может быть в свою очередь отсрочено слабым раздражением.
5. Состояние сомнамбулизма, вызванное задерживающим слабым действием, может быть прекращено другим слабым задерживающим действием обычного порядка.

Конечно, это объяснение нельзя считать удовлетворительным. Слово ингибиция, употребляемое для выражения сложных явлений, лишь прикрывает неведение. И вообще, приведенные предложения не столько объясняют, сколько называют явления.

Теория Г. Бернгейма. От только что приведенной теории отличается теория Н. Bernheim, объясняющая все явления гипнотизма внушением. Учение об ингибиции он дополняет краткой ссылкой на учение того же автора о динамогении, или теорией о том, что задержка нервной деятельности в одном месте способна повысить эту деятельность в другом.

По Bernheim, гипнотический сон в сущности «ничем, абсолютно ничем» не отличается от обыкновенного; единственное различие между первым и вторым состоит в том, что гипнотик засыпает с мыслью о том, кто его усыпил.

Теория Ж. Шарко. Психическое состояние больных тяжелой истерией во время гипноза, о которых исключительно говорит J. Charcot, может быть сопоставлено с тем, которое наблюдается вследствие нервного потрясения, нервного шока, сильных волнений, падения с высоты и т. п. Оно характеризуется определенным помрачением сознания. В этом состоянии, пишет Charcot, посредством внушения можно «породить идею, группу ассоциаций идей, которые водворяются в духе наподобие паразита, остаются обособленными от всех остальных и могут быть выражены... соответствующими явлениями движения».

Обращает на себя внимание в этой теории сопоставление гипнотического состояния с тем, какое бывает вследствие сильного нервного потрясения. К этому выводу Charcot пришел на основании изучения случаев так называемого истерического травматизма, когда у субъекта появляются параличи и контрактуры вследствие внушения самому себе, что при падении, ушибе и пр. он повредил себе тот или иной член, хотя на деле органических повреждений не имеется.

В общем Charcot считал гипноз явлением патологическим.

Теория Луи является синтезом теорий Ж. Шарко, Г. Бернгейма и Ш Рикета.

Теория Лемана. Lehman при объяснении психологических явлений гипноза опирается на предполагаемые сосудодвигательные изменения в мозге. Автор не приводит никаких доказательств правильности своей теории.

175

Теория А. Фореля. A. Forel при объяснении психологических явлений гипноза опирается на гипнотические мозговые «динамизмы», которые истолковывает с точки зрения идеалистической философии.

Теории T. Ribot, P. Janet, Hericourt, Dessoir, A. Binet являются чисто идеалистическими. Авторы предполагают, что духовный организм состоит из целого ряда сознательных единиц, в нормальной жизни между собой координированных, но при некоторых патологических условиях каким-то образом способных обособляться.

Теория В. Вундта. При объяснении явлений гипнотизма W. Wundt стоит на позициях учения о внушении. Во время гипноза происходит «сужение» сознания, которое дает внушенным представлениям исключительную власть. Для подтверждения своей теории Wurtjdt обращается к сопоставлению гипноза и сна.

Теория Л. Лёвенфельда. L. Lowenfeld рассматривает гипноз как форму частичного сна, в основе которого лежат те же физиологические изменения в функциональном состоянии кортикальных

элементов, что и в естественном сне.

Психоаналитическая теория гипноза. Стронники психоаналитической теории (S. Freud, S. Ferenczi, P. Schilder, Kauders и др.) считают, что гипноз и внушаемость имеют эротический корень. Так, S. Ferenczi видит в гипнозе восстановление инфантильно-эротической, мазохистской установки. Гипнотизирующий является или образом отца (отцовский гипноз) или прототипом матери. Центральное место в гипнозе занимают побуждения из области эдипова комплекса. Для обоснования своих положений психоаналитики приводят примеры. Они говорят, что, гипнотизируя женщра, гипнотизер может наблюдать перед засыпанием и после пробуждения блуждающий взгляд, дрожание, которые будто бы характерны для сексуального возбуждения. Истероидное застывание в начале гипноза идентифицируется с двигательными явлениями при половом сношении. Если гипнотизер попытается получить от загипнотизированного сведения о его состоянии, то очень часто услышит о «блаженном, приятном чувстве», «блаженной усталости» и т. п., а нередко и прямо об эротическом возбуждении. И даже такие выражения, встречающиеся в обыденной жизни, как «ты меня загипнотизировал», являются, по мнению психоаналитиков, выражением по.тового влечения, эротики. У некоторых женщин в состоянии гипноза иногда можно отметить страх перед изнасилованием. Этот страх, по мнению психоаналитиков, выражает соответствующее желание, пробуждаемое гипнозом, а мягкие уговоры, окрик, грубое воздействие являются и психическими средствами гипноза, и средствами эротического обольщения. Они также считают, что применяемые технические средства—«фиксирование» (взглядом), поглаживание — являются общими для гипноза и эротики.

Далее, психоаналитики утверждают, что даже в характере и форме гипноза выражается сексуальная конституция индивидуума, и люди, особенно расположенные к влюбленности, имеющие тенденцию к сильной установке на объекты любви, обыкновенно легко впадают в глубокий гипноз. Мышечные феномены гипноза — полную расслабленность и каталепсию — психоаналитики рассматривают как выражение безволия, разрешение делать с собой что угодно.

176

Так называемые соматические теории были неудачными, так как они основывались на наблюдениях над истеричными субъектами. Истеричные лица в большинстве случаев обладают значительной фантазией, которая делает их очень доступными внушению и еще более самовнушению. Кроме того, истеричные субъекты склонны к летаргии, каталепсии и судорогам. Авторы соматических теорий хотя и не прибегали к «флюиду» и к духам, но не могли дать убедительных физиологических объяснений.

Тем более психологические и психоаналитические теории не объясняют сущности гипноза.

Психологи обращали внимание преимущественно на внешнюю сторону явлений, однако нельзя понять сущность этих явлений, не изучая работу мозга.

ТЕОРИЯ В. М. БЕХТЕРЕВА

Заслуживает внимания теория, выдвинутая В. М. Бехтеревым.

В. М. Бехтерев считал гипноз своеобразным видом естественного сна. Разница между гипнозом и естественным сном имеется лишь в условии вызывания гипноза, искусственного усыпления, связанного с эмоцией ожидания, которая усиливает внушаемость.

В. М. Бехтерев рассматривает гипноз как искусственно вызванный биологический тормозной рефлекс или же искусственно вызванный сочетанный рефлекс тормозного характера с подавлением активного сосредоточения (resp. доминанты, по А. А. Ухтомскому).

Подавлению сосредоточения В. М. Бехтерев придавал большое значение, так как для успешного внушения наяву считал необходимым ослабление активного внимания. По его словам, гипноз — это «биологическое состояние тормозного характера, сопровождающееся подавлением личных рефлексов», состояние, напоминающее видоизмененный сон и объясняемое «торможением активного сосредоточения под влиянием пассив... или же торможением, связанным со словесным, или символическим обозначением сна: приказательным или убеждающим «спите!»

В развитии гипноза играют роль как физические, так и психические факторы. И хотя монотонные физи-

177

ческие раздражения, соединенные с внушением, обуславливают развитие гипноза, все же внушению В. М. Бехтерев придавал главную роль. «Внушение в общем представляет собой гораздо более распространенный и нередко более могучий фактор, нежели убеждение».

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ (ПАВЛОВСКАЯ) ТЕОРИЯ ГИПНОЗА

Сон и гипноз

В 70-х гг. прошлого столетия, благодаря неустанным исследованиям, гипноз начал освобождаться от завесы таинственности и входить в рамки естественных явлений, свойственных животному организму.

Опираясь на положения и понятия субъективной психологии, представители нансийской школы (А. Liebe-ault, Н. Bernheim и др.) вывели гипноз из области оккультных наук. Однако они не могли проникнуть в область более интимных механизмов изучаемых процессов и выработать единые взгляды на гипнотизм.

Построенное на чисто объективном экспериментальном методе учение о высшей нервной деятельности вплотную подошло к решению вопроса о механизме явлений гипноза и внушения. Гипноз с физиологической точки зрения фактически впервые рассматривают И. М. Сеченов, В. Я. Данилевский, А. А. Токарский, В. М. Бехтерев, Н. Е. Введенский, А. А. Ухтомский и др. Уже в 1923 г. на Интернациональном конгрессе физиологов в Эдинбурге И. П. Павлов высказал мысль о тождестве торможения, гипноза, и сна. Раскрывая физиологический механизм сна, И. П. Павлов определил истинную природу гипноза.

Состояние гипноза у человека и животных вызывается и развивается в тех же условиях и по тем же законам, что и нормальный сон. Гипноз и нормальный сон имеют одну и ту же основу — торможение коры больших полушарий.

По существу, гипноз и сон имеют лишь некоторые различия. Если сон — это иррадированное торможение, разлившееся по коре больших полушарий без наличия очагов сильного возбуждения, то в гипнозе торможением охвачены только части коры больших полушарий; это частичный, парциальный сон, постепенно распространяющийся из основного пункта, с разъединением функций мозга. Разъединение функций мозга — это особое состояние загипнотизированного, когда он слышит и понимает обращенную к нему речь, ему можно даже давать ка-

178

кие-либо задания, но вместе с тем он теряет власть над своей скелетной мускулатурой, не может изменить положения частей своего тела.

Отдельные симптомы гипнотического состояния и различные вариации нормального физиологического сна могут быть объяснены различными степенями экстенсивности и интенсивности тормозного процесса. В частности, «...в сонном состоянии всегда есть бодрые деятельные пункты в больших полушариях, как бы дежурные, сторожевые пункты». И. П. Павлов иллюстрирует это положение случаями сна при ходьбе и езде верхом, когда торможение ограничивается только большими полушариями и не достигает нижележащих центров. Крепко спящий мельник просыпается при прекращении шума мельницы, мать пробуждается при малейшем шорохе ребенка, в то время как другие, даже более сильные раздражители, не будят ее; многие люди просыпаются в назначенный для себя час и т. п.

Механизмы развития экспериментального сна и гипноза у животных сход-

179

ны с таковыми у человека, однако гипноз у человека гораздо сложнее и многостороннее.

Гипнотический сон у человека нужно рассматривать как результат воздействия внешних, искусственно созданных однообразных слабых раздражителей, вызывающих утомление или внутреннее торможение (монотонный голос гипнотизера, стук метронома, фиксирование блестящего шарика, тиканье часов, поглаживание и т. п.).

Изолированное слабое и длительное раздражение одного или нескольких анализаторов, а следовательно, и соответствующего воспринимающего участка коры мозга ведет к утомлению, истощению последнего, к торможению и тем самым способствует развитию сонливости и сна.

Помимо гипнотического сна, в гипнологии различают еще внушенный сон. Это гипнотический сон, вызванный словом с определенным содержанием, то есть раздражителем второй сигнальной системы. Важно отметить, что при внушенном сне можно словом вывести из тормозного состояния многие анализаторы человека и тем самым вызвать разнообразные реакции. И, наконец, внушенный сон человека отличается от гипнотического сна животных наличием состояния, известного под названием «раппорт», о котором речь будет идти ниже.

Слово усыпляющего является особым условным раздражителем, действующим как в сторону внутреннего сонного торможения одного, а затем и остальных отделов коры головного мозга, так и в сторону растормаживания, то есть пробуждения от сна. Слова определенного содержания могут также вызвать тормозное состояние коры больших полушарий, известное под названием гипноза. Пользуясь словесными раздражителями, при определенных условиях удается вызывать

внушенный сон, гипноз в различное время дня.

При заторможенности мозговой коры на всех ее участках, за исключением отделов, служащих для восприятия слов и действий гипнотизера, исчезает всякая принципиальная разница между элементарными гипнотическими явлениями и значительно более сложными, как, например, переживание собственного детства при снятии всяких воспоминаний, относящихся к другим, позднейшим периодам жизни.

180

При гипнотическом торможении, которое развивается в коре больших полушарий, слова гипнотизера «спите!», «засыпайте!» концентрируют раздражение в определенном узком участке. Но глубокое торможение остальной массы полушарий исключает возможность конкурирующего действия имеющихся в данный момент раздражителей и следов прежних раздражений.

Важно помнить, что в гипнотическом состоянии торможение охватывает не всю мозговую кору, распространяется медленно, застревая на тех или других промежуточных состояниях между сном и бодрствованием (гипнотические фазы).

Гипноз нельзя рассматривать как остановку на одной из гипноидных фаз искусственно вызванного торможения.

Гипнотические фазы могут возникать в коре головного мозга в состоянии бодрствования и без него. Это наблюдается при утомлении, истощении, неврозах и психозах. В отличие от гипнотического сна это называется «гипнотическим состоянием».

Раппорт

Некоторые авторы (А. Liebeault, J. Lhermitte и др.) считали, что в связи спящего с гипнотизером заключается принципиальное отличие гипноза от естественного сна. J. Lhermitte, в частности, говорил, что до потери сознания аналогия сна нормального и гипнотического несомненна. Но тогда как при первом человек впадает в полное забытие, во время гипнотического сна он может слышать, чувствовать, видеть, говорить, передвигаться и т. д. Устанавливается так называемый раппорт — связь гипнотизера с гипнотиком.

Раппорт существует благодаря тому, что в состоянии гипноза всегда остаются бодрые, дежурные пункты в коре больших полушарий, в частности, имеется связь через незаторможенный слуховой анализатор. Именно эти сторожевые, дежурные пункты являются физиологической основой раппорта.

Эти бодрствующие участки составляют так называемую зону раппорта. Только через эту зону раппорта гипнотик избирательно воспринимает лишь слова гипнотизера. Кроме того, гипнотизирующий врач через эту

181

зону находится в своеобразной связи с другими участками коры мозга гипнотика, которые были до этого заторможены. Благодаря этому врач словесным воздействием может влиять на вторую и первую сигнальные системы, подкорку, на многие функции организма.

Различают два вида раппорта: изолированный и генерализованный. При изолированном раппорте гипно-тик тонко дифференцирует слова гипнотизера, интонацию его речи, тембр его голоса и потому реагирует только на слова усыпавшего, а при генерализованном раппорте любой присутствующий на сеансе гипноза может вступить в контакт с гипнотиком («передача раппорта» другому лицу).

Явление «сторожевого пункта», наблюдаемое в состоянии нормального сна, лишь внешне похоже на раппорт. Уже Б. Н. Бирман (1925) показал, что «сторожевой пункт» лишь пробуждает спящего, а при раппорте нарушения сна не наблюдается, и усыпленный реагирует на все слова гипнотизера. Зона раппорта — явление, относящееся ко второй сигнальной системе, однако она вступает в связь с другими участками головного мозга.

Нельзя согласиться с теми авторами, которые считают, что в раппорте заключается принципиальное отличие гипноза от естественного сна. В действительности раппорт не всегда отсутствует и в естественном сне и может быть создан даже искусственно; так, мать, спящая у постели больного ребенка, воспринимающая во сне малейшие его движения, реагирующая на них, несомненно, находится с ним в отношениях раппорта.

С субъектом, находящимся в состоянии естественного сна (особенно при сомнамбулических сновидениях), легко можно вступить в раппорт. Некоторые авторы утверждали, что существуют формы гипноза, не имеющие снопо-добного характера. К ним относили как легкие, так -и более глубокие степени гипноза (сомнамбулизм). Но это утверждение неверно. Ведь торможение коры больших полушарий может различаться как по своей глубине, так и по распространению. И мы



различаем сон поверхностный и „глубокий, как и гипноз — поверхностный и глубокий.

Далее, в процессе пробуждения также нет никакого существенного различия между гипнозом и естественным сном: как в первом, так и во втором пробуждение может наступить и медленно и быстро; иногда одного окли-

182

ка достаточно, чтобы вывести из состояния легкого гипноза или поверхностного естественного сна. После частых усыплений бывает достаточно одного приближения гипнотизера к гипногику, чтобы разбудить его.

Сходство между гипнозом и естественным сном заключается еще и в том, что в обоих состояниях может наступить неполное пробуждение.

Наконец, изменения психики, сопровождающие гипноз и естественный сон, также говорят об аналогии первого и второго. При обоих состояниях качество психических процессов совершенно тождественно, как и восприимчивость к внешним раздражениям. С последним утверждением некоторые авторы не согласны.

Если гипнотика предоставить самому себе, то он может видеть сны, и образы его сновидений ничем не будут отличаться от грез естественного сна.

Экспериментальные исследования (электроэнцефалография и хронаксиметрия) также свидетельствуют о сходстве и различии естественного и гипнотического сна (Г.Л. М. Сулова, Ф. П. Майоров, Ю. А. Поворинский, И. И. Короткий, С. А. Чугунов, С. И. Субботин и П. И. Шпильберг, М. П. Невский, А. П. Слободяник, J Das, A. Lumis, W Harvey, F. Hobart. H. Blake, W. Gerard, H. Davis, P. Davis и P. Lennox, B. Gindes, J. Dynes, G. Ma-ginesco, O. Sager A. Kreindler).

Многочисленные исследования К. И. Платонова и его учеников показали, что как при гипнотическом, так и при естественном сне наблюдается снижение функций вегетативной и анимальной систем.

Внушение и самовнушение

Внушение (*suggestio*)—фактор, который играет очень важную роль почти во всех терапевтических мероприятиях. Как специальный метод лечения внушение привлекло к себе внимание во второй половине XIX столетия.

Длительное время проблемой внушения занимались невропатологи и психиатры, позже ею стали интересоваться педагоги и психологи, а со временем она привлекла внимание социологов, юристов, политиков, историков, выйдя далеко за пределы медицинской науки.

Внушение, производимое действием или другим не речевым способом, называют реальным внушением. Если же внушающее лицо пользуется речью, то говорят о словесном, вербальном внушении.

183

Различают прямое и косвенное внушение. При прямом внушении имеет место непосредственное воздействие прямой речи с определенным словесным значением и, как правило, приказом. При косвенном (или опосредованном), скрытом (чрезпредметном, по В. М. Бехтереву) внушении на субъекта воздействуют не прямо, а создают определенные условия, связь с той или иной процедурой, с приемом индифферентного лекарства, при помощи чего внушение реализуется. При этом в коре мозга образуются два очага возбуждения: один — от слова, другой— от реального раздражителя; первый — во второй сигнальной системе, второй — в первой сигнальной системе.

На протяжении многих десятилетий взгляды исследователей на сущность внушения расходились. Большинство авторов говорили о внушении лишь в том случае, если то или иное постороннее требование при обычных условиях встретило бы сопротивление и подверглось бы критике, но осуществляется благодаря тому, что в коре головного мозга при гипнозе наступает задержка всех противоположных тенденций. Вызвать такую задержку, заставить действовать не рассуждая и означало, по мнению многих гипнологов и психологов, сделать внушение.

Ch. Richet признавал, что при современном ему уровне знаний нельзя дать сколько-нибудь удовлетворительного определения внушения.

A. Binet и Ch. Fere определяли внушение как «прием, который производит на субъекта какое-либо действие, проходя через его разум. Всякое внушение по существу есть действие на личность идей».

Не менее расплывчаты определения H. Bernheim, A. Moll, P. Dubois и Schtern. По H. Bernheim, внушение есть процесс, благодаря которому представление вводится в мозг и воспринимается им. По A. Moll, это процесс, когда при наличии адекватных условий наступает действие только

потому, что в человеке пробуждают представление о наступлении данного действия. P. Dubois называет внушение «наущением» или «нашептыванием», проникающим скрытыми путями. Определение Schtern гласит: «Внушение есть принятие чужого психического состояния под видимостью собственного»; это простая «установка» или «подражание душевным установкам». Все эти формулировки не содержат характеристики специфических особенностей внушения, не указывают на

184

их отличие от логических аргументаций, простого приказа, совета, требования, просьбы и т. д. Некоторые авторы для объяснения внушения использовали явление эффективности (E Bleuler). Однако J. Schultz считал внушение безаффектным и видел в этом даже его характерную черту. По L. Lowenfeld, имеются безаффектные, то есть только очень слабо чувственно окрашенные внушения и внушения с более или менее резко выраженной эффективностью.

А. Fogel говорит о внушении как о «динамическом изменении личности». Это определение расплывчато и, конечно, несколько не объясняет сущности явления.

Еще в 1898 г. В. М. Бехтерев писал, что на другого человека можно воздействовать такими способами: личным примером, прямым приказом, убеждением и внушением.

По В. М. Бехтереву, «внушение есть не что иное, как вторжение в сознание или прививание к нему посторонней идеи, прививание, происходящее без участия воли и внимания воспринимающего лица и нередко без ясного даже с его стороны сознания».

В. М. Бехтерев замечает, что так называемое намеренное внушение в состоянии бодрствования воздействует не на всех людей, но невольное внушение при естественном общении одного субъекта с другим «происходит незаметно для лица, на которое оно действует, а потому обыкновенно и не вызывает с его стороны никакого сопротивления». Оно действует медленно, но достаточно верно.

Почему субъект в состоянии гипноза легко подчиняется требованиям гипнотизера? Объяснение этому следует искать, во-первых, в том, что во время гипноза слова-раздражители изолированы, а во-вторых, в измененной реакции мозга гипнотика.

Ведь внушение — это сильное, «получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение» концентрированное раздражение. Местом приложения этого концентрированного раздражения является бодрствующий участок коры больших полушарий, через который поддерживается эта связь с гипнотизером. Внушающему действию слов способствует заторможенность коры головного мозга; при таком состоянии слова исходящие от гипнотизера, не встречают какого-либо препятствия;

185

этим словам и указаниям не противопоставляются противоположные мысли, намерения и чувства гипнотика.

Кроме того, благодаря гипноидному состоянию, в частности парадоксальной фазе, которая возникает в коре больших полушарий гипнотика, доминируют именно слабые раздражители, то есть слова гипнотизера.

По И. П. Павлову, «внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».

В заключение приведем мнение И. П. Павлова об отличии внушения от сновидений: «...сновидение есть следовое и притом большей частью давнее раздражение, а внушение — наличное. Далее, гипноз представляет меньшую степень торможения, чем сон, следовательно, внушение вдвойне по раздражающей силе больше сновидения. И, наконец, внушение как раздражение — коротко, изолированно и целно, а потому и сильно; сновидение обыкновенно представляет цепь разнообразных и противоположных следов раздражений».

Кроме прямого и косвенного внушения, в психотерапии различают еще и так называемое самовнушение.

Самовнушение играет в психической жизни большую роль, а в медицинской психологии важность его определяется тем, что оно может устранять те или иные болезненные явления.

Примером самовнушения могут быть случаи заболевания, вызванные «мнительностью». Некоторые студенты-медики, занимаясь изучением какой-либо болезни, начинают считать себя страдающими ею. Из явлений, вызываемых самовнушением, обращают на себя особое внимание анестезия и анальгезия. Только самовнушением можно объяснить нечувствительность к страданиям при самоистязаниях, пытках (самоистязания факиров, аскетов, стойкость при пытках инквизиции и пр.). Иногда самовнушение превращало муки в блаженство (экстаз при муках).

При самовнушении всегда имеет место не только словесное внедрение в сознание того или иного положения. Оно обязательно включает в качестве движущей силы эмоцию.

Известно, что целый ряд синдромов функционального характера (ипохондрические состояния, чувствительные и двигательные расстройства, боли, судороги, спазмы, параличи и др.) может быть следствием самовнушения, вызванного страхом перед возможностью их возникновения. С другой стороны, многие истерические

186

симптомы возникают на почве самовнушения, обусловливаемого желанием (полностью или частично несознаваемым) вызвать к себе жалость, сочувствие.

У больных истерией без всякого внушения, после того как врач исследовал чувствительность определенного участка тела, нередко появляется «нечувствительность» этого участка, например, руки, а иногда и половины тела. При этом мы имеем дело с косвенным внушением, с самовнушением, поводом для которого был внешний момент, в данном случае — исследование. У истеричных и ипохондриков косвенные внушения могут играть значительную роль как источник болезненных явлений.

Если одним лишь объективным исследованием можно вызвать патологические симптомы, то последние появятся еще скорее, если исследование будет сопровождаться соответствующими вопросами. Так, если у больной истерией надавить на кожу в каком-либо месте и спросить, не чувствует ли она боли, то в большинстве случаев мы получаем утвердительный ответ.

Вообще, роль косвенных внушений и в нормальной жизни, и в области патологии очень велика. Из патологических явлений особого внимания заслуживают самовнушения, которые вызываются у внушаемых и боязливых субъектов сообщениями о заболеваниях и смертных случаях.

А. Forel и L. Lowenfeld считают самовнушением только те внушения, которые относятся к состоянию собственного тела и не являются результатом намеренного воздействия другого человека.

Самовнушения по сравнению с внушением со стороны другого лица обнаруживают значительно большую склонность удерживаться в сфере представлений.

Что касается длительности самовнушений, то у индивидуумов с небольшой предрасположенностью к их образованию отдельные самовнушения могут сохраняться очень долгое время. Наоборот, у лиц со значительной самовнушаемостью они часто меняются в течение короткого времени. Каждое новое самовнушение отвлекает внимание от предыдущих и обуславливает их исчезновение.

Считается, что между самовнушением и внушением вообще нет резкой границы. Чтобы стать действенным, внушающий импульс должен быть не только воспринят, но и переработан лицом, получившим внушение, причем процесс переработки осуществляется благодаря соответствующей установке этого лица. Внушение, чтобы

187

быть действенным, должно сопровождаться самовнушением. Чистого самовнушения, без воздействия на личность извне, не бывает: источником процесса самовнушения в конце концов всегда являются те или иные находящиеся вне личности факторы, то есть можно сказать, что в широком понимании все самовнушения де-, терминированы, причинно обусловлены.

Как же объяснить сущность самовнушения с физиологической точки зрения? Это объяснение сводится к тому, что уже было сказано о физиологической сущности внушения. По И. П. Павлову, сила самовнушения определяется наличием «концентрированного раздражения определенного района коры, сопровождающегося сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих, так сказать, коренные интересы всего организма, его целостности, его существования» (Поли. собр. соч., т. III, кн. 2, с. 212).

При таком состоянии коры больших полушарий могут создаваться во второй сигнальной системе условия, которые противоречат реальному, возникает «доминирование второсигнальных следовых (разрядка К. И. Платонова.— А. С.) процессов над реальными воздействиями среды.

Одним из прямых результатов этого и является возникновение акта самовнушения» (К. И. Платонов. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1957, с. 37).

Такова физиологическая характеристика самовнушения.

Внушаемость и восприимчивость к гипнозу

Под внушаемостью обычно принято понимать определенную подчиняемость или готовность изменять поведение не на основании разумных, логических доводов или мотивов, а по одному лишь требованию или предложению, которое исходит от другого лица или группы лиц; при этом

сам субъект не отдает себе ясного отчета в такой подчиняемости, а продолжает считать свой образ действий как бы результатом собственной инициативы и самостоятельного выбора. Внушаемость не является, как часто понимали раньше, психическим предрасположением, свойственным только некоторым больным (истерич-

188  
ным); это одно из свойств нормальной высшей нервной деятельности.

Внушаемость рассматривают как одно из проявлений качеств волевого процесса.

Для внушаемого человека мнения других обычно становятся главным основанием, определяющим те или иные его решения.

По В. М. Бехтереву, под внушаемостью «...следует понимать способность или склонность в большей или меньшей степени воспринимать и усваивать внушение, будет ли оно обуславливаться внутренними или внешними побуждениями».

Я. П. Фрумкин трактует внушаемость как повышенную «податливость постороннему воздействию, влиянию».

Нельзя подходить к внушаемости как к явлению всегда отрицательному. Так, в педагогической практике внушаемость (и внушение) играет положительную и даже существенную роль, о чем говорит В. М. Бехтерев: «Внушение или прививание психических состояний играет особо видную роль в нашем воспитании». Чем выше для учащегося авторитет педагога, тем большее значение имеет каждое сказанное им слово.

Явления ятрогений, заболеваний, возникших от неосторожно сказанного слова врача, также связаны с повышенной внушаемостью.

Степень и вид внушаемости у отдельных лиц чрезвычайно различны. Несомненное влияние оказывают при этом возраст, пол, состояние здоровья, усталость, интеллект и т. п.

У некоторых лиц требование, исходящее от другого лица, уже влечет за собой подчинение; у других появляется внушаемость только по отношению к влиянию определенного лица, требование же, исходящее от иного лица, обсуждается с помощью обычного взвешивания мотивов.

В отдельных случаях внушаемость значительно колеблется в зависимости от характера внушений и способа их вызывания. Восприимчивость к посторонним внушениям (гетеровнушаемость) может быть очень велика, а склонность к образованию самовнушений (ауто-суггестивность), напротив,— очень мала. Бывают случаи, когда наблюдается и обратное соотношение.

Существует категория людей, совершенно не доступных внушению со стороны постороннего человека, недо-

189

верчивых ко всему, идущему извне, но зато легко поддающихся влиянию ближайших родственников, друзей. Так, если человек кого-либо любит, кому-либо симпатизирует, он легко поддается внушению в соответствующем направлении; иной энергичный, имеющий самостоятельный образ мыслей субъект может иногда полностью находиться под влиянием жены, друга. С другой стороны, человеку, к которому субъект не питает доверия, симпатии, труднее оказать определенное суггестивное влияние. Нередко позволяют внушить себе нечто дурное относительно людей, которых недолюбливают, в то время как дурное относительно любимого человека сразу и безоговорочно отвергают.

В психотерапии различают так называемый феномен проткнутой бумаги, то есть чрезвычайную, излишнюю податливость больного. Больной соглашается со всеми высказываниями психотерапевта, однако он не принимает убеждения психотерапевта и не перерабатывает их.

Условия повышенной внушаемости имеются и в естественном сне. Человек, который видит сон, доступен в известной мере прямому внушению. Прямое внушение обычно легче реализовать, если прикоснуться к руке или лбу спящего, особенно когда он говорит во сне; при этом естественный сон может быть переведен в гипнотический.

Разные авторы объясняли податливость гипнозу различно. Так, по А. Л. Мендельсону, она объясняется верой в силу гипнотизера, страстным желанием поддаться его влиянию, по Ф. Е. Рыбакову — «психической заразой», «паникой»; по А. Moll — чувством сильнейшей зависимости от гипнотизера; по А. Adler — чувством неполноценности с созданием сверхкомпенсаций (например, желание «фигурировать» на сцене, хотя бы под гипнозом); по J. Dejerine — общим переутомлением, напряженностью, озабоченностью, безвыходностью положения; по E. Kretschmer — душевной подчиненностью, несамостоятельностью.

Е. Tromner считает, что подчиняемое<sup>TM</sup>, а следовательно и внушаемость, от степени которой зависит гипноз, есть производное «стадного инстинкта» (подчинение вожаку). J. Schultz отмечает,

что подверженность внушению складывается из самых различных элементов; дисциплинированность, послушание, преданность, доверчивость, повиновение могут быть следствием как рационального воспитания и личной твердости, способности к аффективному воздействию и подвижности, так и пассивности, отсутствия критики.

Ни одному из вышеперечисленных авторов не удалось объяснить внушаемость и восприимчивость к гипнозу.

190

Согласно учению И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, внушаемость зависит от того, в какой степени заторможена кора больших полушарий в тот момент, когда воспринимается данное внушение (иначе говоря, от глубины гипноза). Особо важную роль во внушении и внушаемости играют парадоксальная и уравнивательная фазы.

Парадоксальная фаза способствует усилению влияния содержания слова, которое вообще слабее по сравнению с реальным раздражителем.

Во время гипноза вследствие распространившегося по коре больших полушарий сонного торможения понижается тонус коры головного мозга. Когда на кору с пониженным тонусом действует словесный раздражитель, он гораздо легче концентрирует раздражение в соответствующем пункте.

Концентрированное местное раздражение в коре больших полушарий по «закону взаимной индукции» усиливает противоположный процесс — торможение (отрицательная индукция).

В связи с тем, что тонус коры больших полушарий все время колеблется, а также различен у разных индивидов, как внушаемость, так и самовнушаемость непостоянны, изменчивы, динамичны (К. И. Платонов).

Большинство авторов утверждают, что, за немногими исключениями, нет здорового человека, который не мог бы впасть при известных условиях в состояние внушенного сна той или иной степени.

По А. Forel, каждый душевно здоровый человек может быть в большей или меньшей степени загипнотизирован; препятствием к гипнозу могут быть только известные скоропреходящие состояния психики.

Целый ряд авторов установили процентные отношения поддающихся и не поддающихся гипнозу. Процент первых колеблется от 30 до 100 (А. Beaunis, O. Wetterstrand, Bourneville и Regnard, O. Vogt, P. Dubois, J. Pitres, L. Lowenfeld, A. Forel и др.) А Beaunis считает, что к гипнозу восприимчивы 99% людей, а O. Wetterstrand заявляет: «Я отваживаюсь утверждать, что при надлежащем методе большинство людей может испытывать на себе действие гипнотизма».

На основании своих опытов O. Vogt придерживался мнения, что каждый душевно здоровый человек не только может быть загипнотизирован, но даже погружен в так называемый сомнамбу-

191

лизм. Точно так же P. Dubois полагает, что 90 из 100 людей восприимчивы к внушению. «Все зависит от психологического момента, в котором мы находимся, и личность самого внушающего играет в его успехах лишь небольшую роль. Достаточно быть психологом и обладать смелостью». По наблюдениям J. Pitres, к гипнозу восприимчивы две трети истеричных женщин и одна пятая истеричных мужчин.

L. Lowenfeld, разделяя больных по степени восприимчивости к гипнотическому влиянию на три группы (легко-, средне- и трудно-гипнотизируемые), нашел, что 20% приходится на первую группу, около 55% — на вторую и 25% — на третью.

Долгое время многие авторы (I. Charcot, P. Mobius, Gilles de la Tourette, B. Bloch, A. Forel и др.) считали повышенную внушаемость истеричных лиц наиболее существенной особенностью их психического склада. Но нужно сказать, что повышенная внушаемость в качестве постоянного состояния наблюдается не у всех истеричных субъектов; хотя у многих из них и можно быстро вызвать глубокий сон, погрузить их в сомнамбулизм с галлюцинациями, но у громадного большинства больных этого достигнуть не удается и, больше того, у многих обнаруживается весьма небольшая внушаемость.

У истеричных субъектов часто наблюдается повышенная внушаемость, преимущественно в отношении представлений, касающихся состояний собственного тела (самовнушение). Степень внушаемости при истерии не всегда соответствует тяжести заболевания. Можно наблюдать малую внушаемость как в легких, так и в тяжелых случаях истерии. Конечно, внушаемость и истерию смешивать нельзя; оба эти понятия по своему характеру подлежат резкому разграничению. И. П.

Павлов считал, что для лиц, страдающих истерией, характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость; он объясняет и происхождение этого явления: «...истерика часто можно и должно представлять себе даже при обыкновенных условиях жизни хронически загипнотизированным...» (Поли, собр. соч., т. III, кн. 2, с. 211).

Что касается больных неврастением, то они, как и больные истерией, в различной степени восприимчивы к гипнозу; наряду с трудно поддающимися внушению немало среди них легко гипнотизируемых.

Восприимчивость к гипнозу варьирует при осложнении неврастения синдромом навязчивости.

Бессонница, которая часто отмечается при неврастении, дает себя знать и при гипнотизации, но при достаточном терпении психотерапевта и пациента при инсомнии могут быть достигнуты очень хорошие результаты.

Психопаты, страдающие расстройством внимания, неустойчивостью настроения, страхами, эгоцентризмом, негативизмом и пр., обнаруживают либо крайне повышенную внушаемость и восприимчивость к гипнозу (ограничивающуюся данным врачом), либо полную невосприимчивость к нему (Ю. Каннабих).

Врачи-гипнологи отметили, что больных психастенией бывает трудно загипнотизировать, многие из них фактически не поддаются гипнозу. На вопрос Б. Н. Бир-

192  
мана, что является в данных случаях причиной невосприимчивости к гипнозу, И. П. Павлов ответил: «Когда вы гипнотизируете, то говорите больному, чтобы он ни о чем не думал, а он этого сделать не может, потому что у него имеется навязчивый пункт, и главное, ваше слово не исполняется...» (Клинические среды, 12 октября 1932 г.).

Лица, страдающие вполне выраженными психозами, оказываются невосприимчивыми к гипнозу (аментивные синдромы, сумеречные состояния, синдромы возбуждения, страха и др.). Параноики легко поддаются влиянию во всех тех направлениях, которые соответствуют их бреду, но в остальном они, как известно, крайне недоверчивы.

Повышенная внушаемость как постоянная особенность психики наблюдается у дебилов, хотя и у этой категории внушаемость может быть весьма различна.

Особенно повышенная внушаемость, а следовательно, и восприимчивость к внушению, гипнозу выражена у различных наркоманов — хронических алкоголиков, морфинистов, кокаинистов, гашишистов, у травматических энцефалопатов (особенно в сочетании с алкоголизмом), а кроме того, при таком прогрессивном заболевании, как прогрессивный паралич, особенно при его экспансивной идементной формах.

Имеет значение возраст: молодые субъекты в общем более внушаемы и легче поддаются гипнозу, чем люди зрелого и тем более преклонного возраста. Маленькие дети совсем не поддаются гипнозу, во всяком случае словесному.

По Aschner, легко поддаются гипнозу ваготоники.

О значении пола мнения расходятся. Некоторые авторы (L. Lowenfeld) считают, что у женщин глубокие степени гипноза достигаются легче, чем у мужчин;

Е. Tromper придерживается противоположного взгляда.

Немалое значение имеет психическое состояние гипнотизируемого, причем нужно иметь в виду как постоянные душевные свойства, так и мимолетные изменения настроения.

Что касается интеллекта, образования, то выдающееся дарование и образованность так же мало являются препятствием для гипноза, как ограниченность и дебилность. Однако L. Lowenfeld утверждает, что лица, мало

7 739

193

думающие и привыкшие в силу жизненных обстоятельств к известному пассивному повиновению, легче гипнотизируются, чем образованные, так как последним труднее удержаться от «критической рефлексии» и погрузиться в необходимое для наступления гипноза пассивное состояние.

Вообще же лица интеллектуально развитые, умеющие управлять течением своих мыслей и желающие достижения гипноза очень быстро отгоняют представления, мешающие засыпанию.

Влияние волевого усилия имеет такое же значение для наступления гипноза, как и для естественного сна. Вообще волевое усилие не может непосредственно вызывать сон, что в достаточной мере доказывается тщетностью усилий страдающих бессонницей; воля как

сознательное регулирование своих действий может способствовать наступлению сна лишь постольку, поскольку она создает внутренние и внешние условия, необходимые для засыпания. Это имеет значение и для гипноза.

Некоторые субъекты (их меньшинство) испытывают сильный страх перед гипнозом. В таких случаях гипноз обычно оказывается невозможным. Аффект сильного страха действует в направлении, противоположном тому, которого добивается гипнотизер. Однако при некоторых обстоятельствах страх может даже благоприятствовать гипнозу: то, чего больной боится, остается на первом плане и тормозит все другие мысли, особенно если к этому присоединяется чувство бессилия. Это подтверждается повседневым опытом и рядом фактов из зоологии (гипнотизирование жертвы змеей).

На восприимчивость к гипнозу влияет частота усыплений. Так, если гипноз не удавался или удавался с трудом и с незначительным эффектом на первых сеансах, то после многократного повторения сеансов можно достигнуть более выраженного гипноза. Гипнотизируемый учится устранять моменты, затрудняющие наступление сна: посторонние и критические мысли, боязливость, чрезмерное напряженное ожидание и т. п.

Однако не всегда частые повторения гипнотизации могут повысить восприимчивость к ней; в огромном числе случаев повышение восприимчивости к гипнозу оказывается незначительным, и первоначально трудная вну-

194

шаемость может не только не перейти в легкую, но иногда даже сделать субъекта невосприимчивым.

Бывают случаи, когда при длительном лечении восприимчивость к гипнозу остается на более или менее постоянном уровне. О. Vogt наблюдал одну больную неврастенией и двух больных истерией, на которых ему достаточно было взглянуть, чтобы вылечить их на несколько дней; однако ни один вид внушения не давал у них длительного эффекта.

На восприимчивость к гипнозу немалое влияние оказывают окружающая обстановка, атмосфера, в которой проводится сеанс. Несомненно, субъекта, который видит, что другие без всяких колебаний подвергаются гипнозу и легко засыпают, легче гипнотизировать. В этом случае действует атмосфера внушения, не только облегчающая усыпление, но и значительно способствующая достижению лечебного успеха.

На восприимчивость к гипнозу оказывает большое влияние и скорость засыпания. Лица, легко засыпающие, в общем гипнотизируются легче (нужно только предоставить им покой, чем те, которые засыпают с трудом.

Мешающим гипнотизации моментом является чрезвычайно интенсивное устремление внимания (любопытство) на ожидаемые психические изменения. Встречаются такие субъекты, которые так желают быть загипнотизированными, что это мешает погружению в гипнотический сон.

Такие факторы, как внезапно появляющиеся мысли, от которых нельзя избавиться, деловые или семейные заботы, утрата близкого человека, шоковая психическая травма, эпизодические душевные потрясения и т. п., мешают усыплению.

Источником затруднений являются также болезненные представления, особенно навязчивые, мысли о невосприимчивости к гипнозу.

Соматические страдания (боли, зуд, кашель, мышечные спазмы, различные тики, хорей) мешают гипнотизации.

Умственное и физическое переутомление обычно повышает восприимчивость к внушенному сну, на основании чего для усыпления лиц с малой и средней внуша-

7\*

195

емостью рекомендуется использовать послеобеденные или вечерние часы.

У маловнушаемых лиц на короткий срок внушаемость может быть значительно повышена под влиянием истощения, вызванного недостаточным питанием, недостатком сна, длительным и напряженным трудом, сильным душевным потрясением (страх, испуг).

Иногда лица, на первый взгляд кажущиеся особенно невосприимчивыми к гипнозу, оказываются настолько хорошо поддающимися гипнотизации, что впадают в глубокий сон по одному жесту или слову гипнотизера.

Большое значение имеет личность гипнотизирующего. Один психотерапевт легко и глубоко погружает пациента в гипноидное состояние, другому же это не удастся. Велика роль доверия, которое усыпляемый питает к гипнотизеру вообще и к его способности гипнотизировать в частности. Отношение к гипнотизеру зависит от многих факторов, к которым относятся,

например, его внешность, репутация, которой он пользуется, и др. Легко гипнотизируемые могут быть усыплены любым гипнотизером; это часто обнаруживается на публичных гипнотических представлениях, когда некоторые субъекты, прочитав афиши, идут на эти представления уже «наполовину загипнотизированными».

То, что некоторые лица легко могут быть загипнотизированы одним психотерапевтом, а влиянию другого не поддаются, послужило основанием некоторым гипнологам для признания слишком большой роли авторитета гипнотизера. Так, П. В. Каптерев (1909) говорил, что каждый рисует, но не каждый — художник, каждый говорит, но не каждый — оратор, каждый влияет, но не каждый — гипнотизер.

Психотерапевт должен приспособлять свои приемы к особенностям, привычкам, занятиям и интеллектуальному развитию усыпляемого, и чем лучше он это делает, тем лучших результатов достигает.

Вопрос о\* внушаемости, податливости гипнозу в связи с типом высшей нервной деятельности разработан еще очень мало. Всестороннее исследование этого вопроса осложняется трудностью самого определения типа высшей нервной деятельности человека.

Все же на основании клинических наблюдений Vigo-roux и Juculier нашли, что «сангвинические темперамен-

196

ты отличаются легкой внушаемостью», а «депрессивные темпераменты поддаются обычно воздействию только в направлении, соответствующем их настроению».

Б. Н. Бирман (1953) разработал вопрос о применении экспериментального гипноза для определения типа высшей нервной деятельности. Он писал, что гипновну-шаемость повышена у невротиков со слабым или ослабленным и художественным типом высшей нервной деятельности, наименее восприимчивы к гипнозу невротики с сильным возбудимым и мыслительным типом, у инертных типов внушение «реализуется медленнее, чем у подвижных».

На основании клинического опыта мы пришли к выводу, что наиболее легкой внушаемостью отличается сильный уравновешенный быстрый тип (сангвиники), далее следует сильный безудержный (холерики), слабый (меланхолики «художники») и, наконец, сильный уравновешенный медленный (флегматики).

Здесь необходимо отметить, что при гипнотизировании, особенно холериков, бывают так называемые неудачные сеансы, зависящие от наплывов посторонних мыслей, которые гипнотизируемый лишь с трудом может отбросить, от неадекватных эмоциональных реакций. Однако гипнотизирующий должен уметь разобраться в состоянии своего пациента и настойчиво продолжать работу.

Степени гипноза

Определение интенсивности гипноза затруднительно, как и определение интенсивности нормального сна (Н. А. Рожанский).

Некоторые авторы пытались определить интенсивность сна по наличию сновидений (G. Bunde), другие — по степени восстановления «психической» работоспособности после сна (E. Roemer, W. Weygandt). Делались попытки оценивать глубину сна по состоянию дыхания. Оценивали глубину сна по силе применяемых для пробуждения слуховых, зрительных и других раздражений (E. Kohlschütter, O. Monninghoff, W. Howell, A. Czerny, Santo de Sanctis).

Вопрос о глубине гипноза интересовал многих, но он так и остался не изученным окончательно с точки зрения физиологии.

197

И. П. Павлов (Клинические среды, 9/ХП 1931 г.) упрекал Б. Н. Бирмана в том, что гипнотизеры не занимаются изучением различных фаз гипноза. Он говорил буквально следующее: «Я поставлю вам упрек в том, что до сих пор все фазы гипнотизма не изучили. Мы знаем больше в своих «собачьих конурах», чем вы. Нужно выйти из этого положения, а есть целый ряд гипнотических фаз, мимо которых вы проходите. Какие вы применяете способы, таковы будут и торможения. Отстаньте от своего способа, и вы получите другие фазы гипнотизма. Вам нужно это знать, так как вся болезнь и состоит из разнообразных фаз». И. П. Павлов указывал, что, если бы захватить все фазы и проделать это «в определенных условиях, вы были бы господами мозга. Это глубокий секрет».

Известно, что как во время сна, так и в гипнозе наблюдаются различные явления, характеризующие глубину состояния.

В то время как одни впадают в поверхностный сон и слышат каждое слово гипнотизера, другие



засыпают так глубоко, что не могут вспомнить предлагаемых вопросов; у одних внушением быстро достигается состояние каталепсии, тогда как у других, находящихся в легком сне, это не удается.

В связи со сказанным выше мы различаем в естественном сне слабый поверхностный, средний, или полусон, и глубокий сон; аналогично и в гипнозе существуют состояния, образующие переходы от бодрствования к глубокому сну. Поэтому уже издавна гипнологи начали различать различные состояния в гипнозе и дали не только их обзор, но и отмечали степень глубины гипнотического влияния в каждом отдельном случае. Н. Bernheim насчитывал девять степеней гипноза, А. Liebeault — шесть; J. Charcot, A. Forel — три, Dessoir, L. Lowenfeld и Delboeuf — две. Следует отметить, что И. П. Павлов признавал правильным деление Н. Bernheim гипноза на несколько степеней.

В. М. Бехтерев различал малый, средний (гипотаксия) и глубокий гипноз (сомнамбулизм).

В состоянии малого гипноза гипнотик еще может противостоять воздействиям словесного внушения, не теряет «связи с окружающим, способен двигать конечностями, хотя и ощущает слабость в теле и тяжесть век».

В состоянии среднего гипноза наблюдаются притупление органов чувств, пассивное подчинение внушению с сохранением его в памяти. Ориентировка сохранена.

198

Наблюдается каталепсия (длительное сохранение приданной неудобной позы). Гипнотик самостоятельно выйти из этого состояния не может. Неполная амнезия.

Глубокий гипноз характеризуется полным отсутствием ориентировки в окружающей среде и постгипнотической амнезией.

А. Forel делит гипноз на три степени: 1) сонливость — слегка загипнотизированный может при известном условии противостоять внушению и раскрыть глаза; 2) гипотаксия, или легкий сон, — загипнотизированный не может открыть глаз и подчиняется некоторым или даже всем внушениям, амнезии нет; 3) сомнамбулизм, или глубокий сон, характеризуется амнезией по пробуждении.

В настоящее время большинство авторов придерживаются этой наиболее простой классификации. Все же Е. С. Катков отмечает, что три стадии гипноза, по А. Forel, далеко не раскрывают всего многообразия состояний, выявляющихся при современном физиологическом изучении гипноза.

Е. С. Катков (1941) разработал очень подробную классификацию стадий гипноза на основе учения И. П. Павлова. По этой схеме гипноз имеет три стадии, как и по схемам В. М. Бехтерева и А. Forel. К. И. Платонов пользовался ею также для определения глубины внушенного сна.

Стадии и степени стадий, установленные Е. С. Катковым.

Первая стадия. Первая степень. Наблюдается нарастающее снижение тонуса коры головного мозга.

Показатели. Гипнотик испытывает ощущение покоя, приятное чувство легкости в теле. Слышит, свои мысли контролирует. Чувствительность сохранена. Легко реализуется внушение двигательных реакций. Из этого состояния гипнотик легко может выйти.

Вторая степень. Тонус коры еще более снижен, глубоко заторможен двигательный анализатор. Постепенно закрываются глаза. Гипнотик чувствует тяжесть в теле.

Показатели. Глаза гипнотизируемого закрыты, но при внушении легко открываются. Прикосновение к руке вызывает активное нормальное напряжение. Двигательные реакции легко реализуются. Гипнотик активно воспринимает окружающее. Легко может быть разбужен.

Третья степень. Тонус коры значительно снижен. Более глубокое угнетение двигательного анализатора и второй сигнальной системы.

Показатели. Гипнотизируемый ощущает дремоту и сонливость. Течение мыслей вялое, чувство 'тяжести в теле. Мышцы

199

расслаблены. Поднятая рука бессильно падает. Невозможность открыть веки, двинуть рукой. На вопрос о самочувствии гипнотик отвечает медленно или молчит. Окружающее слышит. После пробуждения уверен, что он мог бы сам выйти из этого состояния.

Вторая стадия. Первая степень. Тонус коры снижен, возникает зона раппорта. Разлитое торможение выключает кинестетическую систему (каталепсия). Торможение второй сигнальной системы. Торможение иррадирует и на кожный анализатор (анальгезия). Появляются «переходные состояния» — уравнивательная фаза.

Показатели. Гипнотик отмечает значительную сонливость, движения затруднены. Легкая каталепсия (поднятая рука в воздухе остается недолго). Внушить двигательные реакции не

удается. Окружающие звуки гипнотизируемый воспринимает, но не проявляет к ним интереса. Вторая степень. Еще большее углубление предыдущего состояния. Восковидная катаlepsия. Самопроизвольная аналгезия. Больше "торможение второй сигнальной системы."

Показатели. Резкая сонливость. Гипнотик отмечает «скованность» двигательной сферы. Значительное ослабление кожной чувствительности, усиливающееся путем внушения. Реализуются внушения двигательных реакций, латентный период укорочен. Начавшееся автоматическое движение быстро ослабевает, прекращается.

Третья степень. В коре головного мозга появляются фазовые явления — уравнивательная фаза. Более глубокое торможение второй сигнальной системы; внушенные иллюзии реализуются при закрытых глазах.

Показатели; Гипнотик отмечает полное исчезновение собственных мыслей, слышит только голос гипнотизера. Наблюдается тетаническая катаlepsия (пружинит рука). Внушение активных и пассивных двигательных реакций реализуется хорошо (медленные движения отдельными толчками, невозможность разжать кулак, двинуть рукой). Наблюдается анестезия слизистой нос? (нашатырный спирт).

Третья стадия. Первая степень. Зона раппорта формируется полностью. Вторая сигнальная система выключена, кроме пункта раппорта. Превалирует первая сигнальная система. Налицо парадоксальная фаза. Амнезия после пробуждения. Иллюзия при открытых глазах хорошо реализуется во всех анализаторах, за исключением слухового и зрительного. Самопроизвольная катаlepsия исчезает (симптом Платонова — поднятая рука быстро падает).

Показатели. Самопроизвольная катаlepsия исчезает. Иллюзия при закрытых глазах полностью реализуется, за исключением слуха и зрения. При раздражениях носа, языка, кожи вызываются галлюцинации. Можно вызвать ощущение голода, жажды. Хорошо реализуются внушенные двигательные реакции. Амнезия отсутствует.

Вторая степень. Почти полное торможение деятельности второй сигнальной системы. Вызываются все положительные галлюцинации.

Показатели. Зрительные галлюцинации хорошо реализуются (с закрытыми глазами «ловит бабочек»). При внушении открыть глаза галлюцинации исчезают, часто наступает пробуждение. Легко реализуются внушенные двигательные реакции (пассивные и активные). Частичная амнезия.

200

Третья степень. Полное изолирование раппорта. Вторая сигнальная система выключена, кроме пункта раппорта. Амнезия после пробуждения. Слово сильнее реального раздражителя.

Показатели. Легко реализуются все типы положительных и отрицательных галлюцинаций (при открытых глазах). Положительные и отрицательные галлюцинации реализуются постгипнотически. Амнезия после пробуждения. Легкая реализация «трансформации» возраста (перевод в детское состояние). При открытии век глаза мутные, влажные. Возможен «молниеносный» гипноз. Можно с уверенностью сказать, что схема Е. С. Каткова в настоящее время наиболее удобна и разработана лучше других.

Считалось, что сомнамбулическая фаза гипноза является показателем его глубины. Однако исследования Ф. П. Майорова (1950) показали, что «...сомнамбулическая фаза гипноза характеризуется глубокой диссоциацией корковой деятельности, в основе которой лежит механизм отрицательной индукции с одной корковой функциональной системы на другие».

Б. В. Павлов, Ю. А. Поворинский и В. В. Бобкова нашли, что в состоянии сомнамбулической фазы гипноза биоэлектрическая активность головного мозга характеризуется уменьшением альфа-волн и оживлением бета-ритма (1955).

Исследования К- И. Платонова, И. А. Вольперта (1952) и Е. С. Каткова показывают, что наиболее легко сомнамбулическая фаза достигается у людей художественного типа.

Объективную оценку глубины гипнотического сна проводил Л. Ф. Силин. Исследуя у загипнотизированных состояние мышечного тонуса посредством электромиографа, Л. Ф. Силин установил, что в первой стадии гипноза средняя частота колебаний была ниже, чем при бодрствовании, а во второй — ниже, чем в первой. Амплитуда колебаний во второй стадии наибольшая. В третьей стадии отмечалась закономерная диссоциация между частотой и амплитудой биометрических потенциалов мышц, увеличивалось количество колебаний и снижалась их амплитуда.

Гипноз, торможение и парабиоз

Как мы видели выше, состояние гипноза объясняется торможением коры больших полушарий.

Однако, объясняя гипноз (сон) торможением, мы не знаем самой сущности этого торможения («проклятый вопрос», по выражению И. П. Павлова).

201

Объясняя сущность гипноза на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, нельзя обойти молчанием теории других отечественных физиологов — Н. Е. Введенского (о парабиозе) и А. А. Ухтомского (о доминанте).

Главным в учении о парабиозе является положение о единстве возбуждения и торможения. Развитие возбуждения и торможения определяет так называемая лабильность нервного субстрата, ее уровень.

Лабильность, или функциональная подвижность,— это скорость протекания процессов, которые лежат в основе осуществления реакции возбуждения.

При развитии парабиоза лабильность понижается, и ткань, пройдя определенные стадии, впадает в торможение.

Стадии эти таковы: уравнивательная (провизорная), парадоксальная и тормозная. Скорость возникновения торможения зависит от силы раздражения, частоты ритма, с которым воспроизводятся эти раздражения, но важную роль при этом играет фактор времени.

Возбуждение и торможение осуществляются в одних и тех же структурных элементах.

Таким образом, Н. Е. Введенский установил генетическую связь между возбуждением и торможением. Торможение он рассматривает как результат трансформации процесса возбуждения. Торможение — это «деятельное успокоение» (А. А. Ухтомский).

Представители школы И. П. Павлова считали, что парабиоз — это запредельное торможение. Условное торможение (а также индукционное) нельзя сводить к парабиозу. П. Г. Костюк полагает, что парабиотическое торможение не играет какой-либо роли в нормальной рефлекторной деятельности, а клеточные механизмы условного торможения пока не ясны. По его мнению, если и можно проводить связь между тормозными процессами, лежащими наряду с возбуждением в основе высшей нервной деятельности, и синаптическими реакциями, отводимыми от отдельных<sup>^</sup> корковых нейронов, то только в отношении внешнего, а не внутреннего торможения (1970).

Под влиянием идей и экспериментальных данных Н. Е. Введенского А. А. Ухтомский создал учение о доминанте, которую он определял как «...общий рабочий

202

принцип нервных центров». А. А. Ухтомский так сформулировал понятие доминанты: «Достаточно стойкое возбуждение, протекающее в центрах в данный момент, приобретает значение господствующего фактора в работе прочих центров, накапливает в себе возбуждение из самых отдаленных источников, но тормозит способность других центров реагировать на импульсы, имеющие к ним прямое отношение».

Положения Н. Е. Введенского о парабиозе, А. А. Ухтомского о доминанте могут быть использованы для уяснения некоторых сторон сущности гипноза.

Вывод Н. Е. Введенского об одинаковом действии самых разнообразных агентов — раздражителей, а также о том, что всякий агент обладает двухфазным действием (возбуждающим, а затем тормозящим) и окончательная реакция будет зависеть от функционального состояния ткани в момент воздействия, согласуется с наблюдениями гипнологов. Как известно, в состояние гипноза можно погрузить с помощью различных агентов, и развитие гипноза в конечном счете всегда зависит от функционального состояния нервной системы гипнотика.

Заслуживает внимания важное положение А. А. Ухтомского о торможении как «деятельном успокоении». Это положение применимо и к состоянию гипноза. Именно гипнотическое торможение можно назвать ни чем иным, как «деятельным успокоением».

При гипнотизировании торможение достигается только через возбуждение (применение раздражителя).

Наконец, о доминанте. Процесс гипнотизирования, наступление сонного, тормозного состояния коры больших полушарий можно рассматривать также с точки зрения доминанты А. А. Ухтомского, который говорил, что преобладание определенной центральной группы нервных клеток объясняется тем, что «...посредством предыдущей подготовки в определенной центральной группе общего пути успевает сложиться стационарное возбуждение, которое обеспечивает на месте повышенную отзывчивость (снижение порогов возбудимости) в отношении текущих импульсов, длительно поддерживается на месте этими импульсами и, достигнув достаточной величины, способно по поводу этих же импульсов давать облегченные и ускоренные разряды возбуждений в эффекторе соответствующего механизма».

У гипнотика благодаря предыдущей подготовке возникает стационарное возбуждение в коре больших полушарий, которое приводит к снижению возбудимости остальной коры мозга и тем обеспечивает повышенную «отзывчивость» в отношении поступления текущих импульсов и которое может длительно поддерживаться этими импульсами.

Такое интересное явление, как внушение на срок, постгипнотическое внушение, может быть объяснено с точки зрения доминанты. Дело в том, что, по А. А. Ухтомскому, доминантный процесс обычно в своем развитии останавливается на второй (экзальтационной) фазе парабриоза. При этом образуются застойное возбуждение, высокая возбудимость; в этом состоянии, при измененной лабильности, доминантный очаг может пребывать длительное время (дни, недели и даже месяцы). Потом, в зависимости от меняющихся условий, он может или пойти на убыль, или же перейти в местное парабриотическое торможение.

По аналогии с этим и у загипнотизированного субъекта, которому было произведено терапевтическое внушение, доминантный очаг также может остановиться на второй (экзальтационной) фазе парабриоза. В коре больших полушарий гипнотика происходит застойное возбуждение (измененная лабильность), которое и существует различное время. В том случае, если возбудимость ослабевает, внушенная нами формула теряет свое действие. Однако это объяснение будет неполным, если не использовать учения об условных связях: ведь внушение в гипнозе сводится к образованию положительных и тормозных условных связей, что выходит за рамки учения о парабриозе и доминанте.

Мы провели хронаксиметрические исследования высшей нервной деятельности гипнотиков.

Известно, что величины лабильности и хронаксии, с общепсихологической точки зрения, оказываются связанными между собой (В. Е. Делов). Измерение хронаксии сейчас использую", для характеристики лабильности тех или иных образований; при этом большую величину хронаксии считают показателем низкой лабильности, а малую величину хронаксии — показателем высокой лабильности.

Исследования проводились нами у больных неврозами — неврастенией, психастенией, истерией (13 чел.), а также у больных, страдающих хроническим алкоголизмом (32 чел.). Возраст больных — от 18 до 42 лет.

Хронаксия исследовалась: а) до гипноза; б) во время гипноза — в первой, второй и третьей стадиях, в) после гипноза, г) при неоднократных словесных внушениях и углублении гипноза, д) без повторных словесных внушений, е) в момент словесного внушения, но без добавочных внушений во время гипнотического сеанса.

Наши исследования хронаксии у больных-гипнотиков показали, что в зависимости от глубины гипноза можно наблюдать изменения хронаксии в сторону ее увеличения.

Важно отметить, что она увеличена уже в первой стадии гипноза. Эти данные свидетельствуют о том, что уже в первой стадии гипноза в высшей нервной деятельности гипнотика наблюдается тормозное (парабриотическое) состояние. Отсюда ясно, почему клиницисту-гипнологу не обязательно стремиться к достижению второй стадии гипноза, так как терапевтический эффект может наступить при легком, поверхностном сне. В глубоком сне хронаксия антагонистов обычно выравнивается. Кроме того, исследования хронаксии, производимые в длительном гипнотическом сне, без повторных внушений наступления сна, то есть без дальнейшего его углубления, показали, что хронаксия антагонистов также изменяется в сторону увеличения. Это говорит о том, что и без повторных внушений наступает корковое торможение и, таким образом, чтобы углубить гипнотический сон, не всегда необходимо повторять словесное внушение.

У многих гипнотиков, которые часто подвергались гипнозу, хронаксиметрические данные после пробуждения выше, чем до сеанса гипноза. Так, например, если хронаксия флексора до сеанса была 0,18 сигмы, а экстензора — 0,34 сигмы, то после пробуждения от гипноза эти показатели были выше — 0,20 сигмы для флексора и 0,36 сигмы для экстензора. Такое повышение хронаксиметрических величин может указывать на имеющееся еще торможение корковых клеток, вызванное предшествующим внушением. В этих случаях как бы имеется еще прежнее сонное торможение, то есть своеобразная тормозная доминанта, вырисовывающаяся на фоне уже бодрствующего мозга.

Больше того, в процессе гипнотизирования одного и того же субъекта мы отмечали любопытный факт: начальная догипнотическая хронаксия (флексора и экстензора) в последующих сеансах становится выше, чем на первом сеансе, примерно на 0,03—0,06 сигмы. Возможно, что и этот

факт объясняет давно уже подмеченное клиницистами явление, когда гипнотик, который часто гипнотизируется, приходит на следующий сеанс уже «наполовину загипнотизированным».

Подводя итог хронасиметрическим исследованиям у гипнотиков, можно сказать, что данные хронаксии изменяются в зависимости от глубины гипноза (в первой, второй и третьей стадиях), частоты, числа и длительности сеансов. Чем чаще гипнотизирование, тем глубже тормозное состояние у гипнотика, тем значительнее увеличение хронасиметрических показателей. Иначе говоря, течение гипноза подчиняется закономерностям, установленным Н. Е. Введенским для парабиоза, временному и суммационному факторам.

Исследование хронаксии у гипнотиков, вскрывая некоторые особенности межцентральной работы больших полушарий, может по-

205

мочь врачу-практику регулировать длительность лечения, а также частоту и глубину гипнотических сеансов при различных болезненных состояниях.

Теория функциональной системы П. К. Анохина

Решающее влияние на взгляды и концепции в области нервно-психических заболеваний оказал так называемый системный подход, в частности теория функциональной системы П. К. Анохина.

Функциональная система определяет деятельность любого живого организма, состоящего из целого ряда узловых механизмов, обеспечивающих формирование поведенческого акта.

Функциональная система определяется участием следующих «узловых механизмов»: афферентный (лат. affero — доставляю) синтез; принятие решения; акцептор действия, то есть формирование афферентной модели будущих результатов деятельности системы; эфферентные возбуждения; обратная афферентация и др. Положительной стороной в концепции о функциональной системе является то, что она даже простой поведенческий акт рассматривает как сложную систему разнообразных изменений в организме, направленных на получение конечного приспособительного эффекта. Вероятно, многие неясные моменты гипнологии и могут быть поняты с точки зрения этой теории.

^

#### ВЛИЯНИЕ ВНУШЕННОГО СНА (ГИПНОЗА)

#### НА ОТДЕЛЬНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПНОЗЕ

До последнего времени объективных экспериментально-лабораторных данных об изменениях, происходящих в организме при словесном внушении, было очень мало. У нас этот пробел восполнили своими исследованиями К. И. Платонов и его сотрудники — А. М. Цынкин, Р. Я. Шлифер, А. Н. Мацкевич, Е. С. Катков, М. П. Пайкин, М. И. Бакальчук, П. П. Истомин, П. Я. Гальперин, а затем и другие — Ю. А. Поворинский, Ф. П. Майоров, И. В. Стрельчук, М. М. Сулова, И. С. Сумбаев, И. М. Невский и С. Л. Левин, Г. В. Архангельский, А. А. Широков, Я. А. Тер-Ова-кимов, А. И. Картамышев и А. Г. Хованская, В. Ясинский, Т. В. Ковшарова, А. А. Крюнцель, А. Е. Янишевский; из иностранных исследователей—F. Regardie, E. J^fetschmer, W. Bauman, E. Klemperer, F. Volgyesi и др.

Благодаря каким механизмам осуществляется словесное воздействие в гипнозе? Этот очень трудный вопрос отчасти уже разрешен на основе исследований И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Введенского, А. А. Ухтом-

206

Рис. 10. Схема кортико-висцерально-ных связей (по П. Д. Горизон-тову):

I — кора головного мозга; II — вегетативные центры; III — орган.

ского, их сотрудников и учеников.

Для лучшего понимания того, как можно словом через вторую сигнальную систему воздействовать на лежащие ниже под корой образования, приводим предложенную П. Д. Горизон-товым (1952) схему кортико-висцеральных связей (рис. 10), обеспечивающих единство организма в его взаимодействии с внешней средой.

На схеме показаны пути условнорефлекторных и безусловных связей при действии экстрого-

интерцептивных раздражителей. П. Д. Горизонтов говорит, что связи, идущие по линии кора—^подкорковые (вегетативные) центры—кэрган, являются двусторонними, то есть импульсы могут идти и в обратном направлении: орган—^подкорковые вегетативные центры —■ кора.

Итак, внушением в гипнозе через «пусковые» и «корректирующие» механизмы мы в состоянии видоизменять, задерживать, возбуждать функции вегетативной нервной системы, иначе говоря, активно воздействовать на соматические функции.

Осуществляемые посредством гипноза изменения в психике, в вегетативной нервной системе и соматике, казавшиеся раньше загадочными, в настоящее время получили объяснение в основных фактах и понятиях физиологии больших полушарий головного мозга.

Болевая рецепция

Исследования в сфере болевой рецепции или болевого анализатора очень важны в связи с практическим применением слова как болеутоляющего агента.

Возможность внушенной истинной анальгезии у некоторых авторов вызывала сомнение. С точки зрения

207

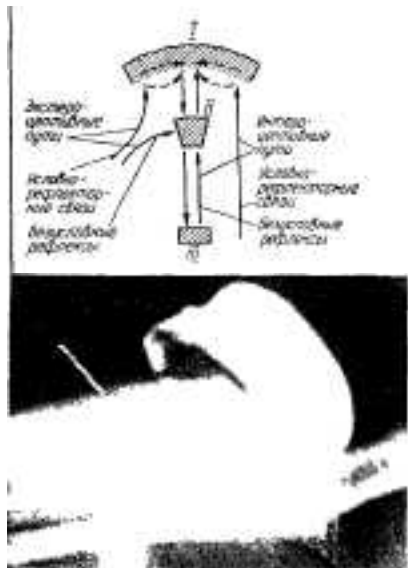


Рис. 11. Гипнотическая анальгезия. Ясно виден прокол руки иглой (по Н. Kleinsorge и Q. Klumbies, 1962).

психологов - субъективистов, все нарушения в чувствительной сфере, вызываемые путем внушения, носят «воображаемый» характер (L. Lowenfeld, A. Kronfeld).

Однако это мнение опровергается данными современной науки. Уже из исследований J. Braid, A. Liebeault и Delken известно, что в гипнотическом состоянии все чувства так или иначе притупляются; чем глубже гипноз, тем больше ослабевает чувствительность.

Клинические и экспериментальные наблюдения показывают влияние словесного раздражителя на болевую рецепцию (рис. 11).

В. М. Бехтерев и В. М. Нарбут, проводя исследования, использовали в качестве объективного признака внушенной анальгезии, анестезии и гиперестезии реакции пульса и дыхания. Раздражителями служили уколы иглой и воздействие фарадическим током. У 10 исследованных истероэпилептиков при внушенной анальгезии как в бодрственном состоянии, так и в гипнозе реакций со стороны пульса и дыхания в большинстве случаев не отмечалось, в остальных случаях они были очень слабы. Это подтверждается и нашими наблюдениями (рис.12, 13).

К. И. Платонов наблюдал двух здоровых субъектов с внушенной анальгезией. При воздействии раздражителей (уколы, пропускание фарадического тока) дыхание у испытуемых не изменялось. Реакция отсутствовала даже на прокол складки кожи и на воздействие фарадическим током максимальной силы совершенно невыносимым при нормальной чувствительности в состоянии бодрствования. Однако внушением в гипнозе можно вызвать не только анальгезию, но и гиперестезию, когда гипнотик под влиянием внушения гораздо интенсивнее реагирует на слабые болевые, и осязательные раздражения, чем в состоянии бодрствования. Мы вызывали у гипнотиков гиперестезию словом, внушая им в состоя-

208

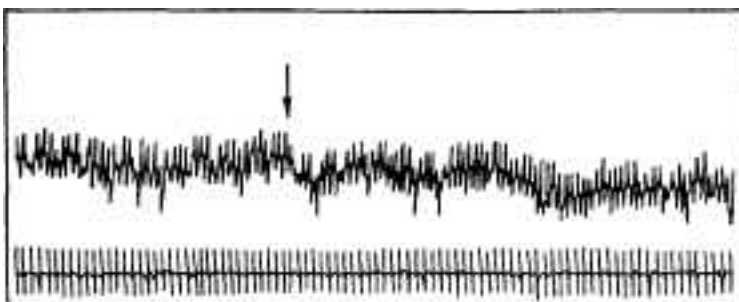


Рис. 12. Плетизмограмма больного в гипнотическом состоянии. Больному внушена нечувствительность. Сильный укол булавкой (показано стрелкой) существенно не изменил сосудистой реакции (собственное исследование).

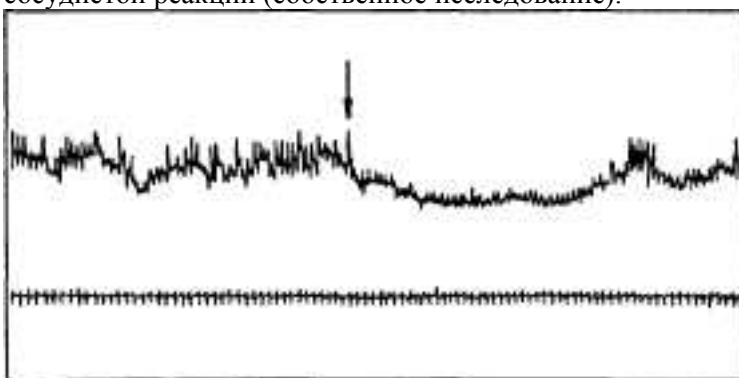


Рис. 13. Плетизмограмма больного в гипнотическом состоянии. Гипнотику произведен укол (показано стрелкой) без предупреждения об этом. Ясно видно изменение сосудистой реакции (собственное исследование).

нии гипноза (стадия каталепсии), например, что правая рука становится чрезвычайно чувствительной и прикосновение к ней причиняет сильнейшую боль (рис. 14). После такого внушения гипнотик при малейшем прикосновении к его правой руке испытывал сильнейшую боль, отдергивал руку, всем своим видом демонстрируя

209

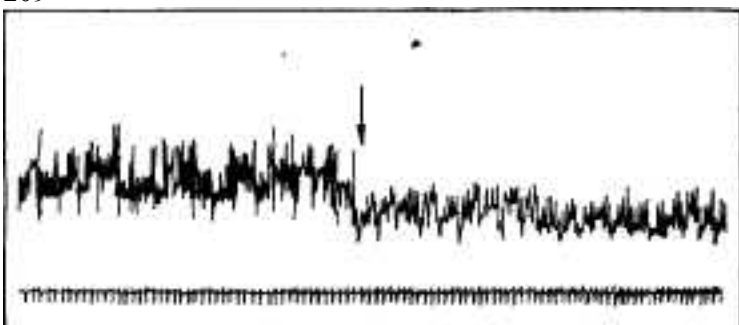


Рис. 14. Плетизмограмма больного в гипнотическом состоянии. Момент внушения («Вы испытываете сильную боль») показан стрелкой. Ясно видно изменение сосудистой реакции (собственное исследование).

защитную реакцию. Реальность внушенной боли всегда подтверждалась словесным отчетом гипнотика после пробуждения.

Анальгезия может возникнуть и совершенно произвольно на определенной стадии гипноза. Интересные исследования Е. С. Каткова показали, что явления такой анальгезии могут наблюдаться уже в первой стадии гипноза и более ярко проявляются во второй стадии. Эта «спонтанная анальгезия, которая начинается, легко может быть усилена словесным внушением до полного обезболивания». Словесным внушением болевая реакция может быть вовсе снята даже при очень сильных болевых раздражениях.

Анальгезия, вызванная внушением, отличается отсутствием реакции на боль со стороны органов дыхания (К- И. Платонов) и кровообращения (В. М. Бехтерев, К- И. Платонов, В. И. Здравомыслов). Но реакция сердца на внушенную боль обычно повышается (К. И. Платонов, В. И. Здравомыслов). Мы наблюдали значительное учащение пульса под влиянием внушенной тошноты (рис. 15).

Наши плетизмографические исследования, проведенные у 104 больных с неврозами и

алкоголиков, показали, что при внушении неприятных эмоций появляется сужение сосудов, нарушаются дыхание и ритм самой

210

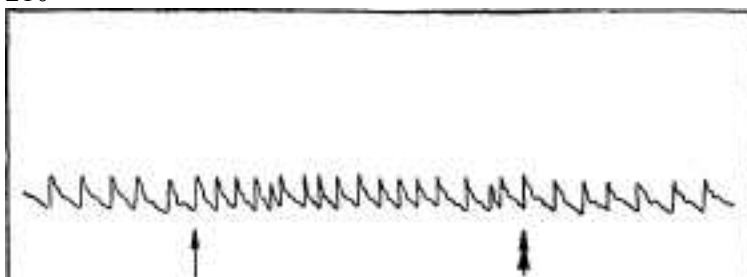


Рис. 15. Изменение частоты пульса гипнотика под влиянием внушенной тошноты. В период между началом (одинарная стрелка) и концом (двойная стрелка) видно учащение пульса (собственное исследование).

пульсации. Глубокий гипнотический сон сопровождался ровным колебанием плетизмографической кривой, причем более высокой, чем до сеанса гипноза.

Рефлексы

Путем внушения можно затормозить некоторые рефлексы, например рефлекс с соединительной оболочки глаза, а также глотательный рефлекс, вызываемый прикосновением к задней стенке зева. Эти оборонительные приспособления, несомненно, включают корковый элемент.

Сухожильные и надкостничные рефлексы, относящиеся к проприорефлексам, не могут самопроизвольно меняться в гипнозе. Коленный рефлекс обычно не подчиняется воздействию внушения.

Дыхание и пульс

Работами К. М. Быкова, Р. П. Ольнянской, М. Е. Маршака, И. А. Аршавского и других установлено, что кора больших полушарий принимает участие в регуляции дыхательной функции. Доказано, что гуморальное воздействие на дыхательный центр не играют ведущей роли в регуляции дыхания при мышечной деятельности. На первый план выступает нервный фактор, рефлекторный механизм.

211

Важно положение М. Е. Маршака о том, что через вторую сигнальную систему можно регулировать дыхание так, чтобы оно соответствовало условиям среды.

Однако еще J. Braid отмечал изменения дыхания и пульса в гипнозе и, в частности, указывал, что последние совершаются гораздо медленнее, а при мускульных усилиях, при катаlepsии, наоборот, пульс может ускориться. Эти данные позже были подтверждены R. Heidenhein, A. Beaunis, A. Liebeault.

• Далее, представители школы J. Charcot все изменения пульса и дыхания приурочивали к «фазам» гипноза, причем наиболее типичным считалось изменение дыхания в катаlepsической фазе (поверхностное и очень редкое дыхание), в то время как в других фазах дыхание принимало характер, близкий к обычному в состоянии бодрствования (Ch. Richet, Serpili и др.).

Наоборот, представители нансийской школы в лице H. Bergheim и др. все изменения пульса и дыхания связывали исключительно с привходящим состоянием возбуждения, в котором может находиться гипнотик, особенно при усыплении путем фиксации на первых сеансах гипноза. H. Bernheim отмечал, что при усыплении «тихим» внушением у лиц, неоднократно подвергавшихся гипнозу, никаких изменений дыхания и пульса не наблюдалось. Аналогичные данные сообщал и Crock-fills.

A. Moll наблюдал в одних случаях замедление пульса и дыхания, в других — ускорение.

Deutsch и Kauff сообщают, что пульс учащался при гипнотизировании и во время гипноза, но E. Kirchenberg отмечал замедление пульса и понижение артериального давления в гипнозе

Все эти авторы связывали изменения пульса и дыхания в гипнозе с привходящими эмоциями, а также различными условиями проведения гипнотического сеанса.

В. М. Бехтерев (1905), проводя экспериментальное исследование с внушением анальгезии в гипнозе и записывая при этом пульс и дыхание, отметил во всех случаях замедление по сравнению с состоянием бодрствования; дыхание становилось менее глубоким и более равномерным. Э. А. Гизе и А. Ф. Лазурский отмечали учащение пульса и понижение артериального давления в гипнозе

А. В. Гервер (1925), применяя психотерапию в гипнозе при маниакально-депрессивном психозе,



измерял у больных артериальное давление и пульс до и после сеанса; после пробуждения гипнотиков он отмечал у них учащение пульса и повышение артериального давления.

А. М. Цынкин (1930) находил у гипнотиков замедление пульса на 4—12 (в среднем 7) ударов в мин, наступавшее в первые минуты сна и державшееся длительное время в течение гипнотического состояния. Дыхание обычно замедлялось в среднем на 3—5 в мин, глубина дыхания уменьшалась в 1,5—2 раза, оно становилось равномерным, иногда более глубоким. Он обнаруживал также учащение пульса и дыхания при внушенных сновидениях и случайных внешних слуховых раздражениях.

К. И. Платонов находил у гипнотиков замедление дыхания на 3—6 в 1 мин, причем оно становилось более

212

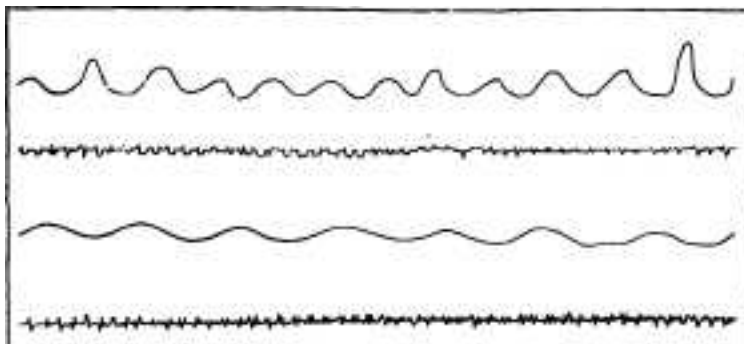


Рис. 16. Кривые дыхания. Верхняя часть кривой — состояние бодрствования. Нижняя часть кривой — во внушенном сне (15 мин). В последнем случае дыхание стало более спокойным (собственное исследование).

поверхностным. Пульс замедлялся на 4—12 ударов в 1 мин.

Исследуя дыхание и пульс гипнотиков (84 исследования), мы могли отметить следующие изменения: в состоянии неглубокого сна оно урежалось на 1—3 вдоха и выдоха в 1 мин, в состоянии же глубокого сна с явлениями каталепсии замедление доходило до 5—6. Дыхание при этом становилось более ровным и поверхностным, а выдох часто задерживался (рис. 16).

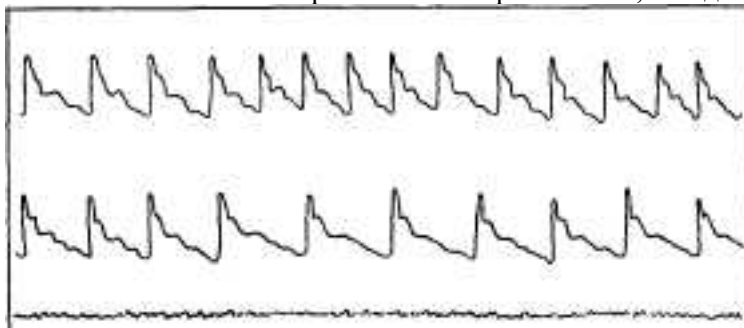


Рис. 17. Кривые пульса. Верхняя часть кривой — в состоянии бодрствования. Нижняя часть кривой — во внушенном сне (15 мин). Видно замедление пульса (собственное исследование).

213

Пульс у некоторых субъектов в начале гипноза учащался на 3—5 ударов в 1 мин, на высоте гипноза урежался на 4—11 ударов, а после пробуждения опять учащался до исходной величины или оставался более редким, чем до гипноза (рис. 17).

Часто уже на 3—5-м сеансе колебания дыхания и пульса становятся менее выраженными. Колебания дыхания и пульса, очевидно, зависят от степени торможения коры больших полушарий в состоянии гипноза.

Артериальное давление

В. Я. Данилевский, В. М. Бехтерев, Н. А. Миславский, А. Черевков в эксперименте на животных наблюдали повышение артериального давления при раздражении коры больших полушарий.

Целый ряд авторов указывают на возможность условнорефлекторного повышения артериального давления, если условному раздражителю сопутствовала ситуация, вызывающая его повышение (А. Л. Мясников, А. А. Зубков и Г. Н. Зилов). А. И. Макарычев и О. Я. Курцин вызывали у животных длительную экспериментальную гипертонию коркового происхождения.

С другой стороны, экспериментальные исследования К. М. Быкова, В. Н. Черниговского и других показали также важную роль интерорецепторов в регуляции функций тех органов, в которых они

заложены.

Все эти экспериментальные и клинические наблюдения согласуются, нам кажется, с наблюдениями психотерапевтов, которые установили, что словесным внушением можно воздействовать на артериальное давление человека.

У пребывающих в гипнотическом состоянии большинство авторов находили снижение артериального давления. Величина этого снижения зависит от глубины сонного торможения. Таким образом, изменение уровня артериального давления в гипнозе может служить объективным показателем степени глубины последнего.

И действительно, А. М. Цынкин (1930) отметил, что максимальное артериальное давление у гипнотиков всегда падало в пределах от 8 до 25 делений манометра при измерении с помощью аппарата Пашона. Быстрота падения давления была параллельна скорости перехода

214  
из состояния бодрствования в состояние гипноза. Динамика артериального давления обычно не колебалась. После пробуждения уровень артериального давления повышался до исходного, причем у одних гипнотиков это выравнивание наступало быстро, в течение 1 мин, у других же — лишь в течение 4—5 мин.

Lenk (1920), напротив, наблюдал повышение артериального давления у находящихся в состоянии гипноза и делал из этого вывод, что у гипнотика налицо аффективное напряжение.

По К. И. Платонову, артериальное давление в гипнозе падает, причем быстрота падения соответствует скорости перехода в гипнотическое состояние.

Р. Я. Шлиффер наблюдала очень слабую или отрицательную реакцию во время гипноза на инъекцию 1 мл 0,1% раствора адреналина.

По нашим данным, артериальное давление у гипнотиков обычно падает на 5 — 15 мм рт. ст.

Трофические функции

В классических трудах по гипнозу указывается на возможность вызывания или остановки носовых и даже маточных кровотечений (как поверхностных, так и глубоких).

В эксперименте J. Charcot под влиянием слова были вызваны глубокие местные расстройства кровообращения: в течение нескольких дней делалось внушение, что правая рука у гипнотизируемого набухает, становится твердой, багровой и холодной, отечной, толще левой. И действительно, рука стала больше левой, сделалась твердой, багровой, а кожная температура понизилась почти на 3° (A. Moll).

E. Weber в эксперименте при словесном внушении также наблюдал сосудодвигательную реакцию; при внушении мнимой работы конечность увеличивалась в объеме.

К сильнейшим нарушениям функции вазомоторов нужно отнести так называемые мнимые ожоги второй степени, появляющиеся под влиянием словесного внушения.

Возможность внушением вызывать образование «нарывов» засвидетельствовал еще в 1884 г. аптекарь Fokachon. Он наклеивал на голень загипнотизированной несколько почтовых марок и внушал ей, что прикладывает шпанскую мушку: по истечении известного

215  
срока под марками возникал нарыв. «Когда лист писчей бумаги, — свидетельствует Jendrassik, — был привязан к левой голени больной и ей было внушено, что это горчичник, на следующее утро на его месте появились краснота и небольшие пузыри».

В этих экспериментах, несмотря на то, что они производились такими авторитетными исследователями, как П. П. Подъяпольский, Д. А. Смирнов, J. Charcot, R. Krafft-Ebing, Ph. Heller, R. Schultz, всегда усматривались «недочеты», а также «симуляция». Однако И. С. Сумбаев получил тем же путем самые разнообразные сосудодвигательные расстройства и притом не только ожоги, но и отморожения, острый отек, высыпания, температурные колебания, а также пигментации. Интересные опыты с влиянием на трофику описали А. И. Зайцев и Я. В. Рыбалкин. К. И. Платонов, В. А. Бахтияров вызывали у 15-летнего мальчика синяк внушением мнимого удара по тыльной поверхности предплечья.

В связи с этими экспериментами становятся объяснимыми и спонтанные местные изъязвления у религиозных фанатиков (Франциск Ассизский, Луиза Лато и др.).

Опыты И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, В. Н. Мясищевца, К. М. Быкова, А. Т. Пшоники и др. с получением условного сосудодвигательного рефлекса показывают, что все эти «сверхъестественные» явления вплоть до стигматических научно объяснимы. Подобного рода эксперименты имеют большое теоретическое и практическое значение. Если в 90-х гг. прошлого столетия факты устранения спонтанной гангрены (болезнь Рейно) путем гипнотического

внушения, сообщаемые русским психиатром А. А. Токарским, казались неправдоподобными, то в настоящее время они вполне объяснимы.

#### Желудочно-кишечный тракт

И. П. Павлов, В. М. Бехтерев, их ученики и последователи впервые доказали роль коры больших полушарий в процессе пищеварения и дали принципиально новое физиологическое определение такого понятия, как пищевой корковый центр.

В свете дальнейших работ М. К. Петровой, К. М. Быкова, И. П. Разенкова, М. А. Усиевича, Х. С. Коштоянца, К. Н. Сироти-нина, И. Т. Курцина и других становятся понятными наблюдавшиеся В. М. Бехтеревым так называемые навязчивые кишечные кризы. Еще в 1907 г. В. М. Бехтерев описал случай расстройства кишечника, излеченного внушением. Страдание выражалось в частых позывах и даже поносах, наступавших именно тогда, когда они были наиболее неуместны, например в гостях, в театре и т. д.

В опытах Н. Hoff и R. Wermer внушение приема вкусной или безвкусной пищи влияло на качество желудочного сока: в первом

216

случае повышалась общая кислотность и содержание свободной соляной кислоты, во втором—общая кислотность падала до минимума, а свободная соляная кислота отсутствовала.

По мнению М. П. Кончаловского, на вегетативные нервы печени влияют импульсы, идущие от коры больших полушарий. Достаточно вспомнить описанные многими авторами (Н. Ф. Голубов и др.) случаи «эмотивных» желтух, то есть развившихся внезапно вследствие резкого нервного потрясения. Опыты показали, что и характер желчи может быть изменен в зависимости от мнимого приема той или иной пищи: при словесном внушении приема жирной пищи выделяется густая темная желчь, при мнимом приеме сухой, лишенной жиров пищи желчь выделяется жидкая и светлая.

В отношении поджелудочной железы опыты Delhougne и Hansen показали то же: в зависимости от характера пищи, прием которой был внушен, наступали соответствующие изменения в содержании секрета поджелудочной железы — «жировая пища» определяла наличие липазы, «мясная» — трипсина, «углеводная» — диастазы.

Исследования и наблюдения свидетельствуют о влиянии эмоционального состояния на деятельность желудочно-кишечного тракта. Это, между прочим, говорит о том, что при анализе желудочного сока необходимо учитывать сопутствующие выкачиванию отрицательные эмоции, которые в ряде случаев могут повлиять даже на качественный состав сока. Влияние эмоций должны учитывать и рентгенологи.

К- И. Платонов, производя рентгеноскопические и рентгенографические исследования, установил, что у подвергающихся гипнозу в положении стоя желудок опускается вследствие снижения тонуса мускулатуры, а эвакуация содержимого желудка при этом заметно замедляется. По К. И. Платонову (1933) и А. И. Белкину (1956), вызванные внушением положительные эмоции повышают тонус желудка, а отрицательные — понижают. При этом изменяется качество желудочного сока: положительные эмоции улучшают его, а отрицательные ухудшают вплоть до исчезновения свободной соляной кислоты (К. И. Платонов, М. Л. Линецкий, М. О. Пай-кин, М. И. Ковальчук, А. К. Трошин).

Из этого вытекает, что при расстройствах желудочно-кишечного тракта возможно положительное воздействие словом как прямым, так и косвенным путем.

Это должны учитывать интернисты, которым часто приходится иметь дело с так называемыми функциональными заболеваниями внутренних органов (неврозами желудка, кишечника и пр.).

217

#### Состояние голода и сытости

Блестящий павловский эксперимент мнимого- кормления не только раскрыл глубокие тайны пищеварения, но и подкрепил материалистические воззрения на проблему телесного и духовного, тысячелетия волнующую умы человечества.

В частности, установлено, что желудочная секреция имеет различные фазы: условнорефлекторную, нервно-химическую и энтерогенную.

Работы сотрудников лаборатории К. М. Быкова показали наличие интерорецепторов желудка, механорецепторов. Было доказано также, что висцеро-висцеральные связи являются постоянным фактором взаимной регуляции отдельных «узловых пунктов» пищеварительного тракта (А. В. Риккль).

В 1924 г. Glaser опубликовал результаты своих исследований по выяснению влияния мысленного

и реального приема пищи на морфологию крови. При этом выяснилось тождество колебаний количества белых телец, чем были доказаны самостоятельное существование так называемого алиментарного лейкоцитоза и возможность появления его под влиянием психического воздействия.

А. А. Тапильский (1928), И. П. Истомин (1930), П. Я. Гальперин (1952), А. Г. Урин и Е. С. Зенкевич (1952) углубили исследования Glaser. Последний заставлял гипнотизируемых принимать мнимую еду. И. П. Истомин и П. Я. Гальперин внушали лишь чувство голода или полного отсутствия аппетита без всяких намеков на представление о пище или на прием ее. У пяти гипнотиков повышение лейкоцитоза оказалось непостоянным, но ни у одного из испытуемых чувство голода не сопровождалось лейкопенией. Если внушался аппетит, то наряду с появившимся сильным ощущением голода увеличивалось и число лейкоцитов, внушенное отсутствие аппетита обуславливало лейкопению.

Все это является не только объективным доказательством алиментарного изменения состава крови, но также подтверждает, что алиментарный лейкоцитоз представляет собой реакцию не только на пищу, но и на представление о ней, на время ее приема.

Приведенные исследования показывают, что словесным раздражителем можно воздействовать на нервный

218

аппарат, регулирующий состояние сытости и голода, и подтверждают реальность давно известной психотерапевтам возможности влиять на аппетит путем внушения.

Водный обмен

По аналогии с дыхательным центром, который регулирует газообмен в организме, И. П. Павлов предполагал существование пищевого центра, регулирующего разнообразные виды питания. По К. М. Быкову, в понятие пищевого центра нужно включить также и водный-центр, который регулирует водный состав организма и возбуждение которого субъективно переживается как жажда.

Работами В. М. Бехтерева, а позже К. М. Быкова, И. П. Ра-зенкова, Л. А. Орбели доказано, что и почки находятся под постоянным контролем коры головного мозга. Условнорефлекторное повышение диуреза отмечалось уже при помещении собак в станок. Одним лишь введением физиологического раствора вместо питуитрина у подготовленных собак вызывалась условнорефлекторная анурия. Условнорефлекторное нарушение почечной функции развилось также и при лишении почек нервных связей (К. М. Быков, К. А. Дрягин).

П. Б. Подъяпольский в 1909 г. впервые наблюдал случай психотравматического несахарного мочеизнурения четырехлетней давности. Его пациент принимал до 3/г ведра жидкости в сутки. Это состояние исчезло исключительно под влиянием двух сеансов гипно-суггестии.

Н. Hoff и R. Wermer (1928) путем внушения повышали у пациентов диурез. Внушалось питье воды и повышенное -выделение мочи.

Опыты с мнимым, внушенным в экспериментальном сне «питьем» определенного количества воды были проведены впервые в Советском Союзе К. И. Платоновым, который установил, что если до внушения в течение 2 ч мочи выделялось 150 мл, то после мнимого питья 4 стаканов воды мочи оказалось 385 мл, то есть на 157% больше; удельный вес понизился на 8. Во втором случае количество мочи за ту же единицу времени увеличилось почти в десять раз, на 950%; удельный вес снизился на 7.

Кроме того, К. И. Платонов в своей монографии (1957) приводит замечательные случаи излечения так называемого «несахарного мочеизнурения» суггестивным путем — психотерапией в форме косвенного внушения.

Об изменениях мочеотделения после внушенного питья воды сообщает М. Л. Линецкий (1961)

219

Все сказанное свидетельствует о том, что полидипсии и полиурии могут быть функциональными (иметь психогенное происхождение). Об этом упоминал уже J. Deje-rine, приводя случаи потребления жидкости до 7 л в сутки на протяжении 5 лет с выведением соответствующего количества мочи. Н. Zondek указывает, что существуют больные, у которых заболевание диабетом приходится рассматривать как следствие «психических» процессов. С другой стороны, он приводит случай полидипсии, когда причиной развития этого страдания послужило подражание: 13-летний мальчик, страдавший в течение года полидипсией и полиурией, научился выпивать большие количества воды у своего школьного товарища. Под влиянием энергичного психического лечения дурная привычка исчезла.

Не подлежит сомнению, что подобные наблюдения над гипнотиками и в экспериментах на животных имеют большое теоретическое и практическое значение.

#### Газообмен

Вопрос о влиянии, оказываемом высшими отделами центральной нервной системы на общий обмен веществ, разрабатывавшийся в лаборатории К. М. Быкова Р. П. Ольянский, М. С. Левин и др., включает и изучение гипнотических состояний.

Оригинальные исследования Р. П. Ольянской показали, что кора больших полушарий способна посылать импульсы, которые могут изменять газообмен. Импульсы, возникшие в коре головного мозга, дойдя по сложной нервной цепи до периферических органов, закономерно изменяют окислительные процессы во всех тканях и особенно в мышечной.

Установлено, что любой индифферентный агент, который совпадает по времени с условиями значительного повышения метаболизма, в дальнейшем при изолированном применении начинает резко повышать обмен.

Ю. А. Поворинский исследовал газовый обмен у гипнотиков по методу Цунц-Голанда. Он, изучая помимо обмена и темпа дыхания легочную вентиляцию, определял количество кислорода, поглощаемого тканью, и количество углекислоты в выдыхаемом воздухе. Автор пришел к выводу, что газообмен во время гипнотического сна повышен по сравнению с обменом в состоянии покоя, до введения в гипнотическое состояние.

Если в гипнозе внушаются различные галлюцинации, то последние вызывают увеличение легочной вентиляции

220

и потребления кислорода, причем повышение газообмена у каждого испытуемого находится в зависимости от силы внушенной эмоции.

При переходе во время опыта от одного внушаемого раздражителя к другому с чрезвычайной быстротой изменяется газовый обмен.

Дыхательный коэффициент при изменении газового обмена в гипнозе не изменяется, а остается таким же, как и до гипноза (всегда меньше единицы).

Если гипнотику внушать мысль о предстоящей операции, экзамене, боли, то газообмен обычно повышается в 5—7 раз, в то время как вливание тироксина, адреналина повышает газообмен не более чем в 2—3 раза (Ю. А. Поворинский и Р. П. Ольянская).

Таковы пока немногочисленные данные об изменениях газообмена в состоянии гипноза.

#### Углеводный обмен

В настоящее время установлено, что регуляция уровня сахара и других веществ в крови осуществляется при обязательном участии нервной системы. Влияние инсулина и адреналина на уровень сахара также связано с нервным фактором, так как выделение гормонов эндокринными железами находится под контролем центральной нервной системы.

А. О. Долин, Е. Т. Минкер-Богданова и Ю. А. Поворинский, Е. С. Косяков установили, что при словесном внушении приема сахара наблюдается повышение уровня сахара крови. Таким образом, можно предположить, что под контролем находится также и почечный порог для сахара (И. С. Сумбаев). А. И. Израэль установил, что один лишь звук кавалерийской трубы, по которому лошади шли в пробег, уже после 4—5 сочетаний вызывал у них почти такое же повышение сахара и молочной кислоты в крови, как и сам пробег на 3 км.

Нарушение углеводного обмена может зависеть не только от поражения участвующих в этом процессе внутренних органов, но и от изменений в центральной нервной системе. Ch. Fere и Hack-Tuck отмечали появление глюкозурии в результате эмоциональных потрясений. Естественно, что и соответствующее словесное внушение может вызвать определенную реакцию.

221

Данный вывод подтверждается многочисленными наблюдениями. Так, van der Welden, внушив гипнотизируемому, что тот съел сахар, обнаруживал у него гипергликемию. В. М. Гаккебуш внушал чувство страха, и это внушение приводило к увеличению уровня сахара в крови и в моче. В. Н. Финне также удалось у хорошо гипнотизабельного субъекта вызвать внушенную гипергликемию. К. И. Платонов (1930) при внушенной нагрузке сахаром отмечал явную гипергликемию.

Н. Gigoux и др., подвергнув гипнотическому воздействию четырех больных диабетом и внушив им чувство голода, действительно обнаружили при последующих исследованиях падение сахарной кривой.

Определение уровня сахара крови при внушении показало, что он бывает различным в

зависимости от типологических особенностей личности (И. В. Праздникова и Е. Ф. Лукашевич).

Тепловой обмен

Чрезвычайно большой теоретический и практический интерес вызывает вопрос о роли психических факторов в терморегуляции организма.

Еще в 1866 г. И. В. Чешихин показал несостоятельность утверждения, что главной причиной лихорадки являются поражение симпатического нерва (Cl. Bernard, C. Brown-Sequard, A. Jones), уменьшение потери тепла организмом (Traube), «местный жар» в воспаленной части.

Оригинальные исследования И. В. Чешихина подтвердили роль центральной нервной системы в патогенезе лихорадки. Он предположил существование в мозге особых тепловых центров, что было признано потом А. П. Вальтером и Н. А. Виноградовым, а позже подтверждено И. Г. Завадским. На опыты И. В. Чешихина ссылались С. П. Боткин и И. П. Павлов.

И. П. Павлов, как известно, пришел к выводу, что «лихорадку производящий агент действует не прямо на ткани, а для осуществления его действия необходимо посредство известного отдела центральной нервной системы».

В наше время опытами Р. П. Ольянской, А. Д. Сло-нима, О. П. Щербаковой, Г. Н. Нестеровского, Т. В. Царевой, П. Н. Веселкина установлена зависимость регуляции тепла в организме от коры большой полушарий.

Обратимся к наблюдениям известных клиницистов-гипнологов.

222

В 1889 г. R. Krafft-Ebing провел ряд интересных экспериментальных исследований над испытуемой Ирмой Цандер. Утром 21 февраля во время гипноза ей было внушено, что на протяжении трех дней у нее будет температура 37°. И, действительно, при термометрии получены такие данные: утром 21 февраля — 36,9°, вечером того же дня — 37,4°, утром 22 — 37,1°, вечером — 37°, утром 23 — 37°, вечером — 37°, утром 24 — 37°. Через пять дней эксперимент был повторен, но было внушено, что с вечера и на следующий день температура у испытуемой будет 36°. Вследствие психических волнений температура у нее сначала значительно повысилась — до 40°, но уже 1 марта утром она была 36°, вечером — 36°, а 2 марта утром — 36,1°.

L. Lowenfeld приводит случай R. Heillieg и Mages с внушением потери чувства холода и тепла у гипнотиков на довольно длительное время (температура тела падала до 34,5°).

R. Mohr (1912), O. Kobnstamm и L. Eichelberg (1921) внушали появление или прекращение лихорадки и наблюдали значительное повышение и снижение температуры при соответствующей игре вазомоторов, ознобе, потении.

J. Gessler и K. Hansen (1927) исследовали изменения основного обмена веществ у загипнотизированных, которые лежали обнаженными на снегу.

При внушении им чувства теплоты обмен не изменялся, но, когда эксперимент был поставлен при комнатной температуре и внушалось чувство холода, обмен резко повысился — на 20—30%.

К. И. Платонов упоминает об опыте Schtaufenberg, которому удалось путем словесного внушения вызвать типичный лихорадочный приступ у больной истерией, страдавшей ревматизмом и эндокардитом, при септической температуре.

Сейчас возможность психогенных изменений температуры, психогенной лихорадки никем не оспаривается (А. А. Богомолец, К. М. Быков, К. И. Платонов и др.).

Имеется, однако, и противоположное высказывание М. И. Аствацатурова, который исключает возможность повышения температуры у впечатлительных субъектов под влиянием психогенных переживаний.

К. И. Платонов пишет, что дальнейшее наблюдение над большим числом сомнамбул с ярко выраженными невротическими субфебрильными температурами могут внести «...больше ясности в этот интересный и важный для клиники отдел патофизиологии — психического влияния на механизм терморегуляции».

Психогенное (истерическое) повышение температуры наблюдал G. Mraouire (1961).

223

Наблюдения гипнологов подтверждают, что «в порядке корковой стимуляции при действии определенных раздражителей температура может быть значительно и| надолго повышена» (К. М. Быков).

Потоотделение

Исследуя потоотделение во время естественного и гипнотического сна, Л. И. Маренина (1952) нашла, что «с углублением естественного сна потоотделение заметно снижается, оно делается наименьшим во время глубокого сна и вновь повышается при пробуждении». Во время

гипнотического сна секреция пота снижается тем больше, чем глубже гипнотический сон.

Л. И. Маренина считает, что уменьшение потоотделения на открытой поверхности кожи скорее зависит от развития сонного торможения в коре больших полушарий и иррадиации его на подкорковые области мозга.

При этом кожные потенциалы в естественном и гипнотическом сне обычно имеют тенденцию к снижению.

#### ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПНОЗЕ

Путем словесного внушения можно вызвать весьма значительные отклонения высшей нервной деятельности от нормы.

Погрузив субъекта в глубокое гипнотическое состояние, мы можем добиться у него изменений как в первой, так и во второй сигнальных системах, иллюзорного или галлюцинаторного состояния, то есть изменения восприятий.

Восприятие — это отражение предметов и явлений действительности в их целостной форме при непосредственном действии их на органы чувств.

Что касается ощущений, первого канала нашей познавательной деятельности, то, по нашим наблюдениям, а также других авторов, в гипнозе можно влиять не только на качество ощущений (вкусовых, зрительных), но и на их силу (интенсивность) и длительность.

В гипнозе степень выраженности того или иного качества ощущений легко поддается изменениям, яркое может казаться гипнотику бледным, громкое — тихим, и наоборот.

224

Вообще в гипнотическом состоянии возможно изменить как порог ощущений, так и чувствительность, которые, как известно, в норме находятся между собой в обратных отношениях (чем выше порог, тем ниже чувствительность, и наоборот).

В отдельных случаях путем внушения можно добиться расширения зрачков у гипнотика. Это может быть достигнуто не путем прямого внушения, а скорее окольно — через чувство страха.

Под влиянием внушенного страха зрачок чрезвычайно расширяется.

Исследования зрительного и слухового анализаторов, указывают на существование функциональной (реактивной) слепоты и глухоты, нередко принимаемых клиницистами за органические. Известны случаи, когда многолетние реактивные амаврозы, трактованные офтальмологами как ретробульбарный неврит и не поддававшиеся никакому лечению, после вскрытия психотравмы, ставшей причиной амавротической реакции, и применения психотерапии исчезали полностью: один-два сеанса гипноза возвращали зрение.

Однако повысить остроту зрения путем гипноза невозможно. Правда, если делать гипнотику соответствующие внушения, то ему начинает казаться, будто он видит отчетливее, предметы представляются ему больше и ближе. Но исследование остроты зрения обнаруживает, что тот ряд шрифта, который испытуемый не мог увидеть в состоянии бодрствования, он не видит и в гипнозе.

Очень интересные исследования провел К. И. Платонов. Он впервые применил методику условных рефлексов для объективного доказательства изменения под влиянием словесных раздражителей функции зрения. В опыте был выработан дыхательный условный рефлекс на свет; после упрочения рефлекса делалось словесное внушение: «Вы потеряли зрение, не видите». После этого не наблюдалось реакции на световое раздражение.

У легковнушаемых можно добиться в гипнозе глухоты одновременно на оба уха (но не на одно).

Гипнотику говорят: «Все хуже вы слышите звуки из внешнего мира, ваши уши точно закрыты ватой. Все тише и тише становится вокруг. Вы ничего больше не слышите, даже сильного грома.

Вы совершенно оглохли». При этом

8 «3

225

производится ритмическое поглаживание в области ушей и висков. После этого загипнотизированный действительно больше ничего не слышит. Он не реагирует даже на самый сильный звук, на громко высказываемые неблагоприятные отзывы о нем и т. п. В. В. Срезневский сви« детельствует, что при внушенной глухоте даже выстрел из револьвера у самого уха гипнотика не вызывает дыхательной реакции.

Внушив гипнотику «глухоту», легко можно его заставить снова слышать. Для этого стоит только сказать: «Теперь вы начинаете отчетливее слышать звуки из внешнего мира. Вы уже слышите лучше, ваш слух совершенно восстановился». После этого гипнотик слышит так же хорошо, как и до внушенной глухоты.

В гипнозе можно добиться таких явлений, которые на первый взгляд кажутся необычными и

вызывают недоумение. Речь идет о так называемых извращенных реакциях. Так, находящемуся в гипнотическом состоянии дают вместо земляники что-нибудь горькое, например хинин, и он с удовольствием ест мнимую землянику; предлагают понюхать нашатырный спирт, утверждая, что это духи с приятным запахом, и гипнотик принимает нашатырный спирт за духи; звук барабана превращается в военную музыку, обыкновенный соленый огурец — в ананас или банан. В опытах К. И. Платонова с внушением гипнотикам, что они вдыхают запах не нашатырного спирта, а фиалок, наблюдалась смена обычной реакции на вдыхание нашатырного спирта совершенно парадоксальной: испытуемый с выражением удовольствия на лице вдыхал запах полной грудью, исчезали даже брюшные рефлексy. Гейер сообщает об экспериментах, когда гипнотик вместо слабительного получал опий, или вместо средства, вызывающего запор,— касторовое масло, причем закономерно наступало не медикаментозное, а именно суггестивное действие.

Эти факты вполне согласуются с современными исследованиями А. О. Долина, который на ярких примерах показал, что благодаря мощной регуляторной деятельности коры больших полушарий могут значительно изменяться интенсивность и характер реакций организма на многие токсические и патогенные вещества. В связи с этим следует напомнить об опытах М. Н. Ерофеевой в лаборатории И. П. Павлова, в которых она болевое раз-

226

дражение, вызываемое электрическим током, сделала условным сигналом пищевой реакции.

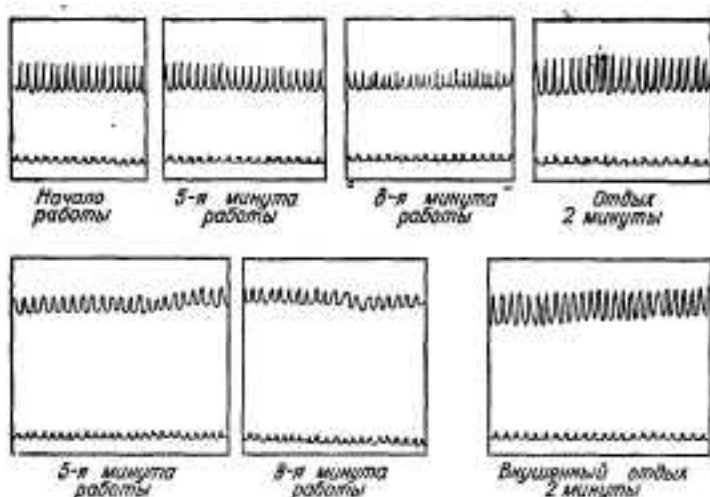
Весьма интересно следующее сообщение К. И. Платонова: «Испытуемый производит работу, поднимая груз массой до 20 кг в течение одной минуты (при эргографическом измерении этой работы). Если ему внушить в гипнозе, а некоторым и наяву, будто масса груза равняется 4 кг, то при возобновлении работы в ту же единицу времени затрата энергии и дыхательная вентиляция изменяются соответственно мнимо облегченному грузу, а не реальному. Лабораторные биохимические исследования, сделанные по нашему предложению В. М. Василевским, показали, что при этом в организме происходят биохимические изменения. Весь организм под влиянием слова перестраивается на мнимо облегченную работу». Однако, заключает К. И. Платонов, возможность преодоления мнимо облегченного груза имеет, разумеется, определенные пределы.

Мы также произвели 36 эргографических исследований с внушением облегчения и утяжеления груза и отметили парадоксальные явления, когда под влиянием словесного внушения сильный безусловный раздражитель, с одной стороны, утрачивал свою силу, а с другой— вызывал извращенную реакцию (рис. 18).

Рис. 18. Влияние гипноза-отдыха на мышечную силу верхних конечностей. Верхние кривые — в состоянии бодрствования. Нижние кривые показывают восстановление мышечной силы после внушенного отдыха в гипнотическом сне (собственное исследование).

8\*

227



С таким же успехом производились опыты и с внушенной невосприимчивостью нервной системы к действию токсических агентов. Заранее установленная доза алкоголя, вызывающая опьянение, при гипнотическом внушении не вызывает его, испытуемый пьет как бы безалкогольный напиток. Необходимо подчеркнуть, что многие из описанных извращенных реакций у некоторых людей могут быть вызваны и в состоянии бодрствования, «особенно в связи с наличием определенных положительных или отрицательных эмоций, которые не остаются без соответствующего влияния



на рабочее состояние коры мозга. Нужно сказать, что при тех же условиях могут аналогично влиять и самовнушения, реализация которых также связана с соответствующим эмоциональным состоянием, т. е. с «зарядкой из подкорки», по выражению И. П. Павлова» (К. И. Платонов).

По поводу подобных явлений И. П. Павлов говорил: «Факт, что гипнотизируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражениям: сладкий вкус вместо горького, необыкновенное зрительное раздражение вместо самого обыкновенного и т. д., без натяжки можно бы понять как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы, когда слабые раздражения имеют больший раздражающий эффект, чем сильные».

И. П. Павлов считал, что парадоксальная фаза имеет место и у лиц нормальных, но внушаемых, поддающихся влиянию слов, уговоров и пр.

В состоянии гипноза можно вызвать у гипнотика не только иллюзии, извращенные реакции, но и галлюцинации.

Например, внушают: «Вот там в углу комнаты стоит и смотрит на вас тигр», и гипнотик с испугом и любопытством наблюдает за «увиденным» животным. Предлагают погладить сидящую на коленях кошку, и он гладит пустое место. Мы говорим: «Вот в дверь пошла ваша сестра, которую вы давно не видели», — и гипнотик устремляется ей навстречу, хотя никто в дверях не появился. Гипнотику говорят, что перед ним стоит богато сервированный стол, приглашают его пить чудесные вина, и он подносит мнимый стакан к губам, пьет «вино» и находит его прекрасным. Его уговаривают выпить еще, он отказывается, говорит: «Я могу заболеть», но психотерапевт разуверяет его, и гипнотик «подливает» себе еще «вина». Потом ему говорят, что он опьянел, и, действительно, загипнотизированный начинает ходить, как пьяный, прикладывает руку к животу с выражением страдания на лице. Тут же можно вызвать настоящую рвоту, лишь сказав ему, что у него болит под ложечкой

228

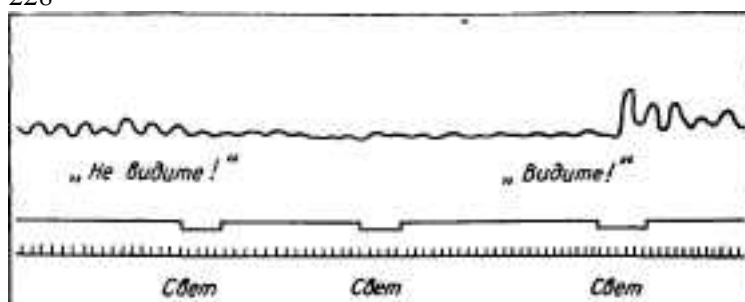


Рис. 19 Влияние словесного внушения на дыхательный условный рефлекс, выработанный на свет: «Вы не видите!» и «Вы видите!» (наблюдение К. И. Платонова).

и его сильно тошнит. Затем ему говорят, что он полностью здоров и трезв. При этом тотчас же все внушенные явления исчезают.

Внушают больной, что она стоит на краю высокой скалы, и она с довольным видом смотрит «вниз», описывает «панораму города», раскинутого у ее ног. Спрашивают, боится ли она, и получают отрицательный ответ. Но ей дают заметить, что перил нет, ноги ее на самом краю, у нее кружится голова, положение опасно. При этом загипнотизированная осматривается кругом с явным беспокойством, закрывает глаза руками и падает навзничь. Когда ее подхватывают, то видят, что она находится в каталептическом состоянии.

Внушенная галлюцинация может относиться к телу субъекта. Он по желанию экспериментатора может вообразить себя стеклянным, восковым, гуттаперчевым и пр. "Можно «превратить» гипнотика в птицу, кошку, собаку и т. п., и тогда он старается воспроизводить поведение и звуки этих животных, уверяет, что видит и чувствует свой клюв и перья или морду и шерсть. Он не замечает противоречивости того, что «животное» пользуется человеческим языком.

Если гипнотику внушить, что он видит отдаленный и постепенно приближающийся предмет, то его зрачки начинают реагировать так же, как реагировали бы на предмет в состоянии бодрствования.

Чрезвычайно интересно, что роговая оболочка вообще не чувствительна у находящегося в глубоком гипнозе, но во время внушенных зрительных галлюцинаций приобретает полную чувствительность.

В гипнотическом состоянии можно не только вызвать галлюцинации, но тем же путем выключить подлинные восприятия. Так, определенные лица или предметы исчезают из сферы восприятий,

несмотря на то, что все

229

прочие восприятия вполне соответствуют действительности. В таких случаях говорят об отрицательных галлюцинациях (рис. 19).

Какие же физиологические механизмы лежат в основе всех вышеописанных явлений?

Можно допустить, что в гипнотическом состоянии галлюцинации наступают в результате торможения, которого мы достигаем словом; при этом возникают фазовые явления, которые сосредоточиваются в зрительной или в слуховой области.

Сознание

Словесным внушением можно изменить процессы высшей нервной деятельности, вызвав состояние сомнамбулизма.

Чтобы привести гипнотика в сомнамбулическое состояние, кстати, вызываемое не у всех, нужно говорить примерно следующее: «Вы впадаете в сон, который становится все более и более глубоким. Вы спите теперь так крепко, что ничто не в состоянии внезапно разбудить вас. Вы слышите только то, что я вам говорю. Я теперь открою вам глаза, и вы будете продолжать спать с открытыми глазами. Я считаю до пяти, пока я буду считать, ваши глаза начнут медленно открываться» (А. Kronfeld).

Ожидаемый эффект наступает. Пациент сидит с открытыми глазами. Его взгляд неподвижно устремлен в пространство, мигание редкое, зрачки расширены, но реагируют на свет, сохраняются реакции аккомодации и конвергенции. Выражение лица отсутствующее. Общие движения задержаны. Гипнотик вполне правильно отвечает на задаваемые вопросы, хотя речь его несколько монотонна и приглушена. Переходим к следующему внушению: «Перед вами комната, в которой находятся люди. Лица у людей черные, а одежда на них желтая. Обстановка, мебель окрашены в разные цвета, обои красные, стулья, книги фиолетовые». Гипнотик узнает всех окружающих, прекрасно различает форму и назначение всех предметов, но уверяет, что цвет их изменился. Изменения, которые он замечает, в точности соответствуют внушенному представлению. Он удивляется, находит это или забавным, или страшным.

230

Указывая гипнотику на белый предмет, мы говорим: «Вы не видите уже этот белый предмет, он постепенно исчезает, его больше нет. Вы видите, что он стал красным».

В результате подобного внушения гипнотик видит перед собой уже не белый предмет, а красный. Очень легко добиться реализации другого внушения, касающегося не только цвета, но и формы, величины, близости или отдаленности различных предметов.

Особенно непонятными казались всегда так называемые изменения личности, когда у гипнотика, например, обнаруживается поведение другого лица, пола, какого-либо исторического деятеля или он как бы переносится в прошлые периоды своей жизни, пластически воспроизводит свое детство, ведет себя, как ребенок. В таких случаях иногда в обращении, эмоциях, разговоре, письме проявляется много признаков, характерных для детского возраста.

Этим вопросом интересовались R. Krafft-Ebing, И. П. Павлов, В. В. Срезневский, К. И. Платонов и Е. А. Приходивный, А. Forel, F. Benedikt, L. Lowenfeld, Ф. П. Майоров, М. М. Суслова, А. О. Долин и др.

Приступая к исследованию внушенных возрастных состояний, R. Krafft-Ebing поставил вопрос: действительно ли имеется репродукция прежней личности, которая может быть вновь вызвана из подсознания каким-либо приемом, или здесь мы имеем дело с разыгрыванием роли.

При положительном разрешении вопроса эти эксперименты, по мнению автора, «имели бы выдающееся научное значение, подтверждая аксиому эмпирической психологии о том, что все переживания оставляют следы в памяти и при известных условиях могут быть репродуцированы. Они указали бы также на ценность гипноза для экспериментальной психологии».

Будучи на основании своих наблюдений склонным к признанию, что тут репродуцируется не фантастическое, а действительное «я», R. Krafft-Ebing поставил своей задачей доказать это. Такая задача, по его мнению, могла быть разрешена следующими приемами: 1) частыми повторениями опыта и сравнением результатов, то есть сравнением пробужденных таким образом прежних «я»; 2) с помощью оценки этих состояний лицами, знавшими субъекта в его детские годы, пользуясь, следовательно, процессом идентификации; 3) сравнением почерка лица, перенесенного в свое детство, с образцами почерка, сохранившимися с соответствующего времени.

R. Krafft-Ebing удалось сличить прежний почерк с настоящим экспериментальным и проделать эксперимент в присутствии матери субъекта, причем было подтверждено полное тождество

возрастных

231

состояний. Исследователь пришел к выводу, что наблюдаемое явление нужно рассматривать как действительно реальное оживление существовавших фаз жизни субъекта.

В настоящее время точку зрения R. Krafft-Ebing разделяют почти все гипнологи. Впервые проанализировал эти явления с точки зрения условных рефлексов К. И. Платонов, а позже М. Н. Мищенко, А. С. Долин, Ф. П. Майоров, М. М. Сулова.

По К. И. Платонову и Ю. А. Приходивному (1930)', «при внушенных состояниях предыдущих возрастов происходит действительная органическая репродукция эн-грамм, образовавшихся в одну из предыдущих эпох жизни индивидуума».

По поводу этих явлений, а также явлений репродукций психоневрологических синдромов К. И. Платонов (1939) говорит, что здесь исключается всякая сознательная искусственность как со стороны «малолетних», так и бывших больных, что в основе этих явлений лежит действительная, реальная репродукция процессов, происходивших в прошлом в высших отделах головного мозга.

Легче всего воспроизвести те возрасты, от которых сохранились зафиксированные следы в коре больших полушарий.

Касаясь нервного механизма этих явлений, Ф. П. Майоров и М. М. Сулова считают, что при этом имеет место некоторое торможение второй сигнальной системы, что способствует более облегченному воспроизведению переживаний и образов первой сигнальной системой, которая освобождена из-под контроля второй. Вследствие развития диффузного гипнотического торможения в коре больших полушарий происходит устранение множества различных очагов возбуждения, которые мешают что-либо вспомнить, давая всевозможные многочисленные индукции. Далее, здесь выступает большое внушающее действие слова в гипнотическом состоянии.

Итак, можно сказать, что при внушениях возраста происходит не бессознательное подражание особенностям детского возраста вообще, а действительное восстановление личных особенностей, характерных для детства данной личности (рис. 20).

В сомнамбулической фазе гипноза функциональное состояние коры больших полушарий резко изменяется, наблюдается снижение умственной работоспособности, что выявляется в замедлении простых счетных операций и увеличении числа ошибок (М. М. Сулова).

232

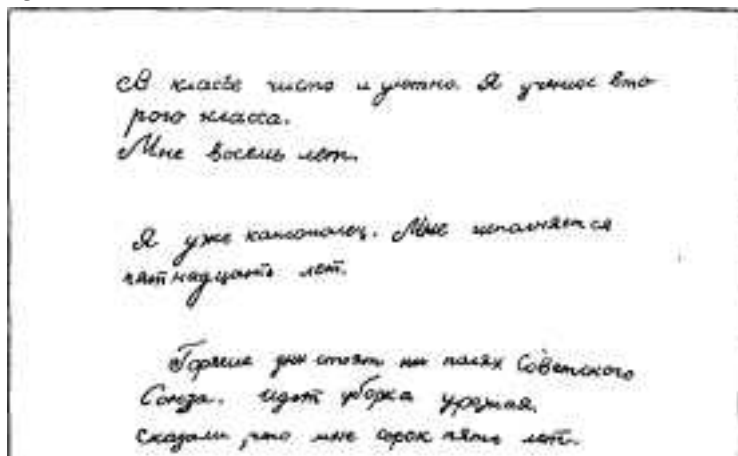


Рис. 20. Испытуемый С, 20 лет. Внушены 8-летний, 15-летний и 45-летний возрасты (собственное наблюдение).

Отмечается также резкое замедление темпа выполнения письменных заданий, изменяются почерк, темп счета при внушении гипнотикам различных школьных возрастов.

Г. Лозанов (1959) исследовал в гипнозе, в сомнамбулической фазе, регрессию возраста. Он нашел, что при внушении двухдневного возраста глазные щели суживаются, движения глазных яблок становятся несогласованными — каждый глаз двигается независимо от другого, иногда глазные яблоки ненадолго застывают в положении косоглазия («плавающие» и косые глаза новорожденных).

Важно отметить, что работоспособность больших полушарий в сомнамбулической фазе гипноза зависит не только от гипнотического торможения коры, но и от характера словесного внушения (М. М. Сулова).

Эмоции

В каждом ощущении и восприятии, которые вызываются в гипнозе, содержится определенный чувственный тон, связанная с переживанием эмоциональная окрашенность.

233

Ощущения и восприятия, переживаемые в норме человеком, как приятные, в состоянии гипноза можно заставить переживать, как неприятные, и наоборот.

В. М. Бехтерев, С. Notnagel, Н. Bird, W. Wundt, Н. Head, Н. Ebbinghaus и др. доказали, что в эмоциональных процессах важную роль играет таламус, или зрительный бугор.

В настоящее время полагают, что физиологическую основу эмоций составляет совместная деятельность коры, подкорки, лимбической системы, вегетативной нервной системы.

В образовании как положительных, так и отрицательных эмоций у человека участвуют и первая и вторая сигнальные системы действительности. Иначе говоря, эмоции могут возникнуть от непосредственных впечатлений, но источником и причиной перестройки уже имеющихся чувств может стать и речь, слово.

Гипнотику можно внушить самые различные эмоциональные состояния, положительные и отрицательные эмоции. Мы можем вызвать у него повышенное, веселое, бодрое настроение, ощущение радости, счастья, блаженства. Эти положительные чувства удается поддерживать более или менее длительное время в течение сеанса и по окончании его. По желанию эти чувства можно изменить на совершенно противоположные, отрицательные. Словесным внушением гипнотика легко привести в угнетенное, грустное настроение, вызвать эмоции горя, отчаяния, отвращения, удивления, сочувствия, жалости, любопытства, гордости, капризность, а также чувство раздражения, азарта, гнева, страха и пр. Мы, например, говорим гипнотику: «За вами гонится и вас настигает хищный зверь», — и при этих словах он обнаруживает явственный страх. Затем мы говорим: «Мы пошутили, никакого зверя нет^ — и гипнотик сразу же успокаивается, начинает смеяться. Скажите ему, что он страдает тяжелой болезнью, и на лице его отразится скорбь. Сообщите вслед за этим, что он получил нужную сумму денег и может ехать на курорт, и на лице его появится выражение удовольствия.

В гипнозе можно воздействовать и на некоторые интеллектуальные, моральные и эстетические чувства, вызывать сомнение, уверенность (в своих силах, возможностях и пр.), чувства дружбы, любви, чувства прекрасного, героического, драматического, комического.

234

Видоизменения различных эмоций отражаются на показателях пульса, дыхания, основного обмена, газообмена и т. п., о чем упоминалось выше. R. Heillieg, внушая отрицательные эмоции (страх, гнев), находил повышение основного обмена почти вдвое против наблюдаемого при положительных эмоциях. Если внушить эмоцию страха и длительное время в гипнозе ее поддерживать, то это, по данным Т. Гейера, приводит к выпадению фосфатов (до 116%).

Внимание

В гипнозе можно оказывать влияние на такую психическую функцию, как внимание. Внимание — это выделение одних объектов отражения действительности с одновременным отвлечением от всего остального. В основе внимания лежит концентрация оптимального возбуждения в определенных участках коры мозга с торможением (отрицательной индукцией) остальных участков коры.

В гипнозе можно воздействовать на: а) концентрацию внимания, степень его сосредоточенности; б) объем внимания, причем гипнотик воспринимает большое количество объектов одновременно; в) распределяемость внимания, когда гипнотик может одновременно выполнять два или несколько действий; г) переключаемость внимания с одного объекта на другой; д) устойчивость внимания и отвлекаемость.

Память

Память — это отражение того, что было в прошлом опыте, основанное на образовании и воспроизведении временных связей.

Влиянию, оказываемому гипнозом на процессы памяти, приписывалась чудодейственная сила. В настоящее время научные исследования, которыми мы обязаны главным образом В. М. Бехтереву и И. П. Павлову, дают возможность установить границы и способ действия гипнотического внушения на мнестические функции, устранив элемент преувеличения.

Исследование памяти в гипнозе производили J. Pitres, Ch. Richet, P. Janet, Delboeuf, A. Beaunis, L. Hirschlaff, A. Moll. S. Halle, В. М. Бехтерев, В. Н. Мясищев и др.

235

В частности, J. Pitres предлагал следующую общую формулу законов памяти во время гипноза.

Загипнотизированные помнят все, что знали в состоянии бодрствования и в предшествовавших гипнотических состояниях, если только внушением не вызвано общее или частное забвение, ограничивающее объем памяти. После пробуждения они не помнят о том, что знали во время предшествовавших гипнотических состояний, за исключением лишь тех случаев, когда внушением зафиксирована часть или совокупность их воспоминаний, относящихся к прошедшему.

Dessoir указывал, что в гипнозе, наоборот, происходит глубокое ослабление памяти. А. Beaunis никакой существенной разницы в памяти у находящихся в состоянии гипноза и бодрствования не находил. Winhold наблюдал обострение памяти в гипнотическом состоянии. L. Hirschlaff, исследуя процессы восприимчивости и фиксируя внимание на времени реакций, нашел, что в глубоком гипнозе время реакций гораздо короче, чем в состоянии бодрствования. S. Halle также отмечал значительное сокращение времени реакции у гипнотиков В его экспериментах оно до гипноза достигало 0,328 с, во время гипноза — 0,193 с, а после гипноза — 0,348 с. Williams и James приводят данные, полностью противоречащие выводам S. Halle.

В. М. Бехтерев обнаружил удлинение времени реакции в гипнозе.

В настоящее время установлено, что путем внушения удастся восстановить в памяти гипнотика такие воспоминания, которые совершенно невозможно извлечь из нее в состоянии бодрствования. Эта обостренная способность воскрешать следы воспоминаний, как известно, носит название гинермнезии.

Ch. Richet наблюдал женщину, которая во время гипнотического сна пела все мотивы из второго акта «Африканки» Меербера<sup>^</sup>, но по пробуждении не могла воспроизвести ни одной ноты.

Путем использования обостренной способности воспоминаний под влиянием гипнотических внушений удастся в некоторых случаях восполнить пробелы памяти, обусловленные прежними заболеваниями, нарушениями в сфере сознания, особенно истерического происхождения (так называемая кататимическая амнезия).

Однако улучшить память путем внушения можно только в тех случаях, когда речь идет о небольшой области действительных переживаний, восстановление которых в памяти облегчается путем гипнотического внушения.

- Гораздо большую ценность имеет способность активно воспринимать впечатления, сохранять их, а затем уже

236

воспроизводить. И на эту чрезвычайно важную особенность памяти удастся посредством соответствующих внушений оказывать усиливающее или тормозящее действие. Так, можно сказать гипнотику медленно и настойчиво примерно пять-шесть десятков разных слов, и он свободно повторит их в том же порядке, причем слова могут удерживаться в его памяти еще много дней после сеанса гипноза. В состоянии бодрствования это, несомненно, вызвало бы затруднение. Улучшение запоминания, по-видимому, объясняется не столько усилением и улучшением врожденной умственной способности, сколько освобождением от различных тормозящих влияний. Например, то или иное настроение может оказывать угнетающее, тормозящее действие на способность сосредоточивать внимание.

Если плохое запоминание при хорошей памяти обусловлено неустойчивостью внимания, неумением сосредоточиться, неотвязностью посторонних мыслей или настроением, внушение может принести большую пользу.

Каков же физиологический механизм этих влияний?

На одной из клинических сред (1 ноября 1933 г.) А. Н. Пахомов спрашивал И. П. Павлова о гипермнезии и ее физиологической трактовке: «Какие процессы тут имеют место? Почему человек в бодром состоянии помнит события в одном объеме, а в гипнозе — в другом объеме—в большем?» И. П. Павлов предложил, прежде всего, А. Н. Пахомову самому ответить на этот вопрос. А. Н. Пахомов сказал: «Те следы, которые были слабее вследствие заторможенности, они здесь в гипнозе становятся в силу уравнительной фазы более сильными. Таким образом, получается возможность связать с настоящим поведением больного те события, которые происходили, не доходя до сознания, окрашивая реакцию больного в тот или другой тон, а когда мы его потом будим, то приводим в фазу бодрствования и даем задание повторить то, что он нам рассказал. Мы даем ему внушение, чтобы он помнил это в бодрствовании, повторяем и закрепляем этот опыт». К сказанному А. Н. Пахомовым И. П. Павлов добавил: «Получивши от него сведения эти, вы сообщаете ему, и они оживляют следы, которые были затемнены и задержаны». И далее: «Вы эти следы усиливаете, вы сообщаете, и он начинает их припоминать. Когда господствует

бодрая деятельность и отрицательно индуцирует слабые следы, да еще нарочно заторможенные, тогда она, конечно, уничтожает появление их в сознании. Когда же эти господствующие пункты устраняются, тогда они, конечно, не мешают. Ничто не тормозит».

Но путем внушения можно также исключить из сознания отдельные моменты, так что пока длится действие внушения, нет возможности вспомнить их. Это так назы-

237

ваемая постгипнотическая амнезия. Гипнотика можно заставить забыть свое собственное имя. Он во всем будет отдавать себе отчет, но не сможет вспомнить, как его зовут.

Иногда гипнотизируемые так долго и мучительно пытаются вспомнить свое имя, что это производит неблагоприятное действие на психику. Поэтому такого рода опыты далеко не безопасны.

Гипнотику можно внушить, чтобы он забыл имена или фамилии знакомых, близких, даты, адреса и т. п.

Воля

Волевые действия — это действия, направленные на достижение сознательно поставленных целей. С физиологической точки зрения они являются сложными рефлекторными актами, вызываемыми внешними и внутренними раздражителями.

На какие же стороны волевого процесса возможно воздействовать в гипнозе? Прежде всего на двигательные функции. Во время гипноза они утрачивают свой произвольный характер; всякое положение, придаваемое конечностям и телу гипнотика, сохраняется более или менее длительный срок. Так, если руку или ногу гипнотика привести в любое положение и приказать: «Ваша рука должна оставаться неподвижно в этом положении», то это приказание будет в точности выполнено. Можно привести в такое вынужденное положение одновременно несколько частей тела, а также отдельные пальцы рук или ног.

Указанное явление (так называемая восковидная гибкость) сопровождается гипертонусом всей мышечной системы. Высшее, наиболее эффективное выражение восковидной гибкости — каталептический мост, когда гипнотика можно положить пятками и затылком на два стула, сильно надавить на туловище, ничем при этом не поддерживаемое, и тело спящего остается ригидным, вытянутым, как доска.

Нужно отметить, что путем внушения можно влиять на движения отдельных членов, но отнюдь не на отдельные мышцы, изолированные из той группы, деятельность которых производит движение того или иного члена.

238

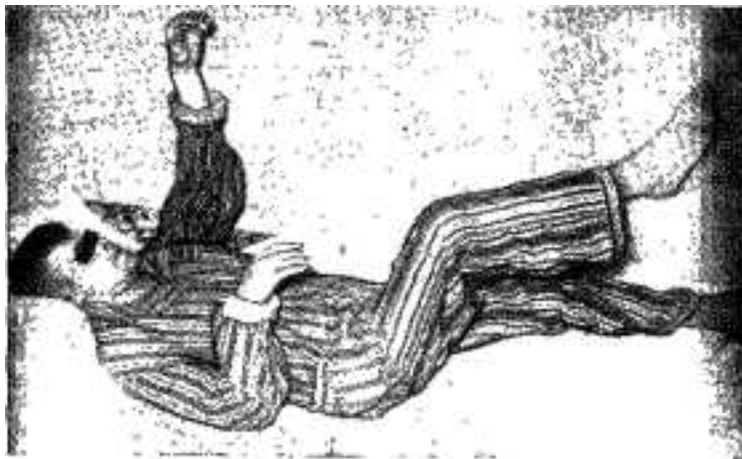


Рис. 21. Гипнотическая каталепсия. Длительное сохранение приданной неудобной позы.

Внушенное гипнотику неестественное положение членов он не в состоянии произвольно изменить, и это будет сохраняться даже в том случае, если третье лицо будет делать физические усилия, чтобы изменить его (рис. 21,22).

Продолжительность такого искусственно созданного во время гипноза положения и напряжения мышц значительно превышает срок, в течение которого человек может удерживать подобное положение в состоянии бодрствования.

С физиологической точки зрения, в подобных случаях «суть дела состоит в совершенно изолированном задерживании двигательной области коры больших полушарий, задерживании, не простирающемся ни на остальные отделы полушарий, ни дальше вниз по мозговой массе» (И. П. Павлов).

Но в гипнозе также возможно вызвать и частичное прекращение произвольных движений. Например, поглаживая правую руку гипнотика, внушаем ему, что она парализована, бессильно падает и остается неподвижной. И эти явления наступают немедленно. Выполняя внушенное приказание, гипнотик открывает рот и не может самостоятельно закрыть его. Здесь, конечно, нет



настоящего паралича: при исследовании оказывается, что не только расслаблена мускулатура, закрывающая рот, но и одновременно сокращена мускулатура, раскрывающая его. Если разбудить гипнотика, не освободив его предварительно от сделанного внушения, то внушенное состояние «паралича» правой руки и судорожное раскрытие рта будет наблюдаться и после пробуждения, в состоянии бодрствования.

В гипнозе можно вызвать параличи различных типов и в различных областях, но они никогда не распространяются со-Рис. 22. Гипнотическая каталеп- ответственно ходу\_\_ нерва сия. Длительное сохранение при- ИЛИ определенной обданной неудобной позы. ласти головного мозга,

определенному отделу спинного мозга. Понятно, конечно, что они не характеризуются большей или меньшей атрофией мышц, как истинные периферические параличи; не может быть и фибриллярных подергиваний. Не происходит количественных и качественных изменений электровозбудимости соответствующих мышц.

Параличи в гипнозе поражают и охватывают всегда такие группы мышц, которые обслуживают определенную область движений, такие движения и действия, которые привычным образом совершаются как нечто целое и единое, безотносительно к отдельным мускулам и нервам, участвующим в этих движениях. Иначе говоря, здесь имеется совершенно то же, что и при функциональных, например истерических, параличах.

Кроме того, в гипнозе наблюдается и другое очень интересное явление, которое И. П. Павлов называет «расхождением функций мозга». В чем его сущность?

240

Сам И. П. Павлов об этом говорит следующее: «Как известно, гипнотизм порождает расхождение функций мозга. Вы имеете гипнотизированного субъекта и вы его можете спрашивать или заказывать ему что-либо, и он это понимает, а рядом с этим он потерял власть над своей скелетной мускулатурой, не может изменить положения частей своего тела, хотя бы этого и хотел. Нечто подобное можно наблюдать у собак. Бывает так, что у собаки ре'акция слюнная остается: как только начинает действовать сигнал, слюна течет. Когда дальше подается еда, слюна течет еще больше. А рядом с этим .еду собака не возьмет, именно не может взять. Факт совершенно похожий на то, что мы встречаем и у человека» (Поли, собр. соч., т. III, кн. 1, с. 293—294).

Гипнотик проделывает всевозможные внушенные движения помимо своей воли; он не может их прекратить или затормозить. Речь идет о простых ритмических или мимических движениях, которые с легкостью фиксируются (зев'ота, смех, бег на месте, вращение рук или ног и т. п.). Эти внушенные движения проделываются гип-нотиком очень долго, он сам не в состоянии прекратить их и продолжает автоматически до тех пор, пока психотерапевт его не остановит. Явление это

называется гипнотическим автоматизмом.

И. П. Павлов объяснял его так: «Возьмем автоматизм загипнотизированных, когда они стереотипно воспроизводят то, что проделывает перед ними гипнотизер, или когда правильно исполняют движения (ходят) по сложному, запутанному и трудному пути. Очевидно, перед нами известная заторможенность некоторых отделов полушарий, которая исключает нормальную более или менее сложную деятельность, направляемую новыми или хотя бы и старыми, но вновь постоянно комбинирующимися раздражениями данного момента... Таким образом, в яркой форме при гипнозе воспроизводится подражательный рефлекс, при помощи которого у всех нас в детстве складывается и вырабатывается сложное индивидуальное и социальное поведение».

Интересно, что во время гипноза исчезает ощущение мышечной усталости. По-видимому, разница в продолжительности напряжения в гипнозе и состоянии бодрствования обуславливается в одном случае ощущением усталости, в другом — отсутствием его. И дело, по-видимому, не столько в физических изменениях, происходящих в мышцах, сколько в повышении их деятельности, обусловленном корой больших полушарий.

' 241

В состоянии гипноза можно легко вызвать не только эхопраксию (повторение виденных движений), эхоми\* мию (копирование мимики собеседника), но и эхололию (повторение слышимых слов), вплоть до вербигераций (речевая стереотипия) и эхотимии (отображение гипнотиком в эмоциональных реакциях эмоционального тона окружающих лиц).

Очень интересно следующее. Бывает, что в самом гипнотическом состоянии нельзя добиться выполнения от гипнотика того или иного действия, но после его пробуждения это действие реализуется. Это явление так объяс\* нял И. П. Павлов: если гипноз представляет концентрированное раздражение в определенном пункте, то это ведет к торможению всего остального», причем это остальное тоже отдыхает. «Вся совокупность нервной деятельности делается сильнее, потому что она отдыхала. Вот откуда у нее берутся лишние силы, Вы гипнозом сосредоточили раздражение в одном месте, а остальную территорию нервной деятельности вы приводите в состояние отдыха, торможения, и поэтому после этого она делается сильнее» (Клинические среды, 1 июня 1932 г.).

В гипнозе мы можем воздействовать на волю человека. Сказанные психотерапевтом слова, которые имеют определенное значение, являются мощными раздражителями, «пусковыми сигналами», способны направить в определенную сторону нерешительную и колеблющуюся волю, заставить преодолеть те или иные препятствия и вызвать целенаправленные действия, укрепить слабую волю. Но мы не можем заставить субъекта действовать в таком направлении, которое резко противоречило бы самоуважению, чувству собственного достоинства, этическим нормам.

Мышление, речь

Мыслительный процесс в состоянии гипноза значительно изменяется. Прежде всего изменяется темп самого мышления. Загипнотизированные отвечают на вопросы медленно, неторопливо. Изменяется также фонетическая выразительность речи — отчетливость, ясность произношения. Однако содержание и логическое членение речи обычно не изменено.

Часть четвертая

#### • ТЕХНИКА И МЕТОДИКА ГИПНОЗА

Кабинет психотерапевта

Применяя гипноз, необходимо стремиться, так же как и при других методах лечения, к рациональному использованию соответствующих психотерапевтических приемов. Каждому психотерапевтическому вмешательству всегда должна предшествовать беседа с больным, позволяющая познакомиться с личностью больного, выяснить предварительно, по возможности, тип высшей нервной деятельности, генез заболевания и условнорефлекторный механизм образования патологических реакций. Если сразу и не удастся установить генез заболевания, то это еще не повод к отказу от психотерапевтической помощи, хотя бы и симптоматической, путем непосредственного прямого словесного воздействия.

Психическое состояние только что пришедшего к нам больного напряженное. Ведь к врачу, тем более к психоневрологу, больного приводит особое страдание. Нередко он уже выбит из жизненной колеи, побывал у других специалистов, принимал разные лекарства, подвергался различным анализам и процедурам. Измученный своим недугом человек приходит, наконец, к психиатру с надеждой на успокоение и излечение.

В своем поведении гипнотерапевт должен учитывать это и прежде всего постараться больного успокоить. Некоторые особенности поведения гипнотерапевта диктуются особенностями самого



метода лечения.

Прежде всего, гипнотерапевт должен стремиться установить с больным контакт. Каждое движение должно быть рассчитано на то, чтобы приковать к себе внимание больного, овладеть течением его ассоциаций, направляя их по нужному для успеха психотерапии руслу, успокоить его. Даже поза гипнотизера, жесты, мимика, речь

243

должны убеждать больного в совершенной серьезности каждой манипуляции.

Психическое воздействие на больного начинается уже с того момента, как он вошел в кабинет, а возможно, и раньше.

Вся обстановка кабинета должна быть приспособлена к тому, чтобы продолжить это воздействие, углубить его и, прежде всего, успокоить больного.

В кабинете должна быть полная тишина. Необходимо мягкое, не скользящее кресло с овальными подлокотниками, несколько откинутой назад спинкой и соответствующим подголовником; это кресло должно способствовать удобному для сна положению больного.

Нужно иметь также кушетку, которой удобнее пользоваться для длительного гипноза. Пол покрывается ковром для заглушения шагов. Освещение должно быть не ярким, но достаточным для ясного различения мимических движений больного.

Считают, что фиолетовые лучи спектра производят тормозящее и успокаивающее действие, поэтому можно рекомендовать голубоватый электрический свет.

Приемы определения внушаемости и методы гипнотизации

Имея представление о генезе заболевания, условно-рефлекторном механизме образования патологических реакций, о типе высшей нервной деятельности больного, психотерапевт может приступить к определению внушаемости больного.

Существует много различных приемов для определения внушаемости. Эти приемы и всевозможные средства (так называемые усыпители) предложены различными авторами для укрепления доверия сомневающимся в гипнозе пациентов, для усиления восприимчивости к гипнозу, но в основном — для выяснения внушаемости. Однако многими из описываемых ниже приемов самостоятельно и в сочетании со словом можно вообще погрузить субъекта в обычное и часто даже достаточно глубокое гипнотическое состояние.

К первой группе относятся приемы, воздействующие на те или иные анализаторы без словесного внушения.

244

Прием Celsus: так называемые пассы, по старой терминологии — «магнетические пассы» — слабые, однообразно повторяемые раздражения кожи путем поглаживания вдоль всего тела гипнотизируемого.

Прием Chabordeau и Labordeau: легкое и равномерное почесывание шеи.

Прием Николаева: пассы синей электрической лампочкой.

Прием Abrutz: 16—20 нисходящих, то есть направленных от головы к ногам, движений рук гипнотизера, имитирующих поглаживания, но не касающихся тела пациента.

Прием Laseque: нажимание пальцами на глазные яблоки при опущенных веках. Этим легким приемом Laseque в течение нескольких минут усыплял большинство истерических субъектов.

Прием Richet: нажимание и растирание темени, висков.

Прием Pitres: сильное нажимание в области яичника, на лоб, ухо, поясницу, лодыжку, запястье, лопатки. Этим грубым приемом у некоторых субъектов удается вызвать сон, но в большинстве случаев он приводит к пробуждению от гипноза.

Прием Gaupp: наложение руки гипнотизера на затылок пациента.

Прием Forel: подготовка к каталепсии; гипнотизируемого усаживают в кресло, руки его покоятся на подлокотниках (каталепсия обусловлена положением рук пациента).

Прием Braid: продолжительное сосредоточение взгляда на блестящем предмете (металлический шар, ланцет, стеклянная пуговица и т. п.). Фиксируемый предмет должен находиться напротив переносицы больного. Концентрирование лучей в одной точке и неподвижности взгляда обычно вызывает усталость, а затем и сон.

Прием Philipps (Durand de Gros): блестящий металлический диск в руке ставят перед гипнотизируемым на столе или держат на коленях. — Это та же фиксация взгляда на предмете, только в несколько другой форме.

Прием Luys: больной фиксирует взгляд на быстро вращающемся маленьком зеркале; это вызывает

утомление зрительного анализатора (вариант приема Braid).

Прием Levy-Suhl: фиксирование взглядом красного креста на сером фоне при словесном внушении пациенту, что в результате гипнотического воздействия он закроет глаза и увидит зеленый крест.

Прием Bremot: пациент, несколько наклонив вперед голову, смотрит в глаза гипнотизеру или на сильный источник света.

Прием Charcot: воздействие внезапного звука (китайский гонг, там-там, большой камертон, выстрел, свист), сильного источника света (вольтова дуга и пр.). Многие больные (в большинстве случаев истеричные) при таком воздействии внезапно погружаются в глубокое гипнотическое состояние.

Прием Binet и Fere: раздражения вкусовые и обонятельные. Заметим, что сами авторы не убеждены в действенности приема; о возможности вызвать этим гипноз они говорят лишь на основании одного случая, когда больную удалось усыпить «утомлением обоняния вследствие продолжительного впечатления от мускуса».

Прием Faria: больного усаживают в удобное кресло, предлагают закрыть глаза и сосредоточиться,, через несколько минуу громко и повелительно произносят: «Спите!» Это слово, произнесенное среди глубокого молчания энергичным человеком, производит на пациента такое сильное впечатление, что он быстро впадает в гипнотическое состояние.

Прием Coie и Vaudouin: три следующих опыта могут служить для подготовки к внушению, для определения внушаемости и быстрой гипнотизации.

Опыт I. Стоящему с закрытыми глазами человеку предлагают' держаться совершенно прямо, так, чтобы главной точкой опоры являлись пятки; если при этом толчком вывести его из состояния равновесия, то он падает и его приходится поддерживать. После этого предварительного опыта испытуемому дают задание усиленно думать о том, что он упадет назад. При этом спокойно, но твердо и уверенно следует внушать: «Вы падаете назад! Вас тянет назад! Вы уже падаете, падаете!». Большинство испытуемых действительно через короткое время падают назад. Этому можно способствовать, стано-





Рис. 23. Определение внушаемости. Словесное внушение падения назад.

Рис. 24. Определение внушаемости. Словесное внушение падения вперед.

вась позад пацента и произволя легокое надавливание ладонью на его лоб. Несколько труднее добиться, изменяя соответствующим образом технику внушения, падения вперед (рис. 23, 24).

Опыт II. Врач ставит больного лицом к себе с опущенными вдоль туловища руками и сдвинутыми вместе ногами. Больному предлагается смотреть прямо в глаза врачу, фиксирующему сосредоточенный взгляд на переносице больного. Далее врач вытягивает руки ладонями внутрь так, чтобы достать ими до висков больного и слегка прикоснуться к ним, при чем произносит: «Сейчас я отведу свои руки и вас потянет вперед за ними». Руки отводят и несколько отступают назад, говоря: «Вы падаете, падаете!». В этот момент многие больные действительно падают, и их необходимо вовремя поддержать.

Опыт III. Испытуемому дают в руки нитку с тяжелым предметом на конце, например кольцом (маятник Шевреля). Испытуемому предлагают закрыть глаза и настойчиво думать о круге. Очень скоро маятник начинает

247

V

производить соответствующие движения. Если гипнотизируемого заставляют думать об овале, прямой линии и т. п., то движение изменяется соответствующим образом.

Опыт IV. Прием Kohnstamm. Субъекта просят закрыть глаза, стать боком к стене и тыльной стороной сжатого кулака опереться изо всех сил о стену. В течение минуты врач говорит: «Обопритесь очень сильно, напрягите мышцы вашего плеча, вашей руки». После этого больного просят отойти от стены и свободно опустит^ руки. Часто рука, которой опирался больной, сама собой поднимается, иногда описав угол 90°. Затем пациенту объясняют, что испытанное им расслабление и спонтанное движение его руки похожи на расслабление и ощущение, которые он будет испытывать во время гипнотического сеанса;

Преимущество этих испытаний перед другими пробами заключается в том, что они фактически дают положительный результат почти во всех случаях.

Приемы, рекомендуемые Рожновым.

I. Врач усаживает больного в удобное кресло и предлагает ему смотреть прямо в глаза, сильно сцепив руки. Затем врач говорит: «Ваши руки постепенно сжимаются и уже сжаты крепко. Вы сами не в состоянии более разжать их. Руки вы разожмете только после моего указания. Пробуйте, прилагайте усилия! Вы не можете разжать руки!» (рис.25).

Можно также внушить больному, что он, по собственному желанию не может подняться с места, встать и пройтись по комнате.

II. Больному предлагают три пустые совершенно чистые бутылочки и при этом говорят: «Я сейчас проверю ваше обоняние. Понюхайте и скажите, в какой склянке раньше находился керосин, в какой — духи и в какой — вода». Если больной «обнаруживает» запахи, то это указывает на повышенную внушаемость.

В. Е. Рожнов и Б. З. Драпкин рекомендуют следующий прием..-Вновь поступивших больных приглашают в качестве зрителей на ту или иную психотерапевтическую процедуру, укладывают в гипнотарий вместе с другими больными. Затем предлагается согнуть руки в локтях, прижать локти к бокам туловища, а кисти поставить так, чтобы концы пальцев отстояли друг от друга на 5—

248



Рис. 25. Определение внушаемости. Словесное внушение невозможности разжать руки.

10 см и находились на расстоянии 20—30 см от лица, при этом непрерывно смотреть на пальцы. Затем врач говорит: «Как только я начну считать от 1 до 20, вы почувствуете, как пальцы начать притягиваться друг к другу, будто между ними включился магнит большой силы». Далее внушается, что с каждым счетом пальцы приближаются друг к другу, встречаются, начинают переплетаться и наконец склеиваются.

Многие изложенные выше приемы сами по себе могут быть использованы как метод гипнотизации больных. Но на практике они обычно служат для определения внушаемости.

Теперь обратимся непосредственно к самой технике гипнотизирования.

Чаще всего применяется смешанный способ гипнотизирования. Он заключается в одновременном применении словесного воздействия и воздействия на различные анализаторы — зрительный, слуховой, кожный (фиксация взгляда на блестящем предмете, действие монотонных раздражителей, пассы и др.).

Приведем некоторые смешанные способы гипнотизирования, описанные П. И. Булем (1955).

249

Подкрепление внушения  
преимущественным воздействием  
на зрительный анализатор

Больной лежит или сидит. Врач, сидящий перед уложенным на кушетку или усаженным в кресло больным, начинает медленно вращать по ходу часовой стрелки перед глазами усыпленного блестящий предмет, описывая им круг диаметром 10—15 см. Больному предлагают не отрывая взгляда смотреть на этот блестящий предмет. Описывающий круги предмет, постепенно уменьшая орбиту, опускают все ниже и ниже так, чтобы у больного, фиксирующего взгляд на блестящей точке, опускались веки.

После некоторой паузы П. И. Буль рекомендует произносить следующее: «Смотрите пристально на блестящую точку. Постепенно ваши глаза начнут утомляться, веки будут тяжелеть. Вас охватывает приятная усталость. Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг. В голове возникает легкий туман. Он нарастает, усиливается. Вас охватывает сонливость. Веки отяжелели, словно налились свинцом. Вам все труднее различать предметы. Веки смыкаются. Вы засыпаете, засыпаете... Веки плотно смыкаются, вы не в силах их поднять. Забываетесь, забываетесь... Все глубже сонливость... Вы засыпаете... Спите. Спите глубже. Спите!»

Подкрепление внушения  
преимущественным воздействием  
на звуковой анализатор

Больного укладывают на кушетку в полутемном кабинете. Невдалеке помещается источник звука (метроном, индуктор). Включив его, выжидают несколько минут, затем предлагают больному закрыть глаза и прислушаться к звуку.

После некоторой паузы врач произносит формулу словесного внушения: «Закройте глаза. Упорно думайте о сне, отбросьте все посторонние мысли. Дышите спокойно, равномерно и глубоко. Ничто вам не мешает, вас не тревожит не беспокоит. Никакие посторонние звуки вы не воспринимаете. Вы все время слышите мой голос и удары метронома. Дыхание становится все ровнее, все

250

глубже. С каждым ударом метронома вас охватывает приятная дремота, сонливость... Ваше тело приятно тяжелеет, расслабляется, точно наливается свинцом. Я буду считать, и с каждой цифрой сонливость будет усиливаться. Раз... Приятное тепло разливается по всему вашему телу. Два, три... В голове появляется легкий туман. Он все нарастает, все усиливается. Четыре, пять... Дремота все усиливается и усиливается. Шесть... Все тише, все темнее становится вокруг вас. Мой голос действует на вас успокаивающим, усыпляющим образом. Семь... Вы засыпаете, засыпаете все глубже... Восемь, девять... Непреодолимая сонливость охватывает вас. Десять... Забывайтесь! Забывайтесь все глубже! Еще глубже. Забывайтесь приятным, глубоким, спокойным лечебным сном! Одиннадцать... Никакие звуки вам не мешают. Вы все время слышите только мой голос и удары метронома. И с каждым звуком моего голоса, с каждым ударом метронома засыпаете все глубже, все глубже. Двенадцать... Спите крепко, все крепче! Тринадцать... Спите, спите, крепче!» и т. д. (П. И. Буль)

В. В. Петрусинский и Д. Г. Мирза пришли к выводу, что наиболее эффективной является методика, при которой усыпление осуществляется с помощью магнитофона, а тестирование глубины гипноза проводится психотерапевтом.

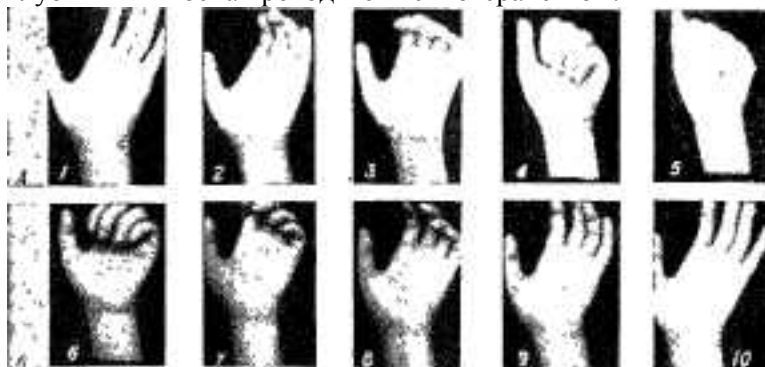


Рис. 26. Симптом «кулака» по-В. И. Здравомыслову: А. 1 — «Помимо Вашей воли пальцы сейчас сожмутся!»; 2 — «Начали сжиматься!»; 3—«Сжимаются все сильнее!»; 4 — «И сильнее!»; 5— «Сильный кулак!» Все попытки разжать пальцы вызывают более сильное сжатие кулака. Б. «Теперь, наоборот, как бы Вы не сжимали кулак, я досчитаю до трех, и кулак разожмется; пальцы выпрямятся, как палочки!»; 6 —«Раз!»; 7—8 — «Два!»; 9—«Три!»; 10 — «Кулак полностью разжался, и сжать его вновь Вы не сможете!»

251

Для увеличения глубины внушенного сна хорошо действует подчеркивание во время сеанса невозможности произвольно остановить качательные движения, сообщенные руке гипнотика врачом, или внушенное сжатие и разжимание кулака — симптом «кулака», по В. И. Здравомыслову (рис. 26).

Подкрепление внушения  
преимущественным воздействием  
на кожный анализатор

К ногам больного, лежащего на кушетке, прикладывается грелка. Врач, стоящий или сидящий возле кушетки, начинает проводить согретыми руками по лбу, щекам и рукам больного, легко прикасаясь к телу, затем отнимает руки, поднимает их над головой больного и снова медленно и равномерно повторяет первое движение. Эти действия рекомендуется сопровождать словесным внушением.

Самым старым способом гипнотизирования является проведение руками вдоль туловища больного без прикосновения к коже, на расстоянии 2—5 см над ней. Гипногенное влияние таких пассов, как полагают, связано с чрезвычайно слабым массажем кожи теплыми воздушными



Рис. 27. Гипнотизация с помощью применения пассов (преимущественное воздействие на кожный анализатор).

252

ми колебаниями, возникающими при движении рук гипнотизера (рис. 27).

Некоторые авторы предлагают применять для пассов электролампы или другие приборы. В частности, А. П. Николаев с успехом пользуется светотеплыми пассами синей электрической лампочкой на свободном шнуре. П. И. Буль с этой целью использует электронагреватель (фен), дающий равномерную струю теплого воздуха, направляемую на лицо, шею и грудь больного.

Формулы словесного и смешанного гипнотизирования

Мы в своей практике, перед тем как приступить непосредственно к сеансу гипноза, всегда объясняем его сущность больным-, подчеркиваем, что в гипнотическом состоянии нет ничего сверхъестественного, что это нормальное физиологическое явление, не приносящее никакого вреда здоровью. Мы говорим больному, что во время гипноза он будет все ясно слышать и даже помнить происходящее.

Наиболее подходящее время для гипноза, особенно на первых сеансах,— вечерние часы, когда уже имеются известное утомление и естественная склонность ко сну.

Больного усаживаем в удобное кресло или укладываем на кушетку спиной к источнику света в полутемном и тихом помещении, где исключена возможность малейших помех и отвлечения внимания.

В своей практике мы обычно вызываем гипнотический сон в начале сеанса при помощи комбинации словесных воздействий и воздействий на различные анализаторы. Эти воздействия заключаются, прежде всего, в фиксации взгляда на блестящем предмете (шарике), который должен находиться перед глазами больного на расстоянии 10—15 см в течение 3—5 мин. Сначала такой блестящий шарик мы держим чуть выше переносицы больного, а затем постепенно опускаем его так, чтобы у больного, следящего за ним, постепенно закрывались глаза. Мы не фиксируем взгляда пациента на своих глазах, так как это утомляет зрение гипнотизирующего, особенно если проводить несколько сеансов гипноза. Кроме того, некоторые больные с большим трудом поддаются действию взгляда, и в таком случае нельзя рассчитывать на успех.

253

Некоторые нервные субъекты вообще не переносят пристального взгляда. Это вызывает у них состояние возбуждения или подавленности.

Некоторые больные не умеют сосредоточиться, непрерывно наблюдают за собой, контролируют себя, испытывают боязнь или сомнения и пр. При таких характерологических особенностях каждое воздействие неизбежно вызывает противодействие, конечно, мешающее гипнозу. С другой стороны, правда редко, встречаются люди, настолько легко поддающиеся психическому влиянию, что достаточно бросить на них внушительный взгляд, чтобы они совершенно неожиданно для себя, не имея даже малейшего представления о гипнозе, мгновенно впали в глубокое гипнотическое состояние («гипноз взором»). Секрет умелого взгляда заключается в том, что он настолько выразителен, красноречив, что может заменить не только слова, но и целые предложения. Взгляд — это не только поворот глаз, это сложный мимический комплекс.

В начале сеанса мы включаем метроном в очень медленном темпе (*adagio*) и говорим больному, чтобы он вслушивался в его стук. Заметим, однако, что долго раздражать слуховой анализатор не следует. Метроном должен работать 5—8 мин, затем его необходимо выключить и продолжать сеанс словесным внушением. Если нет метронома, можно обойтись и без него, просто отсчитывая

цифры и внушая больному: «Я буду считать до 20, по мере того как я буду считать, вы будете постепенно погружаться в сонливое состояние и на цифре 20 уснете». Считать нужно медленно, с расстановкой, перемежая счет соответственными словесными внушениями.

Кроме раздражений зрительного и слухового анализаторов, в некоторых случаях мы применяем в течение всего сеанса пассы в виде чрезвычайно легкого дотрагивания кончиками пальцев к телу пациента в направлении от головы к ногам. Конечно, словесное внушение, разъяснение больному гипнотического сеанса должно предшествовать фиксации взгляда на блестящем предмете, вслушиванию в стук метронома, пассам и пр.

Практика показала, что успех может быть достигнут, если применять примерно следующие формулы внушения:

«Я сейчас приведу вас в состояние, подобное сну, и на это время чрезвычайно усилится мое влияние на вас. Для этого нужно,

254

чтобы вы с полной готовностью соглашались со всем, что я буду говорить. Ни о чем другом не думайте, кроме сна и покоя. Мускулы должны быть совершенно вялыми... Так, совсем удобно... Дышите спокойно и равномерно. Слушайте меня. Пристально смотрите на блестящую точку. Вы скоро почувствуете усталость век, глаза вы не в состоянии будете держать открытыми. Теперь я вам кладу руку на лоб. Вы чувствуете, как это успокаивает, как вы приятно утомляетесь. Ваши веки уже тяжелеют, мигают, вы уже не в состоянии держать глаза открытыми, веки опускаются» (при этом мягко, совершенно незаметно касаются пальцами глаз, если глаза не закрываются, предлагают пациенту их закрыть). «Когда я провожу рукой по лбу, вы чувствуете, как усталость возрастает, как все ваше тело делается тяжелым» (теперь необходимо делать пассы вдоль всего тела и особенно рук). «Сейчас вы уже ощущаете легкое тянущее чувство в руках и ногах. Если я немного приподниму вашу руку, она вяло опускается. Вы вслушиваетесь в звуки метронома, которые вас вовсе не беспокоят, а, наоборот, успокаивают. С каждым ударом метронома все глубже и глубже покой. Все члены вашего тела расслаблены. Вы дышите ровно и спокойно. Вами уже овладевает сонливость. Внешний мир уходит от вас все дальше и дальше. Вы глубже и глубже погружаетесь в состояние, подобное сну. Это необходимо для вашего полного излечения. Вы слышите только то, что говорю я, окружающий мир сейчас вас не беспокоит, не тревожит. Вы спите глубоко и спокойно. Глаза ваши плотно закрыты, и вы сами теперь не в состоянии их открыть. Ваши члены теперь повинуются мне».

После такого внушения у больных наступает вторая стадия гипноза, или катаlepsия.

Спустя некоторое время применяется уже лечебное внушение, направленное на устранение болезни. Внушение нужно формулировать возможно тщательнее, доступнее и повторять несколько раз.

Можно загипнотизировать несколько иным способом. Больного укладывают на кушетку. Врач становится справа лицом к больному и ровно, настойчиво, делая все более продолжительные остановки между отдельными фразами, говорит: «Представьте себе, что вы очень устали и вам хочется тихо и сладко заснуть. Отгоните от себя все тревоги и мысли. В настоящее время окружающая обстановка вас не тревожит и не беспокоит. Дышите ровно и спокойно. Думайте только о сне. Расслабьте все свои мускулы. Теперь я воздействую на ваши нервы, буду производить легкие поглаживания вдоль тела. Это вас не беспокоит, а, наоборот, успокаивает» (в это время следуют пассы — медленно и ритмично, приблизительно через каждые десять секунд кончиками пальцев обеих рук проводят вдоль всего тела больного, от лба по туловищу к ногам). После каждого третьего — пятого движения врач медленно, настойчиво, отдельно, с многократными повторениями произносит следующие фразы: «Ваше дыхание делается совсем равномерным, глубоким и спокойным. Все тише и спокойнее становится вокруг вас. Ваши нервы успокаиваются. Голова утомлена, тело утомлено, требует сна. Мое влияние на вас все возрастает и возрастает. Все

255

1

глубже и глубже покой. Весь внешний мир отступает дальше и дальше. Вы слабы и утомлены, но чувствуете себя хорошо. Дремотное состояние усиливается и усиливается. Ваше тело совершенно безвольно. Сонливость овладевает вами. Вы засыпаете все крепче. Спите глубоко и спокойно. Вы слышите только меня. Ваше тело теперь повинуется мне. Ваши глаза плотно закрыты, и вы не в состоянии их открыть" (легко провести рукой по векам)

Приведем некоторые старые и современные способы и приемы гипнотизирования, применяемые отечественными и зарубежными авторами. Некоторыми из этих приемов с успехом можно пользоваться для вызывания гипнотического сна.

Н. Bernheim, заимствовавший свои приемы у А. Faria, J. Braid и Л. Liebeault, начинал усыпление первично гипнотизируемого с разъяснения пользы гипнотизации, тождества гипноза с естественным сном и т. д. Затем, чтобы подтвердить свои слова, в присутствии больного Н. Bernheim усыплял нескольких человек, подвергавшихся гипнозу раньше. Освободив таким образом больного от тревоги перед неизвестным и таинственным, сделав его доверчивым, гипнотизер говорил: «Смотрите пристально на меня и не думайте ни о чем, кроме сна. Вы уже начинаете чувствовать тяжесть в веках, усталость в глазах; они мигают, делаются влажными, веки, смыкаются».

«Некоторые субъекты,— пишет Н Bernheim,— закрывают глаза и тотчас же засыпают. В других случаях я повторяю с большой силой, прибавляю жест. Природа жеста имеет мало значения; я помещаю два пальца правой руки перед глазами субъекта и приглашаю его смотреть на них пристально; или же, наконец, приглашаю пристально смотреть в глаза, причем в то же время стараюсь сосредоточить все внимание на идее сна. Я говорю: «Ваши веки смыкаются, вы ощущаете тяжесть в руках, в ногах, вы больше ничего не чувствуете, ваши руки остаются неподвижными, вы больше ничего не видите, сон наступает»,— и я прибавляю несколько повелительным тоном: «Спите!». Часто это слово решает дело; глаза закрываются, больной спит hjjh во всяком случае испытывает влияние... Пасы^фиксация глаз или пальцев оператора только облегчают сосредоточение внимания субъекта и не безусловно необходимы».

Р. Schilder и О. Kauders рекомендуют такую формулу для погружения пациентов в гипнотическое состояние: «Благодаря тому что вы будете спокойно следовать словам гипнотизера и стараться не оказывать никакого внутреннего сопротивления, вы впадете в состояние внутреннего покоя, который, возможно, приведет вас в состояние, напоминающее сон. В таком состоянии то, что я вам буду говорить, будет действовать на вас сильнее. Вы будете более приемчивее к моим словам».

Эту формулу объяснения применяют, когда достижение глубокого гипноза не является необходимым. Если же глубокий гипноз необходим, тогда самым категорическим образом заверяют пациента, что он будет спать.

Далее Р. Schilder и О. Kauders пишут: «Обыкновенно мы заставляем пристально смотреть на ключ или на какой-нибудь блестящий предмет, становимся позади пациента и начинаем, погла-

живая его лоб, говорить приблизительно следующее: «Веки делаются все тяжелее и тяжелее, вы становитесь усталым, вялым, сонным. У вас чувство тяжести во всем теле. Усталость все усиливается. У вас чувство, какое бывает перед засыпанием. Все плывет перед глазами. Вы не можете больше держать глаза открытыми, вы находитесь в состоянии полного глубокого покоя, вы дышите совершенно спокойно, глубоко и ровно. У вас такое чувство, какое бывает перед засыпанием».

Эту формулу Р. Schilder и О. Kauders рекомендуют повторять несколько раз в течение двух—четырех минут. Если у пациента глаза сами собой не закрываются, советуют мягко надавить на веки и сказать в тоне приказания: «Вы закрываете глаза и держите их закрытыми!»

Если пациент сам или после более или менее настойчивого приказания закрыл глаза, рекомендуется продолжать поглаживание лба и повторять формулу в равномерно-настойчивом, но не слишком громком тоне. Если создается впечатление, что необходимая глубина гипноза достигнута, применяют соответствующее внушение.

Л. Lowenfeld рекомендует такие формулы.

Г. «Вы лежите совершенно спокойно и ни о чем не думаете. Усталость и сонливость овладевают вами все больше и больше. На вас больше и больше нисходит чувство покоя, удобного, приятного, благодетельного покоя. Во всех членах, во всех нервах, во всем теле становится все спокойнее. Чувство покоя все более и более проникает в мозг, ваши мысли становятся спокойными, медленными, вялыми, ваше самочувствие все ровнее и ровнее, возбуждение, заботы исчезают, и нервы все более успокаиваются. Глаза постепенно все более и более утомляются, все тяжелеют и тяжелеют, усталость и тяжесть проникают в голову и во все тело; все тело, руки и ноги становятся усталыми, тяжелыми, вялыми, а глаза особенно



утомленными, все утомленнее, все тяжелее. Зрение ослабевает, становится расплывчатым и неясным, а веки непреодолимо тяжелеют, они уже несколько опускаются, опускаются все больше и больше, глаза закрываются все больше и больше». (При этих словах блестящий шарик опускается все ниже и ниже так, что взгляд пациента следует за ним). «Глаза все более и более смыкаются, все более и более. Теперь закрываются совсем». Если этого не достигается, то больному предлагают закрыть глаза.

II. «Глаза закрыты, усталость и сонливость ясней, ощутимей и сильнее. Все спокойнее, все тише в голове, во всех нервах, во всех членах, во всем теле; дыхание становится медленным, спокойным, сердце бьется также медленно и все спокойней и спокойней. Мыслей все меньше, они все медленней и медленней. Они все более сонные и расплывчатые, все более и более смешиваются друг с другом. Вы больше ни о чем не тревожитесь, вы больше ничего не видите, вы больше ничего не чувствуете, вы слышите все заглушенно и слабо». (При последнем замечании голос понижается и делается возможно более монотонным). «Вы все более и более погружаетесь в дремоту».

III. «Становится все лучше; сонливость все сильнее и сильнее, мыслей все меньше, временами они исчезают вовсе. Вы больше ни о чем не тревожитесь, вы больше ничего не чувствуете и не видите; все больше и больше туманится в мозгу, все перепутывается, все расплывается-. Вы все больше и больше проникаетесь дремотой».

739

257

Метод М. Erickson, L. Wolberg («Метод поднятия рук и»). Часто употребляется американскими психотерапевтами. Авторы считают, что этот хотя и трудный метод имеет большое преимущество, так как заставляет пациента участвовать в индукции и подготавливает почву для аналитической психотерапии. Приведем записанный D. L. Chertok (Гипноз. М., «Медицина», 1972) сеанс гипноза по L. Wolberg.

«Я хочу, чтобы вы почувствовали себя удобно на стуле и чтобы полностью расслабились. Теперь, когда вы сели, положите ваши обе руки ладонями на бедра. Вот именно так. Вы будете следить за вашими руками, и вы заметите, что вы сможете внимательно наблюдать за ними. То, что вы должны сделать,— это сесть на стул и расслабиться. Вы заметите, что некоторые явления возникают во время вашей релаксации. Они всегда происходили в то время, когда вы расслаблялись, но вы их прежде так хорошо не знали. Я вам о них сообщу. Я хочу, чтобы вы сосредоточили ваше внимание на всех ощущениях и впечатлениях, которые вы почувствуете в ваших руках, каковы бы они ни были. Возможно, вы почувствуете тяжесть вашей руки, лежащей на бедре, или вы почувствуете напряжение. Возможно, вы ощутите ладонью вашей руки материю ваших брюк или тепло вашей руки на бедре. Я хочу, чтобы вы наблюдали за испытываемыми вами ощущениями. Может быть, вы почувствуете нечто вроде зуда. Неважно, что вы будете испытывать, но я хочу, чтобы вы за этим наблюдали. Смотрите все время на вашу руку, и вы заметите, что она спокойна и что она остается все в том же положении. В ней уже есть движения, но они пока еще не заметны. Я хочу, чтобы вы не спускали глаз с вашей руки. Ваше внимание может отвлечься от вашей руки, но оно все время будет возвращаться к руке, и вы все время не спускаете глаз с руки, и вы спрашиваете себя, когда движения, которые в ней возникают, станут видимыми».

Внимание пациента фиксировано на его руке. Ему любопытно узнать, что произойдет. Внушение не имеет характера насилия. Пациент, заметив то или иное ощущение, будет рассматривать его как продукт собственного опыта; именно этого психотерапевт должен добиться. Пациента искусно заставляют ассоциировать свои ощущения со словами психотерапевта; позднее эти слова начнут вызывать сенсорные или моторные реакции. Так, если в одном из пальцев появится легкое движение или вздрагивание, психотерапевт, заметив это, сообщает, что это движение еще более усилится.

«Интересно будет увидеть, который из ваших пальцев начнет двигаться первым. Может быть, это будет большой палец или указательный, или безымянный, или мизинец. Вы не знаете точно, когда и на какой руке. Смотрите все время внимательно, и вы заметите

258

справа легкое вздрагивание, может быть, правой руки. Смотрите, мизинец вздрагивает и шевелится. В начале движения вы заметите интересную вещь. Пространство, имеющееся между пальцами, расширяется очень медленно, и вы заметите, что пространство между ними расширяется все больше и больше. Они будут расходиться медленно; пальцы расходятся все

больше и больше, все больше и больше, именно вот так».

Это пример прямого внушения, на которое пациент реагирует. Психотерапевт продолжает говорить.

«Вскоре пальцы поднимутся, образуя арку над бедром, как будто они хотят подняться все выше и выше (указательный палец пациента начинает слегка приподниматься). Заметьте, как поднимается указательный палец. В то же время другие пальцы хотят последовать за ним, ну вот они и поднимаются медленно (другие пальцы начинают подниматься). В то время как пальцы будут подниматься, вы почувствуете мягкость в кисти руки, ощущение легкости, тем более что пальцы поднимаются медленно, как будто это перо, как будто это шар поднимается в воздух, поднимается, поднимается, в воздух, в воздух, в воздух, поднимается все выше и выше, все выше и выше (кисть руки начинает подниматься). Когда вы смотрите на поднимающуюся кисть руки, вы замечаете, что вся ваша рука поднимается, поднимается в воздух, немного выше, еще выше, еще выше, еще выше, еще, еще, еще (рука поднялась около 10 см над бедром, и пациент пристально на нее смотрит). Смотрите все время на вашу кисть руки и всю руку, которые поднимаются, и в это время вы почувствуете, как ваши глаза становятся сонливыми и усталыми. В то время как ваша рука продолжает подниматься, вы почувствуете себя усталым, расслабленным, и вам очень захочется спать. Ваши веки сделаются тяжелыми и, возможно, вашим векам захочется закрыться. И в то время как ваша рука будет подниматься все выше и выше, вы захотите почувствовать себя более и более расслабленным, вы захотите спать все больше и больше, и вы захотите испытать чувство покоя и расслабления, закрыв глаза и засыпая».

Если пациент подчиняется внушению, это используют, чтобы подкрепить следующее внушение. Например, когда его рука поднимается, ему внушают, что он заснет именно потому, что его рука поднимается.

«Ваша рука поднимается еще, еще, и вы становитесь совсем сонным, ваши веки делаются тяжелыми, ваше дыхание становится медленным и правильным. Дышите глубоко — вдыхайте и выдыхайте (пациент держит вытянутую руку перед собой, его глаза моргают, и его дыхание правильно и глубоко). В то время как вы смотрите на кисть вашей руки и руку и чувствуете себя все более и более сонным и расслабленным, вы замечаете, что направление вашей руки начинает изменяться. Рука начинает сгибаться, и кисть руки начинает все больше и больше приближаться к вашему лицу, еще, еще, и, пока она поднимается, вы медленно, но верно впа-

9\*

259

даете в глубокий, глубокий сон, в котором вы глубоко расслабляетесь, настолько, насколько вы хотите. Рука продолжает подниматься выше, еще выше, пока не достигнет вашего лица, и вы будете хотеть спать все больше и больше, но вы не должны заснуть, прежде чем ваша рука не достигнет вашего лица. Когда ваша рука дойдет до вашего лица, вы будете спать, глубоко спать».

Теперь пациенту предоставляют возможность регулировать режим, следуя которому, он будет засыпать. Поднимание кисти руки и постепенное засыпание взаимно усиливают друг друга. После того как пациент закроет глаза, он войдет в транс, в создании которого он участвовал.

в «Теперь ваша кисть меняет направление. Она поднимается, она \*поднимается к вашему лицу. Ваши веки становятся тяжелыми. Вы хотите все больше и больше спать (кисть руки пациента приближается к лицу, его веки моргают быстрее). Ваши глаза становятся тяжелыми, и кисть руки поднимается прямо к лицу, вы чувствуете себя очень усталым и сонным. Ваши глаза закрываются, закрываются. Когда ваша кисть руки достигает вашего лица, вы будете спать, глубоко спать. Вы будете чувствовать сильную сонливость. Вы будете чувствовать все большую сонливость, все большую сонливость, вы очень захотите спать, почувствуете сильную усталость, ваши веки тяжелы, как свинец, а ваша рука поднимается, поднимается прямо к вашему лицу, и когда она достигает лица, вы будете спать (кисть руки пациента доходит до лица, и его глаза закрываются)».

«Спите, спите, просто спите. Во время сна вы чувствуете себя очень усталым и расслабленным. Я хочу, чтобы вы сосредоточились на релаксации, на состоянии релаксации без напряжения. Думайте только о том, чтобы спать, глубоко спать».

К. И. Платонов рекомендует следующую формулу словесного внушения: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем и сна. По всему вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют руки и ноги, т\*тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас начинает неодолимо клонить ко сну. Мои голос вы хорошо слышите, я сейчас буду медленно считать до десяти, с каждым счетом ваша

дремота все более углубляется: раз . два . три.. Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Дальше К. И. Платонов рекомендует произносить следующие слова: «Ну, вот, вы сейчас находитесь в состоянии полного покоя, вам дышится спокойно, легко и хорошо. Вы совершенно отрешились от всех ваших забот, волнений и впечатлений дня, на окружающее вы не обращаете внимания. Мои слова продолжаете четко воспринимать. При этом ничто вас не волнует, никаких неприятных ощущений у вас нет, по телу разлилась приятная слабость, ваши руки и ноги отяжелели, отяжелели веки, вас все более и более охватывает дремота, нет желания ни двигаться, ни открывать глаза, ваши

260

веки слиплись, вы все более погружаетесь в глубокий, спокойный сон, вы спите!» (Слово как физиологический и лечебный фактор М., Медгиз, 1957).

0

В. Е Рожнов приводит следующую формулу словесного внушения: «Расслабьте" мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старая- \*•' тесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать Веки ваши тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног и всего тела. Расслабляются мышцы лица, мышцы шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду приближаться к цифре десять, желание спать будет нарастать все больше и больше, все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять, вы заснете».

Примерно такие фразы врач повторяет иногда по несколько раз, монотонным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спите! Спите!» Говорить нужно тихо, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «спать!», «спите!», следует произносить с некоторым ударением, выделяя их из общего тона речи и придавая им императивный оттенок. Слова произносятся с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми. Иногда рекомендуется положить на лоб больному руку и внушать ему, что тепло со лба распространяется на Лицо и на все тело.

Наконец, необходимо упомянуть еще о своеобразном методе погружения в гипнотическое состояние — о так называемом условно-рефлекторном сне (А. Г. Иванов-Смоленский). Больного в затемненной комнате укладывают на кушетку. Над серединой кушетки зажжена блоковая электрическая лампа (зеленая), снабженная сильным полусферическим рефлектором. Врач из соседней комнаты наблюдает за состоянием больного через специальное небольшое окно, причем пациент врача не видит. На 30 с включается электрический звонок, а лампа с рефлектором особым приспособлением приводится в маятникообразное движение вдоль всего тела пациента, от головы к ногам и обратно (20—30 движений в мин). Зеленая лампочка и рефлектор дают значительную тепловую волну. Далее в течение 10—15 с опять звучит звонок, совпадая во времени со свето-тепловыми колебаниями.

После 4—5 таких сеансов пациенты глубоко засыпают на 15— 20-й секунде звучания звонка. Индифферентный раздражитель — звонок — после 4—5-кратного совпадения во времени с безусловным гипногенным раздражителем начинает сам вызывать гипнотический сон. «Любой внешний агент путем сочетания во времени с безусловными стимулами сна может быть сделан условным "творным сигналом» (А Г. Иванов-Смоленский).

ГО. А. Поворинский и В. К. Мягер при лечении больных невро- ЛГ" зами (истерией) применяли также условнорефлекторный сон. Для этого на руке больного фиксировалась манжета с резиновым баллончиком и ее надуванием вызывалось легкое ритмическое сдавливание руки. Монотонное ритмическое сдавливание действует успокаивающе, и уже на втором сеансе больные быстро впадают в глубокий сон, длящийся от 1 до 3 ч. Сон наступает после 15—25 сдавливаний манжеткой.

- J

261

\ Таковы основные способы погружения в гипнотическое состояние.

1 Что можно сказать о приемах, способах и условиях гипнотизирования?

По этому поводу И. П. Павлов писал: «Прежде всего идет вопрос об условиях, вызывающих гипнотическое состояние. Процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит описанные условия у животных. Ранний классический способ гипнотизирования — это так называемые пассы, т. е. слабые однообразно повторяющиеся раздражения кожи, как в наших опытах. Теперь

постоянно применяющийся способ — повторяющиеся слова (к тому же произносимые в минорном однообразном то-не), описывающие физиологические акты сонного состояния. Эти слова суть, конечно, условные раздражители, у всех нас прочно связанные с сонным состоянием и потому его вызывающие. На этом основании может гипнотизировать и гипнотизирует все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием. Это все аналоги цепных отрицательных рефлексов (Ю. В. Фольборта), подобных цепным условным положительным рефлексам, т. е. рефлексам разных порядков, описанным в третьей лекции. Наконец, гипнотизирование истеричных, по J. Charcot, достигается сильными неожиданными раздражителями, как в старом способе гипнотизирования животных. Конечно, при этом могут действовать также и физически слабые раздражители, сигнализирующие сильные, т. е. сделавшиеся в силу совпадения во времени условными по отношению к сильным. Как у животных, так и у людей большинство гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее приводит к цели, чем они чаще применяются» (Поли. собр. соч., т. IV, с. 425).

Подытоживая сказанное о приемах и способах гипнотизирования, нужно отметить, что гипнозу способствует все, что в прошлом совпадало с сонным состоянием. Можно гипнотизировать и под звуки метронома или зуммера, и под пение колыбельной, и под звуки журчащего ручейка, и под звуки ноктюрнов. Но, само собой разумеется, в каждом отдельном случае необходим индивидуальный подход, для каждого больного необходимо выбрать определенный способ или прием гипнотизирования.

262

Приведенные способы гипнотизирования — только примеры из множества подобных, которыми можно с успехом пользоваться.

Формула внушения должна строго индивидуализироваться, как вообще и сама форма гипноза. Прежде всего, она должна быть понятна и коротка; произносить ее необходимо всегда отчетливо. Следует произносить слова несколько отрывисто, сжимая губы и с некоторыми паузами, как это иногда делается при команде. Но только нужно иметь в виду, что командовать — это далеко не то же самое, что внушать. Не нужно резко приказывать, но нельзя и просто просить. Нужно именно внушать. Врач должен говорить вежливо и мягко, звук речи должен быть такой интенсивности и с такими интонациями, чтобы каждое слово «проникало в душу». При словесном внушении вся энергия должна быть сосредоточена именно на слове.

И. В. Стрельчук замечает, что громкость внушения должна соразмеряться в зависимости от гипнотической фазы; так, например, в парадоксальной фазе более эффективно внушение, производимое тихим голосом или шепотом.

Гипнотическая формула должна производить впечатление несомненности реализации, звучать категорически и спокойно.

Что касается интонации, то, как мы уже знаем, если слова будут произнесены робким, неуверенным голосом, они утратят свое суггестивное значение.

Для истеричных особ не подходит обычное монотонное внушение, оно их будет только раздражать, и эффекта не получится. Наоборот, при гипнотизации многих таких субъектов подходит императивный тон.

Но все же каким способом наиболее успешно можно привести больного в более или менее глубокое гипнотическое состояние? И. В. Стрельчук пишет, что гипнотический сон быстрее и лучше всего достигается путем первичного воздействия через ту сигнальную систему, которая более тормозима.

У большинства больных, у которых вторая сигнальная система повышено тормозима (прежде всего при истерии), гипнотический сон легко достигается путем словесного воздействия. Применение у этих больных монотонных звуковых или световых раздражителей \* иногда даже противодействует развитию у них гипнотического сна.

У больных психастенией и навязчивым неврозом гипнотическое состояние быстрее и легче достигается посредством воздействия на

263

Лесанс

Ял

первую сигнальную систему монотонными, ритмическими звуковыми, световыми, кожными и особенно тепловыми раздражителями. У пациентов без резкого преобладания какой-либо одной из сигнальных систем гипнотическое состояние лучше всего достигается посредством воздействия на обе системы, то есть посредством сочетания внушения и применения зрительных, кожных или слуховых раздражителей.

Какая бы техника проведения гипнотического сеанса любым из вышеперечисленных методов, следует оговориться, что особенно на первом сеансе совершенно нецелесообразно прибегать к внушению сна, так как это может не удалиться. Лучше всего на первом сеансе гипноза не стремиться достичь очень многого. Обыкновенно довольствуются тем, что пациенту при легком поглаживании руки внушают ощущение тепла. Если же создается впечатление, что возможен глубокий гипноз, это можно проверить, назвав какое-либо число. Если больной не может повторить это число после пробуждения, значит, он действительно был в состоянии глубокого гипноза.

Иногда больной, проявляющий признаки повышенной внушаемости, во время сеанса вдруг говорит: «Я еще не сплю по-настоящему». Это бывает с сомневающимися, недоверчивыми пациентами, которые думают, что в гипнозе они ничего не должны ни чувствовать, ни слышать. На самом же деле многие такие субъекты находятся в гипнотическом состоянии. В подобных случаях рекомендуется провести так называемый прерывистый, или фракционный, метод гипноза. Некоторые авторы (L. Lowenfeld) рекомендуют не пользоваться словом «сон», чтобы избежать его ожидания со стороны пациента, а говорить о «состоянии, подобном сну». Кроме того, желательно повторять: «Вы ясно слышите то, что я говорю». Эффект достигается и таким путем, больной же не испытывает излишних сомнений.

Тотчас же после проведения сеанса мы просим больного рассказать о том, что он пережил и чувствовал в гипнотическом состоянии. Конечно, если гипноз был поверхностным, больной может уверять, что «все слышал», «не спал» и разве только чувствовал некоторое утомление и ощущал тяжесть в конечностях. Некоторые добавляют, что даже при очень поверхностном гипнозе ощущали «тепло в теле».

Это не должно смущать врача, особенно начинающего

, 264

психотерапевта. Высказывание больного вполне справедливо. Больше того, даже если первый опыт был неудачным, то это еще не доказывает вообще невозможности гипнотизирования данного субъекта. Нужно терпеливо повторять сеансы снова и снова.

Если больной недоволен поверхностным гипнозом и весьма настойчиво уверяет, что он все слышал, что его особенно беспокоил тот или иной шум, что он не мог подавить своих мыслей (последнее часто наблюдается у пациентов с навязчивыми состояниями и фобиями), следует спокойно объяснить пациенту, что для намеченных целей достигнутой степени гипноза достаточно, на следующих сеансах будет достигнута более глубокая степень.

У некоторых больных не достигается даже описанная глубина гипноза, а после сеанса могут наблюдаться небольшое головокружение, головная боль, чувство усталости и тяжести, пошатывание и т. п. При наличии таких явлений (вообще, конечно, нежелательных) можно разъяснить больному, что это постгипнотическое состояние свидетельствует о достигнутом эффекте.

Далее, надо помнить, что некоторые лица на первых гипнотических сеансах стремятся «освободиться» от гипнотизера. Некоторые субъекты без соответствующего внушения со стороны гипнотизера галлюцинируют, мало обращают внимания на его слова и т. д. В этом случае психотерапевт должен овладеть положением посредством энергичного окрика и, если это не удастся, немедленно разбудить гипнотизируемого. Следующие сеансы, которые, кстати, не следует проводить в тот же день, делают возможно короче: этим, как правило, можно достичь того, что пациент охотно будет поддаваться внушению, и предупредить наступление иногда встречающихся истерических сумеречных состояний, которые сами по себе не особенно мешают лечению, но являются немалой помехой для проведения сеансов.

В то время как при более или менее поверхностном гипнозе достаточно точной формулировки внушения и его повторения, при глубоком гипнозе прежде всего нужно считаться с возможностью неполного понимания внушения, ибо в этих случаях речь идет, хотя бы отчасти, о сноподобном изменении сознания при глубоком торможении коры. От этого лучше всего гарантирует повто-

265

рение содержания внушения самим пациентом. Если у больного обнаруживается амнезия, то

нельзя довольствоваться только произнесением формулы внушения, так как больной вообще может не обратить внимания на слова гипнотизера.

Но как быть, если будет прерван раппорт гипнотизера с гипнотиком и последний погрузится в естественный сон, то есть сон гипнотический перейдет в обычный физиологический?

При самой мягкой форме освобождения от гипнотизера прерывается раппорт, и гипнотик продолжает спать, не обращая внимания на попытки разбудить его. Этого можно избежать, если своевременно обратить внимание на наличие контакта и тотчас прервать гипноз, когда восстановление контакта невозможно. Если состояние глубокого сна уже наступило, то часто энергичное встряхивание может привести к пробуждению. Однако при наличии условий лучше оставить пациента спокойно спать: никакого вреда такой сон не причинит. Все же необходимо оговориться, что оставлять без наблюдения даже спокойно спящего в глубоком гипнозе не следует, так как иногда сомнамбулические действия могут проявиться среди кажущегося спокойным гипнотического сна.

Если даже глубокий сон прерван, рекомендуется продолжать наблюдение за пациентом. У отдельных субъектов могут совершенно неожиданно наступить обморок, головокружение. Вообще глубокий гипноз нельзя считать безразличным для организма средством воздействия.

/ ♦ Дегипнозизация

Пробуждение от гипноза достигается суггестивным путем. Целесообразно сделать небольшую паузу после окончания сеанса на несколько минут, соблюдая в течение ее полное молчание. После паузы сначала решительно отменяется все, что было внушено и что не рассчитано на постгипнотическое лечебное действие.

В конце каждого сеанса глубокого гипноза перед пробуждением больного повторяют 2—3 раза специальное терапевтическое внушение. Мы говорим загипнотизированному примерно следующее: «Сейчас вы спите крепким, глубоким, спокойным сном, и всякий раз, как" только вы будете находиться передо мной и я попрошу вас за-

266

крыть глаза, ваши веки тотчас же начнут тяжелесть и плотно смыкаться, тело ослабеет, как в состоянии глубокого сна, по нему распространится приятная истома, окружающие звуки исчезнут. Вы, как и на предыдущих сеансах, будете слышать только мой голос. Ваши мысли исчезнут, и вы мгновенно заснете крепким, глубоким, спокойным сном. У себя дома, как только вы ночью ляжете в постель и закроете глаза, ваши веки тотчас же плотно сомкнутся, приятная истома распространится по всему телу, мысли исчезнут, и вы заснете крепким, глубоким, спокойным сном, не просыпаясь до утра. Но и после сна вы будете всегда бодрым, аппетит будет хорошим, голова свежей, сознание ясным. Ничто не сможет вывести вас из состояния равновесия, вы всегда будете сохранять уверенность в своих силах, у вас появится стремление к работе. Она будет вам даваться легко. С каждым днем вы будете чувствовать себя все более здоровым и спокойным».

И далее, уже перед самым пробуждением: «Теперь я вас разбужу. Я буду считать до трех. По мере того как я буду называть цифры, вы будете просыпаться. На цифре «три» вы проснетесь и будете чувствовать себя бодрым и отдохнувшим. Не останется ни следа от усталости или неприятного чувства после гипноза. Не будет ни головной боли, ни разбитости. Проснувшись, вы окажетесь в хорошем настроении, вполне работоспособным и жизнерадостным, как после нормального, естественного, физиологического сна».

Затем считаем медленно с постепенным усилением голоса до трех, и на последней цифре пациент обычно просыпается. При цифре «три» следует проводить рукой по голове гипнотика или взять его за руку; можно на лицо пациента подуть или овеять его.

Если пробуждающийся с трудом открывает глаза, можно оказать ему легкую помощь, сопровождая ее успокоительными и ободряющими словами.

#### ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ ГИПНОЗА

##### Коллективный гипноз

Выше было указано, что коллективный гипноз впервые был введен в психотерапевтическую практику О. Wetterstrand, а позже применялся В. М. Бехтеревым,

267

М. В. Вигдоровичем, Б. Н. Бирманом, Д. С. Озерецковским, В. М. Гаккебушем, П. Д. Пилипенко и др. В настоящее время он довольно широко используется при лечении таких заболеваний, как наркомании, неврозы и пр. (К. И. Платонов, В. А. Гиляровский, В. Н. Мясищев, И. В. Стрельчук, В. И. Здравомыслов, Н. В. Иванов и др.).

Коллективный гипноз начинают обычно с индивидуальных сеансов. Позже, получив согласие

больного, его включают в группу других больных с такой же симптоматикой. Начинаясь демонстрируют сеансы гипноза на хорошо гипнотизабельных больных. Такая демонстрация гипноза может усилить внушаемость больных; они как бы «заражаются» сонливостью, поддаются взаимовнушению (В. М. Бехтерев). Кроме того, демонстрация обычно убеждает в действительной безвредности и безопасности гипноза.

Основное преимущество коллективного гипноза в том, что он позволяет лечить одновременно большое количество больных, убеждает их, что они не одиноки в своем стремлении излечиться от страдания, вселяет надежду, не дает замкнуться в болезненном одиночестве (П.И.Буль).

Непосредственно перед сеансом коллективного гипноза больных усаживают в удобные мягкие кресла либо укладывают на кушетки. Помещение должно быть полутемным. Затем включают метроном или индуктор. Можно применять не только слабые звуковые раздражители, но и раздражители, воздействующие на зрительный анализатор (мигающая лампочка, медленно вращающийся блестящий предмет, качающийся мятник).

Выждав 5—10 мин., врач, прохаживаясь по гипнотизаторию, начинает словесное внушение тихим, но явственно слышимым всеми больными голосом. Формула внушения должна быть такой же, как и при индивидуальном гипнотизировании.

Сеанс гипноза длится в среднем 25—40 мин. Важно отметить, что при повторных сеансах коллективного гипноза больных необходимо усаживать в те же кресла, в которых они сидели во время предыдущих сеансов

Коллективный гипноз при помощи магнитофона. В 1954 г. С. И. Полинковский применил для коллективного гипноза магнитофон. На ленту записываются крат-

26а

I

кое объяснение сущности гипнотического состояния и обычные словесные внушения.

Вначале врач проводит с больным сеансы без магнитофонной записи, а затем — при помощи магнитофона в палате. Больной слышит знакомый голос гипнотизера и поддается внушению.

Рекомендуется поддерживать индивидуальный контакт с больным путем предварительных бесед с ним не только до сеанса, но и после пробуждения. С. И. Полинковский подчеркивает, что при этой методике «принцип индивидуализации больных является обязательным условием лечения» (1959).

Материал сеанса должен быть записан на ленту без дефектов, посторонних шумов

П. И. Буль, применяя этот метод, нашел, что на многих вообще лучше действует именно речь, усиленная через аппарат. Конечно, с помощью магнитофона можно проводить сеансы не только коллективного, но и индивидуального гипноза. Этот метод может быть использован в тех случаях, когда гипнотизирующий врач по тем или иным причинам не может присутствовать на сеансе

В. Е. Рожнов (1974) считает, что гипнотизирование при помощи магнитофонных записей требует осторожности и сдержанности. Сеансы гипнотерапии с магнитофонным сопровождением нужно начинать лишь через 2—3 сеанса, чередуя их затем с гипнотизированием «живым» словом врача.

Длительный и удлиненный гипноз, гипноз-отдых

Длительный гипнотический сон теоретически разработали и внедрили в практику советские ученые К. И. Платонов, Б. Н. Бирман, И. В. Стрельчук, а затем И. А. Мизрухин, И. Я. Завилянский, С. И. Полинковский и др. Больной находится в состоянии гипнотического сна длительное время — от 1 до 16—18 ч в сутки.

В связи с тем, что состояние гипнотического сна способствует восстановлению работоспособности клеток коры больших полушарий, условнорефлекторной деятельности, К. И. Платонов назвал такой сон гипнозом-отдыхом, или внушенным сном-отдыхом.

Длительный гипноз достигается погружением больного в гипнотическое состояние обычными приемами, лучше всего вечером, перед естественным сном. Находящемуся в состоянии гипноза больному мы внушаем, что он

269

всю ночь будет крепко и спокойно спать и ничто не сможет его разбудить до утра. Утром же он проснется бодрым, отдохнувшим. При необходимости можно утром, после пробуждения, или днем опять установить с больным раппорт и погрузить его в сон.

Полный курс гипносонной терапии обычно длится 10—12 дней и более.

Отметим, что иногда при хорошей внушаемости больного отпадает необходимость проводить сеанс гипноза вечером: на первом же сеансе можно внушить пациенту, что, например, в 9 ч вечера, после обхода дежурного врача, он почувствует непреодолимую сонливость, быстро заснет и будет спать до утра. Более того, больному можно внушить, что его быстро приведет в состояние сна

появление дежурной сестры отделения, то есть передать рапорт другому лицу.

Длительный гипноз показан при физическом и психическом истощении, раздражительной гиперестетической слабости, психогенно закрепленных общих дисфорических состояниях самого разнообразного характера, в период выздоровления, после больших затрат психической энергии, при бессоннице и т. п.

Регулярно применяя успокаивающий длительный гипнотический сон, можно добиться очень хороших результатов: восстановления работоспособности, возвращения субъективного ощущения свежести и бодрости.

С помощью длительного гипноза можно регулировать такие отправления, как прием пищи, опорожнение кишечника, если они нарушены.

Гипносон может быть длительным, постоянным, прерывистым, углубляющим естественный, физиологический ночной сон.

Длительный гипноз, конечно, должен проводиться в стационарной обстановке при помощи подготовленного опытного персонала.

В. Е. Рожнов описал так называемый удлинённый гипноз, заключающийся в том, что сеанс гипнотерапии длится час-полтора, иногда несколько дольше. Этот метод гипнотерапии является промежуточным между обычными 15—20-минутными сеансами и длительным гипнозом. Автор рекомендует применять его даже в амбулаторной практике, причем врач проводит свой текущий психотерапевтический прием и одновременно наблюдает больных, находящихся в соседней комнате в состоянии гипноза, время от времени заходя на 10—15 мин.

270

Молниеносный гипноз

Так называемый молниеносный, или быстрый, мгновенный, гипноз рекомендуется применять у тех больных, которые раньше уже многократно подвергались гипнозу и достаточно внушаемы. Однако есть лица, которые уже на первом сеансе поддаются глубокому молниеносному гипнозу.

Заслуживают внимания указания М. Я- Ходаса на то, что при анализе техники вызывания гипнотического состояния у человека нужно учитывать значение не только приемов, содействующих наступлению условнорефлекторного сна, но и наличие сверхсильного для корковых клеток раздражителя, вызывающего запредельнооторможение.

В определенных случаях для молниеносного гипноза достаточно следующей формулы: «Я касаюсь вашего лба между бровей. Когда я отниму руку, вы будете спать. Раз, два, три!»

Чтобы углубить состояние гипноза, проводят несколько легких пассивов в области лба и лица, говоря при этом медленно и отдельно: «Сонное состояние все усиливается. Все глубже и глубже покой. Вы ни о чем не думаете. Как будто густой туман опускается между вами и окружающим миром. Вы слышите только меня. Вы спите глубоким сном».

Действительно, после этого больной спит глубоким гипнотическим сном и находится в рапорте с гипнотизером.

Молниеносный гипноз может быть достигнут также следующим образом. Больного ставят спиной к врачу возле кушетки, предлагают закрыть глаза, соединить ноги, опустить руки вдоль тела, голову откинуть несколько назад на руки врача, расслабить мускулатуру. После этого говорят: «Вот я отвожу свою руку, и вы чувствуете, как вас тянет назад. Вы медленно падаете, падаете назад... Падайте!» Когда больной действительно падает, следует внезапно, громко и внушительно, властно произнести: «Спите!» После этого сразу наступает вторая стадия гипноза, больного следует только уложить, если нужно, продолжить внушение и проводить лечебный сон.

Следует избегать грубого, «ошеломляющего гипноза», воздействия на больного окриком, устрашением и т. п.,

271

как это делали Faria и др. При лечении гипнозом необходимо не строгое, грубое обращение^ а настойчивое, но мягкое внушение.

Прерывистый, или фракционный, гипноз

Когда больного гипнотизируют впервые, нельзя быть уверенным в действии гипноза, хотя и наблюдаются сонливость и повышенная податливость. В таких случаях пациента будят и сейчас же подвергают гипнозу снова, внушая ему при этом, что каждый последующий гипноз будет действовать сильнее, чем предыдущий. После пробуждения пациента просят рассказать о своих переживаниях во время коротких сеансов. Сообщение гипнотиков служит исходным пунктом для дальнейших этапов гипнотизирования.

Погрузив больного в ту или иную степень гипноза, врач внушает примерно следующее: «Теперь я



буду считать до трех. На цифре «три» вы проснетесь и откроете глаза. Но затем я снова погружу вас в новое, более глубокое гипнотическое состояние. Считаю. Раз... Два... Три... Очнитесь! Откройте глаза!»

Затем приступают уже к повторному усыплению, учитывая все положительные и отрицательные моменты, выявившиеся при расспросе больного: «Теперь вы закроете глаза и будете погружены в более глубокий сон. Потом я вас разбуду и снова усыплю еще крепче» (П. И. Буль).

Этот прием можно повторить несколько раз подряд. Таким образом достигается быстро проявляющаяся и усиливающаяся восприимчивость к гипнозу.

#### Наркогипноз

Метод наркогипноза заключается в том, что перед обычным словесным внушением больному дают какое-нибудь снотворное.

Этот метод особенно показан в трудных случаях, при страхе, общей нервной возбудимости больного и т. п. Наркогипноз рекомендуется и для сокращения срока гипнотизирования.

Предварительный прием снотворного вещества создает уже в начале сеанса определенное тормозное со-

272

стояние Корбф больших полушарий, проявляющееся в сонливости и дремоте.

При назначении снотворных необходимо строго учитывать их фармакодинамические особенности, соблюдать интервал между приемом снотворного и началом гипнотического сеанса. Снотворное применяют для того, чтобы больной зашел в кабинет врача уже в определенном дремотном состоянии.

Для наркогипноза можно рекомендовать такую пропись:

Rp.: Barbitali

Barbitali-natrii aa 0,2 Phenobarbitali 0,05 Amidopyrini 0,1 M. f. pulv. D.t.d. N 10 S. Один порошок за полчаса до сеанса.

Если сонливость от приема этого порошка не наступает в течение 25—40 мин, что может наблюдаться особенно у наркоманов, на следующий день перед сеансом больному дают добавочно столовую ложку 3% раствора хлоралгидрата. Когда же и это не дает желаемого результата, можно применить внутримышечное введение барбитала или гексенала (3—5 мл 10% раствора), сернокислой магнезии (10 мл 25% раствора). Внутривенное введение этих веществ, особенно гексенала и барбитала, также показано, но при этом сон может наступить очень быстро, и поэтому в раппорт с таким больным можно вступить только после пробуждения от наркоза.

«Наркоген»-психотерапия. Метод разработан Р. Ко-песпу. Под действием трихлорэтилена у больного постепенно наступает состояние наркоза. Причем в первой фазе наблюдается мощная, «бурно проходящая реакция», после которой пациент совершенно успокаивается. В фазе наркотического сна психотерапевт рационально разъясняет (пока пациент спит) этиопатогенез заболевания, заканчивая сеанс внушением, как обычно при гипнозе.

Гипноз для замещения и пролонгирования действия лекарств.

Известно, что острые вегетативно-висцеральные расстройства (тахикардия, псевдоастматические приступы, кишечные кризы и т. п.), сопровождающиеся страхами, гипнозом снимаются с трудом. В то же время они купируются большими дозами резерпина, эфедрина, опия и др. Систематическое применение этих средств может привести

273

к привыканию. Чтобы избежать этого, А. Я. Страумит и С. С. Ли-бих рекомендуют первый сеанс гипнотерапии сочетать с соответствующим лекарством, причем не следует фиксировать на этом внимание больного. После нескольких сочетаний, даже с плацебо, гипнотическое внушение устраняет болезненные симптомы.

Сомнопсихотерапия

В 1949 г. М. М. Перельмутер описал особый вид психотерапии, названный им сомнопсихотерапией. Внешне этот метод сходен с наркогипнозом, наркосуггестией и наркоанализом, описанными зарубежными авторами, но отличается от них глубиной сна.

Сущность метода заключается в том, что психотерапевтическое внушение или беседа проводятся при достаточно глубоком медикаментозном сне. Перед внушением больным вводится гексенал.

Находящимся в состоянии глубокого наркоза делают различные внушения (суггестия в императивной форме, позже и рациональная психотерапия). При этом факт внушения полностью амнезируется.

М. М. Перельмутер исходит из того положения, что даже при неясном или выключенном

сознании, при тормозном состоянии коры больших полушарий больные способны воспринимать известные раздражители, в частности слова психотерапевта. При этом он ссылается на В. М. Мыша, который считает, что не всегда факт утраты воспоминаний свидетельствует об изменении сознания больного.

Автор успешно применил этот метод при лечении шизофрении, реактивных состояний, психопатий, циркулярного психоза.

Самовнушение в начальных стадиях гипноза

В 1890—1892 гг. В. М. Бехтерев разработал оригинальный терапевтический прием так называемого самовнушения в начальных периодах гипноза и установил возможность излечения этим способом от трудно поддающихся другим видам лечения навязчивых идей.

В. М. Шпак и Г. В. Нощенко, которые довольно детально разработали данный метод психотерапии, считают, что в основе терапевтического механизма его лежит выработка условных связей через вторую сигнальную систему, «возбуждение которых угашает (отрицательная индукция) патологический очаг застойного возбуждения».

274

Лечение проводится следующим образом. Больного погружают в состояние легкого гипнотического сна, во время которого делается соответствующее внушение. Сеанс проводится амбулаторно раз в неделю, в свободные же от сеанса дни больной должен систематически повторять формулу внушения, по возможности «воспроизведя в памяти ту обстановку, в которой производилась внушение». Продолжительность лечения — 2—6 нед.

Метод самовнушения в начальных периодах гипноза оказался наиболее эффективным при психастении, неврастении, истерии, затяжных постинфекционных астенических состояниях.

Заочный гипноз

Своеобразным методом внушения является так называемый заочный гипноз, гипноз на расстоянии.

Давно установлено, что гипноз можно вызвать не только непосредственным влиянием личности на личность, но даже через такие предметы, как фотографическая карточка, письмо, телефон, радио и т. д. Конечно, нужна предварительная гипнотизация объекта гипнотизером, который хочет применить внушение на расстоянии.

Врач пересылает подготовленному больному свою фотографическую карточку и в сопроводительном письме указывает, что в случае появления симптомов нервного заболевания больной должен, пристально глядя на карточку, припомнить прошедшие сеансы, заснуть и через 10—20 мин проснуться с чувством полного облегчения. Можно также написать субъекту, которого вы раньше гипнотизировали, записку такого содержания: «Прочитайте и засните. Через пять минут проснитесь». Так удается вызвать гипнотический сон.

Киевский психиатр В. М. Гаккебуш успешно применял этот метод в тех случаях, когда больной не имел возможности прибыть в клинику для непосредственного лечения. В. М. Гаккебуш писал: «Первое условие моего согласия на проведение лечения — полная откровенность в письмах... первые письма посвящаются детальному ознакомлению меня со всей своей жизнью, с окружающей средой, интересами, занятиями и пр., с особенностями характера, привычками, строением тела и т. п.».

275

В этот период врач задает только дополнительные вопросы, регулирует сообщение сведений. Когда же личность корреспондента выяснена, инициатива переходит в руки лечащего врача.

В этом виде внушения нет ничего загадочного и тем более сверхъестественного. Вспомним павловское положение, что гипнотизирует вообще все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием.

Гипнозо-электросон

И. М. Виш и В. П. Ларионов (1957) разработали методику гипнозо-электросна. Она заключается в том, что гипнотическое внушение предшествует воздействию током, который включается в тот момент, когда больной под влиянием внушения начинает засыпать или уже спит. С включением тока сон быстро достигает значительной глубины и протекает спокойно до конца сеанса.

Комбинированную методику электросна и гипнотерапии рекомендуют также М. С. Лебединский, А. К. Михайлов, В. Т. Зайцева, М. К. Злуникина.

И. М. Виш и В. П. Ларионов предлагают использовать данную методику для лечения хронического алкоголизма.

Особенно детально разработали принципы и методику электросна и гипноза при лечении тяжело

протекающих дерматозов М. М. Желтаков, Ю. К. Скрипкин и Б. А. Сомов (1963). Они считают, что наилучший терапевтический результат дает комплексное применение электросна и гипноза.

#### Психокатарсис

Метод катарсиса предусматривает лечение неврозов гипнозом, во время которого в памяти больного воспроизводятся «ущемленные аффекты», вернее, сексуальные травмы (подвергшиеся забвению). Сторонники психокатарсиса считают, что осознание сексуальной травмы ведет к излечению невроза.

Действительно, в отдельных случаях, применяя этот метод, можно добиться положительного терапевтического эффекта.

276

Мы не сторонники психоанализа и не трактуем неврозы с сексуальной точки зрения. Однако можно считать неоспоримым, что не-отреагированные психические травмы, вовсе не обязательно сексуальные, могут иметь патогенетическое значение. И, конечно, в некоторых случаях отреагирование, осознание этих моментов может способствовать правильному лечению. Между прочим, Л. Б. Блу-менау писал: «Восстановление в памяти патогенных переживаний, не столько для психорефлекторного отреагирования, сколько для разрядки аффекта ассоциативным путем, имеет бесспорное теоретическое обоснование».

Основным приемом катарсиса является вызывание у больного гипноидного состояния с тем, чтобы, ослабив «цензуру» сознания, снова воспроизвести прежние травмирующие переживания больного.

Особенно популяризировал этот метод V. Frankl (1927). Правда, он стремился использовать метод «рассказа в гипнозе» не с позиций преодоления вытеснения (как это делали фрейдисты), а для уточнения тех или иных моментов, вызвавших невротическое состояние.

М. М. Асатиани (1926) использовал гипнотическое состояние для воспроизведения «репродуктивных переживаний».

Психокатарсический метод рекомендовал и наш известный психотерапевт С. И. Консторум (1959). Фактически этот метод используется для самого тщательного собирания анамнеза. Особенно он показан у истеричных личностей, которые нередко дают неполный анамнез. Однако С. И. Консторум предупреждает, что к данным, полученным в катарсисе, следует относиться критически, так как истеричные субъекты склонны к фантазиям, вымыслам и могут ввести в заблуждение лечащего врача.

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О ГИПНОЗЕ

Продолжительность, частота в количество сеансов гипноза

Продолжительность отдельного гипнотического сеанса составляет в общем не менее получаса. В противоположность лечению внушением в состоянии бодрствования, когда лучше всего добиться успеха на первом же сеансе, а затем лишь закреплять достигнутое упражнениями, гипноз требует преимущественно продолжительного применения.

277

В отношении повторных сеансов гипноза выяснено, что у одного и того же человека каждый последующий гипноз наступает быстрее. Поскольку слово является мощным реальным раздражителем, его нужно определенным образом дозировать. Количество гипнотических сеансов, которое нужно проводить в том или ином случае, зависит от характера заболевания, его тяжести, давности, типа высшей нервной деятельности больного, его внушаемости, а также от степени эффективности лечения.

В среднем курс лечения гипнозом обычно не превышает 10—15 сеансов, хотя, естественно, число сеансов может быть и значительно меньше, и больше; здесь опять-таки должен быть индивидуальный подход.

Частота гипнотических сеансов — два-три в неделю. В начале лечения рекомендуется проводить сеансы более часто, через день, иногда и каждый день. Затем, когда наступают определенные сдвиги в сторону улучшения, они назначаются реже.

Учитывая, что каждый образованный условный рефлекс в силу даже одних внутренних отношений подвержен постоянным колебаниям вплоть до полного истощения, в некоторых случаях нужно повторить курс лечения гипнозом через 2—3 мес, полугодом или год. Это особенно относится к страдающим различными видами наркоманий, навязчивыми состояниями, условнорефлекторной импотенцией и т. п. Не следует резко обрывать сеансы, а нужно лишь постепенно удлинять паузы между ними. Лечение внушением в гипнозе требует времени, отдельные спорадические сеансы в большинстве случаев не имеют смысла.

Следует указать, что изредка в силу характерологических особенностей пациента или в связи с необходимостью особо сложных манипуляций с научной целью бывает необходимо присутствие свидетелей. Поведение присутствующих не должно мешать проведению сеанса. Даже такие, на первый взгляд, мелочи, как болтание под столом ногами, постукивание пальцами по столу, могут мешать сосредоточению больного, часто помимо его сознания. Присутствующие не должны вмешиваться в беседу психотерапевта с больным, чтобы случайно не нарушить направление ассоциаций больного, которое создается психотерапевтом.

278

Всякие впечатления, отвлекающие внимание больного от гипнотизера, должны устраняться и предотвращаться. На всем должна лежать печать серьезности и торжественного спокойствия. На лице у каждого больного должен видеть выражение участия к его страданию. Присутствующие на сеансе должны быть в медицинских халатах.

Терапевтический эффект гипноза может быть ослаблен экспериментами, не преследующими лечебных целей. Не следует пользоваться терапевтическим глубоким гипнозом для гипнотических экспериментов, которые всегда вызывают по отношению к гипнотизеру неблагоприятное впечатление, мешающее достижению терапевтических целей.

- Не всегда нужно внушать пациенту и последующую забывчивость. Точно так же не рекомендуется пользоваться гипнозом для того, чтобы заставить пациента довериться вам то, что он еще не высказал в состоянии бодрствования. Отсюда ясно, что не следует заставлять больных во время сеансов говорить; этим у некоторых субъектов иногда можно вызвать даже истерические состояния.

Любой, не диктуемый медицинскими целями эксперимент во время гипноза, как правило, сопряжен с риском освобождения загипнотизированного от влияния гипнотизера.

Проведение экспериментального гипноза можно оправдать только серьезным научным интересом и лишь при наличии соответствующей подготовки психотерапевта.

Перевод естественного сна в гипнотический

Можно перевести гипнотический сон в обычный, естественный, и, наоборот, естественный сон в гипнотический, устанавливая раппорт со спящим.

Приемы перевода естественного сна в гипнотический были известны в народе очень давно. Они описаны Л. Л. Васильевым (1925), с лечебной целью применялись П. И. Булем.

Перевод нормального сна в гипнотический бывает целесообразен в тех случаях, когда тот или иной больной трудно поддается гипнотизации. Легче всего

279

осуществить перевод у лиц, которые говорят во время обычного сна.

Для перевода естественного сна в гипнотический усаживают возле спящего и, выждав 3—5 мин, берут его за руки или очень осторожно кладут свою руку на его лоб, или, наконец, проводят руками вдоль его тела, не прикасаясь к коже (пассы). После этого вначале тихо, но постепенно громче и громче обращаются к спящему примерно со следующими словами: «Не пугайтесь. Спокойно продолжайте спать. Не просыпайтесь! Вслушивайтесь в мои слова. Они вас не тревожат, не беспокоят, не будят. Спите еще глубже! Не просыпайтесь! Спите, спите крепче! Вы ясно слышите меня. Спите, спите глубже! Мой голос вас успокаивает. Теперь вы будете отвечать на мои вопросы, но при этом будете спать. Отвечайте, как вас зовут. Отвечайте!».

Обычно после этого многие вступают в хороший гипнотический раппорт, действительно начинают правильно и логично отвечать на задаваемые вопросы. Голос при ответах бывает несколько приглушенным, тихим, речь не совсем внятной.

Вступив таким образом в раппорт со спящим, легко начать соответствующее лечебное внушение. Теперь субъекта можно заставить сесть на кровати, встать. Удастся вызвать и каталептоидное состояние.

Когда лечебное воздействие закончено, нужно внушить пациенту, что в следующий раз он во время обычного сна особенно легко вступит с врачом в контакт и при этом не проснется.

~~ -Возможен ли гипноз против желания

Ж. Braid утверждал, что ни один период гипнотического состояния не может быть вызван без согласия самого усыпляемого, что «никто не может очутиться в этом состоянии ни в каком периоде, если только он сам добровольно не согласится». Н. Bernheim присоединяется к этому мнению. Он считает, что гипнотический сон зависит не от гипнотизера, а от самого субъекта, которого усыпляет его собственная вера; никто не может быть усыплен против воли, если он сопротивляется приказанию. А. Beaunis, наоборот, говорит: «Несмотря на эти авторитеты, я не

могу выразиться так же утвердительно,

280

и я наблюдал факты, доказывающие, что человек прекрасно может быть загипнотизирован против его воли; однако для этого необходимо одно условие: чтобы этот человек был уже когда-либо ранее гипнотизирован».

Положительно вопрос разрешил R. Heidenhein, гипнотизировавший солдат, которым начальство запретило засыпать и которые, естественно, не желали нарушить приказ.

Действительно, загипнотизировать против желания и при сопротивлении, по-видимому, возможно. Ведь тормозное состояние коры больших полушарий может быть достигнуто и без ярко выраженного желания спать; более того, сознательное желание спать, уснуть как можно быстрее может даже препятствовать наступлению сна.

Кроме того, как удачно высказался A. Forel, человек прежде всего должен обладать способностью «нехотения» для того, чтобы действительно «свободно» не желать быть загипнотизированным.

Но если субъекта можно в самом деле загипнотизировать даже при его внутреннем сопротивлении, хотя, может быть, и не сразу, а через много сеансов (O. Wet-terstrand смог загипнотизировать одну пациентку только на 75-м сеансе), то сам факт такого упрямства со стороны больного должен насторожить психотерапевта.

Врач должен выяснить причину нежелания быть загипнотизированным, и если после собеседования субъект продолжает упорствовать, необходимо отказаться от применения гипноза.

О диагностике гипноза

Для успешного лечения внушением в гипнозе гипнологу необходимо знать состояние высшей нервной деятельности гипнотика. Необходима полная осведомленность о глубине гипнотического состояния, так как только установив, в какой гипнотической фазе, в какой стадии находится гипнотик, установив глубину гипноза, мы можем правильно применять ту или иную лечебную формулу, лечебное воздействие и не будем действовать наугад.

Знание глубины гипноза особенно необходимо при использовании его как анальгезирующего метода, на-

281

пример, в хирургической, акушерской, зубоврачебной практике.

\ Пожалуй, одним из первых симптомов наступившего V гипнотического состояния является птоз верхних век, их B паретическая неподвижность. В этой первой стадии гипноза, которую французские авторы обозначили как «шарм» (франц. charme — очарование), довольно надежным признаком развивающегося гипнотического состояния является дрожание опущенных век гипнотика, никогда не наблюдающееся при глубоких степенях гипноза.

Для установления гипнотического состояния имеет большое значение понижение или исчезновение болевой чувствительности (гип- и анестезия). Совершенно справедливо указывает Б. А. Токарский (1936), что не надо смешивать гипестезию и анестезию в результате прямых соответствующих внушений с анестезией спонтанной, присущей гипнотическому состоянию в качестве одного из кардинальных его симптомов.

Анестезию, которая определяется в гипнозе пробой иглой (укол кожи), симулировать трудно; это безошибочно можно доказывать плетизмографически (спазм периферических кровеносных сосудов).

Важно, что на месте произведенного укола обнаруживается лишь незначительная кровоточивость (она может вообще отсутствовать).

Необходимо, впрочем, заметить, что бывают случаи сильной внушаемости и без гипноза, когда полная болевая нечувствительность может вызываться внушением наяву, в состоянии бодрствования, при открытых глазах. В этих случаях лишь чистота эксперимента, полное устранение суггестивных моментов могут дать возможность судить о наличии гипнотического состояния (Б. А. Токарский).

Постоянным и безусловным симптомом является отсутствие глотательных движений. Если налицо даже редкие глотательные движения, гипноза нет или он поверхностный. Характерно для гипнотического состояния отсутствие покашливаний, чихания, периодических вздохов. Собственно говоря, при гипнозе общая гипестезия бывает настолько выражена, что больной не только не чувствует мелких раздражений, например посторонних запахов, но и раздражения гортани; поэтому у него нет необходимости проглотить слюну, откашляться.

282

В гипнозе отмечается понижение восприимчивости к слуховым раздражениям, а также

способности их правильно оценить.

Каталепсия (восковидная гибкость, *flexibilitas cerea*) является верным диагностическим признаком наступившего гипноза. Однако одна только каталепсия, без других дополнительных симптомов, не может служить доказательством развившегося гипнотического состояния. Всегда следует помнить о ложной каталепсии (псевдокаталепсии).

Ложную каталепсию можно обнаружить по следующим признакам: а) если в гипнозе не было никаких специальных внушений, то рука гипнотика, поднятая до определенного уровня гипнотизером (или кисть с приданной особой расстановкой пальцев), может возвратиться в первоначальное положение; при этом вскоре можно заметить покачивание от нарастающего чувства усталости; б) если определенное мышечное состояние было\_ внушено, то рука может некоторое время еще держаться, но собственно восковидной гибкости не будет; при этом конечность поднять труднее, чем опустить, а приданное пальцам неестественное положение не сохраняется.

Когда возникает сомнение в подлинности каталептоидного состояния, проделывают следующий эксперимент. Без предварительного внушения руку гипнотика поднимают за указательный палец и неожиданно отпускают. При наличии истинной гипнотической каталепсии поднятая рука остается застывшей, неподвижной. Если объект находится в гипнозе, но каталепсии нет, то поднятая вверх конечность медленно опустится, но может застыть в любом положении, когда коснется точки опоры, а не встретив препятствия, упадет беспомощно вниз, повиснув вдоль тела.

При отсутствии состояния гипноза, а следовательно, и каталепсии, когда больной сохраняет приданное приподнятое положение конечности сознательно, он тоже опустит ее, но при этом не будет безжизненного повисания, легко заметить удобное ее укладывание, часто с дополнительными движениями.

Об истинной гипнотической каталепсии свидетельствует также довольно длительное сохранение приданной неудобной позы руки, туловища, приподнятой ноги и пр., что трудно осуществимо при псевдокаталепсии. Конечно, при внушении длительного сохранения неудобной позы у гипнотика будет развиваться усталость и приподнятая, например, рука начнет опускаться вниз,

283

но это опускание происходит очень медленно, равномерно, без дрожания, с неизменным ритмом.

На одной из павловских клинических сред (1 июня 1932 г.) И. О. Нарбутович указывал, что для точного определения истинной каталепсии надо поднимать руку гипнотика и опускать так порывисто, как будто она должна упасть: «Если настоящая каталепсия есть, то при порывистом движении рука все равно застынет».

В 80-х гг. XIX столетия И. П. Павлов, занимаясь гипнозом, определял стадию гипноза так: «Я привожу больную в гипнотическое состояние, убеждаюсь, что она в гипнозе, придаю ей известную позу, например «нос», устраиваю и т. д. Потом говорю: — Как вам не стыдно! и т. д., и она ничего не может сделать. Она потеряла произвольную власть над мышцами и работой уравнивающего рефлекса» (Клинические среды, 1 июня 1932 г.).

Двигательные проявления в гипнозе, как правило, носят характер выраженной заторможенности по сравнению с такими же движениями в состоянии бодрствования. Они обычно медленны, «безжизненны, как бы насильственно исторгаемы» (Б. А. Токарский), имеют механический характер. Гипнотик производит только те движения, которые ему внушены. И это уже может служить дифференциально-диагностическим признаком: если гипнотик проявляет творчество в выполнении двигательных актов или же колеблется в выборе того или иного движения, то это говорит или об отсутствии гипноза, или же о гипнозе поверхностном.

Далее, при истинном гипнозе могут наблюдаться однообразные (стереотипные) движения, а также автоматизмы, и, чтобы то или иное внушенное движение прекратилось, как правило, необходимо добавочное словесное внушение.

Если, например, гипнотику были внушены даже устрашающие зрительные галлюцинации, то эмоция, сопровождающая эти галлюцинации, обычно весьма бурная, но эмоциональные, движения быстро гаснут, сопутствующие мимико-соматические реакции более или менее бледны.

В более глубоких стадиях гипноза' без каких-либо специальных внушений у гипнотиков можно отметить повышенную потливость (капли пота выступают на носу, лбу, шее, ладонях).

Речь гипнотика отличается выраженной заторможенностью по сравнению с речью в состоянии бодрства-

284

ния. Находящийся в гипнозе самостоятельно никогда не разговаривает, а только отвечает на

вопросы, причем коротко, лаконично, только по существу (нет, да), без каких-либо вводных предложений и тем более без детализации. Если гипнотик не расслышал вопроса, то он обычно молчит, остается неподвижным и никогда не переспрашивает.

Наконец, важным симптомом истинного гипноза является амнезия как таковая и особенно степень ее полноты.

После пробуждения гипнотика, находившегося в состоянии стояния глубокого сна, возможно частичное воспоминание о пережитом гипнозе, то есть может наблюдаться неполная, частичная амнезия. Мы в своей практике для определения наличия или отсутствия амнезии предлагаем находящемуся в гипнозе, после того как проснется, произвести то или иное действие, например, переставить стул на другое место, положить шляпу на стол и пр. Если он после пробуждения выполняет это внушение, то, конечно, в таком случае амнезия отсутствует.

Объективные симптомы гипноза помогают гипнологу распознавать и оценивать гипнотическое состояние, его фазу. Необходимо помнить, что объективные признаки гипноза могут варьировать до бесконечности в зависимости от типа нервной системы и от разных добавочных воздействий.

Патологический гипноз

L. Lowenfeld описал особую форму гипноза, которую он назвал патологической. При этой форме наблюдаются судорожные явления, однако судороги в любой момент можно устранить, раппорт, как правило, сохраняется, врач остается руководителем и может привести больного в состояние бодрствования. Это очень редкая форма гипноза, встречающаяся только при истерии.

Примером патологического гипноза может служить следующее наше наблюдение.

Больная В., 29 лет. Поступила во Львовскую психоневрологическую больницу 15/VIII 1954 г., выписана 14/XII. Диагноз: истерия.

Развивалась нормально. Окончила 7 классов средней школы, а затем работала счетоводом. Замужем с 23 лет. Была одна беременность, закончившаяся абортom. С мужем живет хорошо.

285

Считает себя больной с 23-летнего возраста, когда появились «судорожные припадки», вначале редкие, затем участвовавшие. Они всегда возникали после волнений. Непосредственно перед поступлением больной в стационар припадки участились.

Во время пребывания в стационаре у больной были частые припадки по самому незначительному поводу в связи с внешними раздражениями. Падая во время припадка, больная никогда не ушибается. Тонические судороги отсутствуют, но наблюдаются клонические судороги, размашистые движения, изгибание дугой. Издает нечленораздельные звуки. Зрачки во время припадка вяло реагируют на свет. Оборонительная реакция на сильные болевые раздражения сохраняется. Все, что происходит во время припадка, больная помнит. Ясность сознания после припадка возвращается сразу.

Со стороны физического и неврологического статуса отклонений от нормы не выявлено.

Психический статус: вне припадка сознание у больной ясное, все виды ориентировки сохранены.

Расстройств восприятия, памяти, внимания, мышления, интеллекта не отмечается.

Обнаруживаются аффективная возбудимость, неустойчивость.

19/X 1954 г. проведен сеанс гипноза. Усыпление производилось словесным методом с применением блестящего шарика и зуммера (для утомления слухового анализатора). Сон наступил быстро. Наблюдалась явная каталепсия. Однако спустя 3 мин после усыпления появился общий тремор (рук, ног, всего тела); это состояние завершилось типичным истерическим припадком. После пробуждения от гипноза больная около 5 мин заметно заикалась. Еще через 10 мин она совершенно успокоилась, заикание исчезло. Амнезии не наблюдалось.

13/XII усыпление производилось по мгновенному «молниеносному» методу. Сразу наступила вторая стадия гипноза (каталепсия). Через 2<sup>^</sup> мин появилось состояние истерического возбуждения: крик, размашистые движения рук к ног, дуга J. Charcot и пр. Лишь на сильный крик: «Прекратить!» больная реагировала прекращением судорог. Сеанс гипноза был продлен, однако после некоторого успокоения опять наступил истерический припадок, длившийся 3 мин. После пробуждения больная возбуждена, о припадке сохранила смутное воспоминание.

Как же можно объяснить с физиологической точки зрения патологический гипноз? Такой вопрос был задан Б. Н. Бирманом на одной из сред (18 мая 1932 г.) И. П. Павлову. По мнению И. П. Павлова, такие субъекты, прежде всего, принадлежат к типу быстро засыпающих. «У маленьких детей это обыкновенная штука. Самый переход в сон непременно сопровождается возбуждением. У щенят тоже так бывает. Это зависит от быстроты распространения торможения». На вопрос о том, почему в гипнозе оживают патологические комплексы, И. П. Павлов ответил: «Мне так

кажется, что когда у вас имеется гипноз, некоторое торможение, то оно у

286

вас на высшей инстанции — на лобных долях, а дальше переходит на остальные анализаторы, при этом торможение движется по различным слоям коры. Тут же кора сразу вся быстро тормозится и индуцирует положительно подкорку, и получаются плач, гнев и другие эмоции. А немного спустя получается рефлекс, каталепсия и т. д. Это зависит от быстроты распространения по нервной системе торможения. Есть люди, которые засыпают моментально, как только приложат голову к подушке». Если субъект, который приведен в гипнотическое состояние, начинает разговаривать, переживать какие-то сцены, это объясняется тем, что торможение захватывает главным образом вторую сигнальную систему.

Нежелательные последствия гипноза и противопоказания к нему

Большинство психотерапевтов считают, что нежелательным явлением при лечении гипнозом может быть, прежде всего, известная душевная подчиняемость пациента своему врачу, наступающая в основном при длительном лечении. Такой пациент не решается на самостоятельные действия, не может покинуть сам кабинет врача, считая, что по поводу каждой мелочи ему нужны совет и помощь.

Считают, что людей с более или менее крепкой нервной системой, которые могут преодолеть собственными силами свои невротические (психогенные) расстройства, гипнотизировать не следует.

Более неприятное явление при гипнозе, развивающееся у некоторых больных, чаще у женщин, — чрезмерное чувство привязанности, симпатии к лечащему врачу. Вообще женщин с повышенной чувствительностью, иногда лживых, очень поддающихся самовнушению, врач должен гипнотизировать в присутствии третьего лица, так как возможна клевета со стороны гипнотизируемой.

Некоторые трудности могут возникнуть при гипнотерапии истеричных лиц с дебильностью. В попытке гипнотизировать их больные часто видят лишь случай проявить «сильную волю». Поэтому при сочетании истерии и дебильности с определенной негативной установкой к гипнозу прибегать к последнему следует лишь в случаях крайней необходимости.

287

Далее, иногда гипноз влечет за собой скоропреходящие ощущения утомления, беспокойства, страха, обморок или припадок судорог, о чем упоминает А. Kronfeld. Однако эти явления, к счастью, всегда быстро проходят. Врач должен подготовиться соответствующим образом такого больного.

Нежелательное осложнение — неожиданный переход гипноза в истерическое сумеречное состояние с сильным проявлением аффектов («буйством подкорки»). При помощи резкого, властного и повелительного тона или довольно сильного болевого раздражения легко удастся купировать истерическое сумеречное состояние. Если это не удастся, больного следует перенести в отдельную комнату, по возможности без всякой обстановки, и предоставить его самому себе до прекращения сумеречного состояния.

Длительное сумеречное состояние является нежелательным осложнением, и больных со склонностью к таким состояниям, особенно с истерией и дебильностью, лучше не гипнотизировать.

Е. Wineburg и N. Straker описывают случай, когда гипнотерапия закончилась эпизодом «острой деперсонализации». У больной после сеанса гипноза неожиданно возникла беспричинная тревога; она навязчиво вспоминала голос врача, странно себя вела, боялась потерять контроль над собой, не могла выполнять обычную работу, находилась как бы в полусонном состоянии. Все эти явления наблюдались несколько часов. Больная объяснила свое состояние боязнью того, что ей внушили неприличные действия, которые она могла выполнить и потом не помнить об этом.

х Большинство гипнологов не рекомендуют гипнотизировать больных, которые без показаний очень упорно настаивают на применении этого метода лечения; это относится также к больным, наслышавшимся или начитавшимся о гипнозе и имеющим о нем неправильное представление.

Иногда приходится выслушивать опасения больного, что он может «не проснуться от гипноза». Это, конечно, предрассудок несведущих людей. Еще никем, нигде и никогда не зарегистрировано ни одного подобного случая.

Что касается прямых противопоказаний к гипнозу, то необходимо прежде всего отнести к ним наличие резкой интоксикации и высокой температуры, состояние затемнения сознания (обмороки, оглушение, сопор, кома),



сумеречные, делириозные, галлюцинаторно-параноидные и особенно аментивные синдромы различного происхождения.

Несомненно, противопоказан гипноз и в тех случаях, когда сеанс провоцирует возникновение истерических припадков или эпилептического приступа (впрочем, это бывает обычно при недостаточной квалификации врача).

Противопоказано гипнотизировать больных, которые испытывают страх перед гипнозом, так как в таких случаях гипноз часто малоэффективен. Однако умелой психической подготовкой можно избавить больного от чувства страха.

Конечно, не рекомендуется применять гипноз и в случаях резко отрицательной установки на гипноз.

Вопрос о противопоказании к гипнозу при выраженных психозах и, в частности, при шизофрении, особенно параноидной, до сих пор является дискуссионным.

Судебно-медицинское значение гипноза

Судебно-медицинское значение гипноза и внушения с XIX столетия было предметом многочисленных исследований, предпринимавшихся как врачами, так и юристами. Впервые данные о гипнотизме, относящиеся к уголовному праву, опубликовал Lilienthal. Он писал, что современное уголовное право имеет достаточно точек опоры для опровержения будто бы существующей опасности использовать гипноз в целях нарушения законности.

В прошлом судебно-уголовная практика ставила перед врачами такие вопросы: можно ли с помощью гипнотического внушения заставить субъекта в состоянии гипноза или после пробуждения совершить преступление? Можно ли путем внушения принудить гипнотика давать на суде ложные свидетельские показания без разоблачения впоследствии этой преступной уловки? Может ли следствие применить гипноз при допросе заведомого преступника или подозреваемого в совершении того или иного преступления? Наконец, может ли сам гипнотизер совершить то или иное преступление над личностью усыпленного, не рискуя быть разоблаченным в дальнейшем?

10 739

289

Конечно, в основном вопрос сводится к тому, является ли загипнотизированный лишь орудием в руках гипнотизера, или же он может сохранить в той или иной степени способность сопротивляться внушению, которое для него неприемлемо в социальном, морально-этическом и эстетическом смысле.

Производилось очень много экспериментов над гипнотиками как в состоянии гипноза, так и после пробуждения: их побуждали к убийству указанного лица (обычно воображаемыми орудиями убийства, например картонным кинжалом или из незаряженного револьвера, при помощи напитков, якобы содержащих яд), к совершению кражи и т. п.

Выводы из таких экспериментов в прошлом веке были резко противоречивы. Да и теперь ученые очень далеки от единодушия в толковании этой проблемы.

Физиологи и юристы (А. Beaunis, Durand de Gros, Н. Bernheim, А. Forel, и др.) признавали возможность преступных внушений в глубоком гипнозе, а отсюда и возможность соответственных криминальных поступков. В частности А. Beaunis указывал, что гипнотик сохраняет самостоятельность лишь постольку, поскольку это желательно гипнотизеру; он ведет себя, как палка в руке странника. Liegeois приходит к выводу, что в состоянии глубокого сомнамбулизма человек в моральном и физическом отношениях полностью подчиняется гипнотизеру. Такого же взгляда придерживался и А. Forel, когда писал: «Для меня несомненно, что очень хорошая сомнамбула под влиянием внушения в гипнотическом сне может совершить тяжелые преступления и при случае совсем не знать об этом впоследствии». По А. Forel, такой человек вовсе не должен быть безвольным или плохим, но его поведение обусловлено исключительно высокой степенью внушаемости.

В своих экспериментах над загипнотизированным Ch. Fere показывал сомнамбуле на ровном фоне воображаемую точку и приказывал ей после пробуждения вонзить в эту точку нож; это внушение выполнялось без всякого колебания. Ch. Fere категорически утверждает, что с такой же точностью может быть совершено и подлинное преступление. При внушении смешного и неприятного поступка, например, подойти и поцеловать череп, видно было, что она колеблется, иногда она даже выражала нерешительность: «Должно быть, я сошла с ума! Мне очень хочется поцеловать этот

череп. Это нелепо, я бы хотела не идти, но чувствую, что не владею собой». Однако, в конце концов, она исполняла внушение.

Эти факты показывают, говорит Ch. Fere, что гипнотик может сделаться орудием преступления, действующим с ужасающей точностью, и тем более страшным, что непосредственно после совершения акта все забывается: пробуждение, сон и тот, кто его вызвал. Из этого вытекает, что гипнотик не несет никакой нравственной ответственности.

Совсем иной точки зрения придерживались J. Del-boeuf, Gilles de la Tourette, P. Janet, M. Kaufmann и др. Они полагали, что гипнотическим внушением нельзя побудить человека к действиям, противоречащим его характеру, и поэтому преступные внушения не имеют того значения, которое им приписывается.

J. Delboeuf не удавалось заставить женщин-сомнамбул подойти после пробуждения к постороннему и обнять его. На одном гипнотическом сеансе женщине было внушено, что она сейчас находится на озере и будет купаться, для чего она должна тут же раздеться. Однако она этого не сделала, и на вопрос о причине отказа ответила, что «еще весна, и вода в озере холодная». J. Pitres наблюдал женщину, у которой можно было добиться реализации различных внушений, но которую нельзя было побудить кого-либо ударить; если от нее этого настойчиво требовали, она впадала в летаргию. Одной сомнамбуле дали в руки картон, сказав, что это кинжал, и приказали заколоть врача. Приказ был выполнен без промедления. Но когда после этого дали ей в руку раскрытый перочинный нож и повторили свой приказ, то она подняла руку с ножом и сейчас же упала в припадке.

M. Kaufmann приводит случай, когда загипнотизированный молодой человек отказывался исполнить внушение, которое задевало его чувство приличия или вредило материальным интересам, но внушение произвести фиктивное убийство выполнял в точности. M. Kaufmann пытается объяснить этот факт лишь тем, что будто бы инстинктивные чувства, каковыми является стыд, более изначальны, чем альтруистическое чувство, и что чувство стыда укоренилось значительно глубже, нежели, например, сознание ценности человеческой жизни. Пожалуй, этого автора можно поставить рядом с C. Lombrose, который считал, что нормальный человек — это человек, обладающий лишь хорошим аппетитом, эгоист, порядочный работник, рутинер, терпеливый, уважающий всякую власть, в общем — «домашнее животное». Вряд ли кто-либо сейчас станет отрицать, что сознание святости чужой жизни у интеллектуально и этически нормального человека более глубокое, чем чувство приличия и стыда.

Приведенные экспериментальные наблюдения свидетельствуют о том, что, хотя некоторые гипнотики выполняют внушенные им преступления при помощи фиктивного орудия, однако эти эксперименты не вносят ясности в исследуемую проблему, так как всегда остается

Ю\*

291

возможность сознания загипнотизированным преступности внушения, он отдает себе отчет в разыгрываемой\* комедии и понимает, что его поступок не будет иметь никаких серьезных последствий.

Нельзя доказать, что гипнотик при выполнении преступного внушения не был уверен в фиктивности внушенного акта, в том, что гипнотизер не мог от него требовать совершения действительного преступления.

Положение A. Forel и других зарубежных авторов о том, что даже человека высокой нравственности при известных обстоятельствах можно вынудить к реализации преступных гипнотических внушений, конечно, не имеет оснований. По авторитетному заявлению L. Ldwenfeld, до сих пор не известен ни один случай тяжелого преступления, которое было бы совершено при помощи гипнотического внушения.

Нужно признать, что гипнотик в состоянии оказывать сопротивление не только преступным и резко аморальным, но даже и сравнительно безобидным внушениям, противоречащим его принципам, интересам, чувствам.

Умственно и морально здоровый человек с сильным характером, твердой волей, сознательным регулированием своих действий не может совершить преступного действия в гипнозе и в постгипнотическом состоянии. Лицам же с низким умственным развитием, морально слабым, ограниченным, уже совершавшим преступления, могут внушить преступные действия, не прибегая даже к гипнозу.

В литературе о гипнозе особое место занимает вопрос о криминальных действиях по отношению к

загипнотизированным. В первую очередь речь идет о принуждении к половой связи с гипнотизером. И здесь остается в силе все сказанное о неприемлемых внушениях вообще. Не подлежит сомнению, что при наличии нормального торможения такое внушение не будет исполнено, немедленно наступит самопроизвольное пробуждение от гипноза или бурный припадок истерического типа.

Мы уже указывали, что на некоторых сексуально легко возбудимых субъектах действует обстановка гипнотического сеанса — лежачее положение, затемненная комната, паосы, прикосновения. Причиной ложных впечатлений может явиться также некоторое ослабление

292  
личной активности и чувства ответственности за свои действия, особенно когда гипнотик твердо убежден в невозможности сопротивляться «гипнотической силе».

В связи с эротическими фантазиями против гипнотизера не раз выдвигались ложные обвинения в преступных действиях. Ввиду такой возможности лиц определенного типа (особенно истеричных) рекомендуется гипнотизировать только в присутствии свидетелей.

Применим ли гипноз в судебной практике с целью раскрытия преступления?

Наиболее правильные взгляды по вопросу о применении гипноза в судебной практике высказали отечественные авторы — И. Л. Янушкевич, Э. Ф. Бейлин, В. М. Гаккебуш, В. М. Нарбут, М. М. Перельмутер, Л. М. Розенштейн и А. А. Чернуха-Полежаева, А. Ци-пес, Н. Филин и Л. Волож и другие, а в последнее время — некоторые из зарубежных.

И. Л. Янушкевич (1892) считал, что гипнотическим состоянием в судебно-следственной работе пользоваться нельзя. Это несовместимо с нашими этическими представлениями. Кроме того, гипнотики могут в гипнозе говорить неправду, они лишь редко высказывают во сне то, что скрывают наяву; многие в состоянии бодрствования восприимчивы к внушениям настолько, что при расспросе становится затруднительно отличить правду от внушенной лжи. Наконец, гипнотики могут под влиянием внушения «вспоминать» о том, чего в действительности не было. Показания гипнотика заслуживают меньше доверия и потому, что его признания не могут быть подвержены проверке путем тщательного психологического анализа.

М. М. Перельмутер (1928) в статье «Применим ли гипноз в судебной практике?» приходит к следующим выводам: 1) погружение правонарушителя в гипнотическое состояние, за редким исключением, невозможно; 2) для того чтобы получить во время гипнотического сна сведения, которые в состоянии бодрствования пациент скрывает от врача, необходим глубокий сон, а такой глубокий гипнотический сон представляет относительную редкость; 3) ввиду возможности акта синтезирования (по И. П. Павлову) и в гипнотическом состоянии, а также ввиду того, что загипнотизированный находится в очень близком контакте с гипнотизирующим и «бесконечно лучше нормального отгадывает, что от него требуется», сведения, добытые в гипнотическом состоянии, не могут расцениваться как достоверные, они могут резко противоречить истине; 4) попытки гипноза в судебной практике, создавая исключительную обстановку

293

с преобладанием элементов страха (особенно при наличии целевого момента), могут служить поводом к развитию реактивного психоза; 5) необходима статья уголовно-процессуального кодекса, запрещающая применение гипноза с целью раскрытия правонарушений.

Гипноз в судебной практике для раскрытия преступлений неприменим. В гипнозе прежняя личность никогда целиком и полностью не исчезает, не изменяется, не уступает место как бы новой личности. Мы можем сослаться на известное письмо Эрнста Тельмана, в котором описываются тщетные попытки гестаповцев получить от него показания в состоянии гипноза.

Гипноз животных

Первые сведения о гипнозе животных относятся к J.63fLr., когда D. Schwenter в работе «*Diliciae physico-mathe*» описал эксперимент, заключающийся в том, что перед клювом связанной курицы проводили меловую черту, и это мгновенно приводило ее в оцепенение. Автор объяснял это явление страхом. Названная работа была забыта, и лишь значительно позже Kircher описал аналогичные явления, назвав их *experimentum mirabile* (Kircher. О силе воображения курицы).

В 70-х гг. XIX столетия физиолог J. Czermak рядом опытов на птицах показал, что и без проведения меловой черты у птиц наблюдаются явления застывания, каталепсии: вследствие фиксирования взгляда на каком-либо предмете они впадают в особого рода нервный сон.

Neubel, экспериментировавший преимущественно на лягушках, считал гипноз животных обыкновенным сном.

По W. Preyer, для того чтобы вызвать у животного подобное состояние, необходимо быстро

схватить его, причинив ему боль; на этом основании автор присоединяется к мнению Schwenter, считая, что причиной оцепенения является страх, ужас, который якобы вызывает паралич волевых центров; кроме того, у животных всегда при этом проявляются дрожание, усиление перистальтики, затруднение дыхания и явление анемии мозга. Такие состояния паралича или шока W. Preyer назвал катаlepsией.

M. Verworn объяснял неподвижность животных в гипнозе бездействием моторной сферы и тоническим возбуждением центров, управляющих коррекцией положения (*tonischer Lagereflex*). Но так как эти явления наблюдаются и у животных, лишенных коры головного мозга, то M. Verworn приписывает коре второстепенную роль в происхождении гипноза. Конечно, это последнее положение крайне несостоятельно, и в этом уже упрекал M. Verworn L. L6-wenfeld.

294

Отечественные ученые начали исследовать гипноз животных уже в 70-х гг. XIX столетия. Украинский физиолог В. Я. Данилевский провел интересные опыты над самыми разнообразными животными: лягушками, раками, головастиками, рыбами, крабами, тритонами, змеями, ящерицами, птицами, млекопитающими.

Если, не причиняя животному боли, придать ему какое-нибудь неестественное положение, лучше всего на спине, и удерживать некоторое время, пока не прекратится противодействие, то затем оно продолжает лежать спокойно в продолжение многих минут и даже часов. В таком состоянии животное, без малейшего сопротивления с его стороны, можно осторожно перевести в любое иное неестественное положение. Наряду с этим у загипнотизированного животного наблюдается сильнейшее понижение чувствительности кожи и слизистых оболочек: его можно колоть, обжигать, резать, а оно продолжает неподвижно лежать, как бы ничего не чувствуя. Особенно резко это выявилось в опытах над омарами, осьминогами, лягушками, кроликами и птицами. Осьминог, например, повернутый ротовым отверстием вверх и удерживаемый в таком положении, приобрел серую окраску, перестал двигаться и присасываться, не реагировал на химические раздражения, уколы булавкой, сильный электрический ток, в течение получаса оставался в гипнотическом состоянии при явлениях анестезии и неподвижности. У птиц можно наблюдать настоящие каталептические симптомы: им можно приподнять голову, повернуть шею на 180°, и они некоторое время удерживают приданное неестественное положение. Здесь, пожалуй, можно говорить о восковой гибкости, аналогичной той, которая наблюдается при известных состояниях у человека.

Нужно отметить, что чем чаще повторять гипнотические сеансы над животными, тем легче они впадают в состояние гипноза, тем слабее становится их противодействие. Это наблюдалось в опытах над курами.

Основной вывод, который сделал В. Я. Данилевский, состоит в следующем: гипноз — это «эмоциональное, сугубо рефлекторное торможение мышления и воли», в основе же гипноза животных лежит эмоция страха.

Интерпретации В. Я. Данилевского дают возможность широкого эволюционного подхода к учению о гипнозе у людей,

295

Экспериментируя над кошками, крысами, кроликами, курами, ящерицами, D. Svorad (1957) пришел к заключению, что в состоянии гипноза у животного ретикулярная активирующая формация ствола мозга остается функционально активной; вообще гипнотическое состояние — филогенетически старая реакция.

Известный венгерский психотерапевт F. Volgyesi (1963) сообщил об опытах гипнотизирования крупных животных — львов, медведей, лис, крокодилов, находящихся в неволе.

Проводя опыты на различных животных — собаках, кроликах, цесарках, гусях, индюках, курах — мы убедились в том, что гипноз удается во всех случаях (рис, 28, 29). Применялась следующая методика гипнотизирования птиц: быстро, резко опрокидывали животное на спину и придерживали его в таком положении 20—30 с. Затем руки постепенно и легко отпускали, клюв одной рукой вытягивали книзу. После этого животное длительное время, до часа и более, находилось в состоянии катаlepsии в самом неестественном, неудобном положении, не совершая никаких спонтанных движений. На самые сильные внешние раздражители (стук, громкие звуки, огонь и пр.) животные в этом состоянии не реагировали.

Несомненно, страх, сильный испуг и одновременно болевое раздражение могут вызвать у животных своеобразный паралич, оцепенение, шок (вспомним, например, парализующее влияние змей на птиц).

Больше того, всем известно, что страх, сильный испуг могут вызвать своеобразный паралич воли и мышления у человека, который останавливается «как вкопанный», утрачивает способность мыслить.

Древние мифы, легенды, предания рассказывают о подобных явлениях, например, о страшном воздействии Горгоны или Василиска, один взгляд которых уже заставлял человека «окаменеть». Аль-дровандус (1640) даже описал портрет Василиска.

В одном из древних мифов рассказывается, что в Африке жило какое-то легендарное существо Катаблепас, которое постоянно держало голову опущенной, так как в противном случае все люди погибали бы от ужаса при одном взгляде на страшное лицо этого существа.

В произведении Н. В. Гоголя «Вий» рассказывается, как В\_ий, начальник духов, умертвил Хому, осмелившегося взглянуть на него. По-видимому, старинный предрассудок о вредном действии «дурного глаза» связан с гипнотизирующим влиянием взгляда человека, при известных условиях, на внушаемых людей.

296



Рис 28 Гипнотическая каталепсия у индейки (собственное исследование).



Рис. 29. Гипнотическая каталепсия у кролика (собственное исследование).

Каковы же механизмы неподвижности и каталепсии у животных? По И. П. Павлову, чрезвычайные и очень интенсивные внешние раздражения вызывают рефлекторное задерживание двигательной области коры больших полушарий, которая руководит так называемыми

297

произвольными движениями. Задерживание это, в зависимости от силы и продолжительности раздражителя, может сосредоточиться только в двигательной области больших полушарий или же может распространиться и на них.

И. П. Павлов писал: «Каталептическое состояние, наступающее при этом, очевидно, происходит благодаря обнаружению деятельности уравнивающих центров мозга, открытых Magnus и Klein, и теперь освобождающихся от маскирующего влияния двигательной области коры» (И. П. Павлов. Поли. собр. соч., т. III, кн. 2, с. 57).

Таковы взгляды И. П. Павлова на гипноз животных.

О гипнопедии

Гипнопедия — новый метод обучения во время внушенного или естественного сна. Этому вопросу посвящены отдельные работы (А. Свядощ, 1964; Л. Близни-ченко, В. Зухарь, И. Пушкина,

1964; Ю. А. Петров, Н. Д. Завалов, Е. Я. Каплан, В. Т. Лебедева, Ю. А. Максимов, Г. Лозанов и др.).

Метод гипнопедии был известен еще в древности. Так, индийские йоги для тренировки памяти во сне запоминали труднейшие тексты Факиры Индии для выработки у своих учеников наблюдательности, внимания, памяти обучали их во время сна. В Эфиопии лебашам (сыщикам) в состоянии сна с большими подробностями перечисляли приметы преступника.

Впервые этот метод с педагогической целью был применен в США в 1922 г. для обучения телеграфному коду. В течение ночи через телефонные наушники испытуемым многократно передавались определенные знаки. Достаточно было одного повторения утром, чтобы испытуемые хорошо знали урок, усвоенный во сне. Аналогичные эксперименты были проделаны во Франции в 1952 г.

В Советском Союзе научные исследования в этой области были проведены в 1936 г. А. Свядощем. А. Свядощ написал диссертацию на тему «Восприятие и запоминание речи во время естественного сна».

В последнее время серьезные исследования в области гипнопедии проводил Л. А. Близниченко. Он создал специальные классы, в которых ведется коллективное обучение иностранному языку. Автор внес много нового в методы ввода информации, установил оптимальные физические и фонетические параметры речевых сигналов при восприятии речи спящими.

Какие же физиологические закономерности лежат в основе гипнопедии? На фоне тормозного состояния коры, которое вызвано искусственно — гипнологом, или на

298

фоне естественного, физиологического сна появляется так называемый сторожевой пункт («дежурный пункт»). Благодаря этому осуществляется раппорт между гипнологом и гипнотизируемым. А. Свядощ (1964) отмечает, что именно «сторожевой пункт» обеспечивает тонкую избирательную настройку на определенный сигнал.

Когда спящий воспринимает постороннюю речь, то восприятие, а следовательно, и запоминание, и обучение, осуществляются только через эти незаторможенные «сторожевые», бодрствующие пункты.

Кроме того, важную роль в гипнопедии играют и фазовые состояния, особенно парадоксальная фаза, на фоне которой слабый раздражитель вызывает сильный эффект, в связи с чем внушаемые слова, мысли и пр. легко усваиваются.

Таким образом, в основе гипнопедии лежат определенные физиологические явления, при которых наблюдается так называемая гипермнезия.

Гипнопедические сеансы могут проводиться как в состоянии естественного сна, так и при погружении испытуемых в гипнотический сон.

Методика гипнопедии состоит в следующем. Словесный материал, записанный на магнитофонную ленту, многократно (30—40 раз) в течение ночи подается испытуемому через радиоподушку или шлемофон.

Л. А. Близниченко применял специальный обучающий аппарат — «гипноинформатор». Этот последний соединяется со спальными комнатами, в которых установлены динамики, микрофоны, ключи для подачи сигналов. Испытуемые (учащиеся) в вечернее время приходят в спальные комнаты, раздеваются, ложатся в постель и засыпают. Включается гипноинформатор, который «преподает» определенный материал.

По данным Л. А. Близниченко, человек во сне усваивает от 92 до 100% учебного материала. Знания у обучающихся таким образом более глубокие, чем у обучающихся обычным методом. Например, продолжительность изучения иностранного языка при помощи гипнопедии можно сократить в три-четыре раза.

Замечено, что лучше и быстрее запоминаются более простые тексты.

Лучше воспринимают информацию те испытуемые, которые проявляют желание и готовность обучаться, а еще лучше — подвергающиеся перед гипнопедическим сеансом соответствующему словесному внушению.

299

Важно, чтобы обучающийся перед сном настроил себя на речевое восприятие, внушил себе, что будет спать и слушать не просыпаясь.

Легче запомнить во время сна текст, если перед сном один-два раза перечитать или прослушать его. При этом, вероятно, происходит оживление ассоциативных связей, возникших перед сном.

После ряда повторных сеансов объем запоминаемого материала увеличивается. Это, очевидно,

связано с развитием большей избирательности торможения, с менее диффузным его характером. Наиболее эффективным состоянием для проведения гипнопедии является поверхностный, неглубокий сон, наступающий обычно через 20—30 мин после засыпания.

Проблема гипнопедии чрезвычайно интересна. Сейчас ученые работают над вопросами гигиенического режима чередования периодов гипнопедии и полного отдыха.

Не вызывает ли гипнопедия функциональных расстройств нервной системы, утомления? Многие авторы (Л. А. Близниченко, В. Н. Куликова, В. П. Зухарь и др.) считают, что утомляемость при восприятии речи во время сна даже меньше, чем в состоянии бодрствования. В то же время А. Свядощ (1964) предостерегает, что неумелое экспериментирование с гипнопедией может нанести даже вред здоровью. Особенно недопустимо оно в отношении детей.

Ко всему этому следует добавить, что последние экспериментальные (электроэнцефалографические) исследования А. Симон и др. показали невозможность обучения во сне. Авторы зарегистрировали дельта-ритмы, что является показателем отсутствия сознания у субъектов; «испытуемые не отвечали на раздражители и не могли впоследствии вспомнить их».

Это категорическое утверждение не может быть безоговорочно признано без тщательной проверки. Во всяком случае, ученые придерживаются другого мнения.

Спиритизм и гипнотизм

Спиритизм (spiritus — дух) — лжеучение, связанное с суеверием, признающим загробную жизнь «духов» умерших, которые будто бы могут общаться с живущими на земле людьми посредством «медиумов». В свое

3QR

время спиритизм намного затормозил развитие учения о гипнозе и нанес ему большой ущерб. Объясняется это тем, что спириты пользовались явлениями коллективного внушения и считали их сверхъестественными, подтверждающими существование загробного мира и возможность общения с ним. До настоящего времени в некоторых капиталистических странах подвизается множество астрологов, спиритов и им подобных, деятельность которых до сих пор является помехой развитию психотерапии, в частности и учения о гипнозе.

Спиритизм получил особенно большое распространение во второй половине XIX в. в привилегированной верхушке буржуазного общества, среди аристократии.

В Европу он был завезен из Соединенных Штатов Америки, причем даже некоторые видные представители естествознания XIX столетия стали жертвой «духовы-стукивания и духовидения» (Ф. Энгельс).

Критически отнеслись к спиритизму ученые. России. Физическое общество при Петербургском университете даже учредило «Комиссию для рассмотрения медиумических явлений», которая работала с мая 1875 по 21 марта 1876 г. Эта комиссия обратилась к распространявшим спиритизм в России А. М. Бутлерову и Е. Е. Вагнеру с предложением представить сведения о «подлинных» спиритических явлениях. В состав комиссии входили И. И. Боргман, Н. А. Гезехус, Д. И. Менделеев и др. Ученые пришли к заключению, что «спиритические явления происходят от бессознательных движений или сознательного обмана, а спиритическое учение есть суеверие» (Ф. Энгельс. Диалектика природы, прим. к ст. «Естествознание в мире духов», 1949, с. 259).

Ф. Энгельс подверг спиритизм уничтожающей критике. Он пишет: «Мы здесь наглядно убедились, каков самый верный путь от естествознания к мистицизму. Это не безудержное теоретизирование натурфилософов, а самая плоская эмпирия, презирающая всякую теорию и относящаяся с недоверием ко всякому мышлению. И, таким образом, эмпирическое презрение к диалектике наказывается тем, что некоторые из самых трезвых эмпириков становятся жертвой самого дикого из всех суеверий — современного спиритизма...»

Л. Н. Толстой в комедии «Плоды просвещения» зло высмеял «ученое» невежество и «культурную» дикость некоторой части русской буржуазной интеллигенции, которая занималась спиритизмом. Л. Н. Толстой показал

301

«ученых» спиритов и их последователей, «фальшивомонетчиков» истины.

В заключение можно повторить приведенные Ф. Энгельсом слова биолога Т. Huxley: «Единственная хоро-шая вещь, которая, по моему мнению, могла бы получиться из доказательства истинности спиритизма, это —■ новый аргумент против самоубийства. Лучше жить в качестве подметальщика улиц, чем в качестве покойника болтать чепуху устами "какого-нибудь медиума, получающего гинею за сеанс».

Таким образом, спиритизм, как самое дикое из всех суеверий, не имеет ничего общего с

естественным, физиологическим явлением — гипнотизмом.

Парапсихология. Телепатия

Парапсихология изучает явления передачи и чтения мыслей на расстоянии.

Парапсихологические явления были известны уже многим древним народам, когда все непонятное окутывалось религиозно-мистической дымкой. И прав D. Hume, который писал, что если религиозность соединяется со страстью к чудесному, тогда конец всякому здравому смыслу.

В настоящее время явления, трактуемые как передача и чтение мыслей на расстоянии, ученые во многих странах на Западе и у нас, в Советском Союзе, стараются объяснить с чисто научных позиций, отбрасывая мистическую и религиозную шелуху. В. Гете писал, что таинственные вещи еще нельзя называть чудесами. Парапси- хология — наименее исследованная область Человеческих знаний, охватывающих большой комплекс вопросов психологии, физиологии, распространения электромагнитных колебаний и пр.

Сейчас в парапсихологии используется вместо термина «душа», понимаемого в идеалистическом смысле, понятие «личность». Слово «медиум» заменено определением «перципиент», а мистическое представление телепатов о «магнетической, силе» субъекта — понятием об «индуктивной способности внушающего».

В настоящее время ученые в основном работают над такими проблемами: а) внушение ощущений, б) предчувствия одного лица относительно другого, состоящего с ним в парапсихологической связи, в) внушение образов, г) чтение чужих мыслей.

Под телепатией понимается предположительно существующее явление передачи на расстояние информа-

302

ции о нервно-психическом состоянии одного человека другому.

Идеалисты, допуская существование психики вне мозга, независимо от материи, отрицая причинность, считали, что имеется «мысленное внушение», «именно непосредственная передача мыслей». Это, конечно, ненаучное представление о психике, граничащее с анимизмом, суеверием.

Эти загадочные факты интересовали многих материалистически мыслящих ученых. В частности, этими явлениями занимались В. М. Бехтерев, П. П. Лазарев и другие, которые допускали возможность мысленного внушения, понимая его как «результат передачи электромагнитной энергии от одного мозга к другому».

За рубежом эти явления начали изучаться со второй половины XIX в., с тех пор как английский физик Baget выступил с научным докладом о «непосредственной передаче мысли».

В Советском Союзе эти явления изучают чл.-корр. АМН Л. Л. Васильев (1962, 1963), Б. Б. Кажинский (1962) и другие.

За границей существуют общества По изучению так называемых спонтанных телепатии, наблюдаемых в повседневной жизни. К спонтанным телепатиям относятся, например, предчувствие смерти близкого человека, встречи со знакомым лицом даже в незнакомом городе и пр

Конечно, отдельные житейские факты, происшествия не могут служить научным доказательством реального существования телепатии. Здесь может быть и случайное совпадение во времени двух сходных событий, идентичных переживаний двух разных лиц.

Научно решить вопрос о мысленном внушении пытался известный французский физиолог Ch. Richet (1884). Он производил опыты с угадыванием задуманных игральных карт и обнаружил, что число правильных угадываний превышает число угадываний по теории вероятности В Англии и США (Soul и Rein) также производили телепатические опыты, применяя карты с пятью резко различающимися черными фигурами на белом фоне. От некоторых очень внушаемых испытуемых было многократно получено сверхвероятное число правильных отгадываний внушаемых фигур.

Привлекли внимание физиолога McDougall и парапсихолога В Prince опыты писателя Э. Синклера (1930), который мысленно внушал на большом расстоянии темы рисунков своей жене Мэри; она более или менее точно воспроизводила мысленные внушения.

Большой интерес к мысленному внушению был проявлен после открытия немецким физиком Н. Hertz (1888) электромагнитных волн и А. С. Поповым — радио.

П. П. Лазарев (1922), создатель физико-химической теории нервного возбуждения (ионной теории возбуждения) и теории адаптации, допускал, что в мозговых центрах появляются электро-

303

магнитные силы; «все ощущения, всякий акт движения должны образовать волны, и голова человека должна излучать волны большой длины (до 30 000 км) в окружающую среду». Это



низкочастотные волны огромной длины. Несколько позже итальянский невролог Ф. Кацамалли сообщил, что в пространстве вокруг головы человека появляются электромагнитные волны дециметровой и сантиметровой длины. Такие мозговые волны бывают или аperiodическими (с переменной длиной волны), или имеют подобие затухающих. Это волны очень малой сверхвысокочастотной длины. По мнению Ф. Кацамалли, мозговые радиоволны могут быть тем физическим агентом, который передает мысленное внушение от одного субъекта к другому. Однако Л. Л. Васильев, повторив опыты Ф. Кацамалли, не мог подтвердить его выводов.

Ф. П. Петрову (1952) из лаборатории Л. Л. Васильева у здоровых субъектов удалось выработать условный рефлекс на неоощущаемое ими действие низкочастотного электромагнитного поля (200 Гц). Л. Л. Васильев (1963) пишет, что «...этот физический фактор способен влиять на орган психики — кору \* мозговых полушарий». Электромагнитные волны низкой и высокой частоты могут воздействовать на мозг (вызывать эффект) только в том случае, если их мощность достигает пороговой величины.

В. К. Аркадьев (1924) отрицательно оценивал электромагнитную гипотезу передачи мысленного внушения. Он считал, что мощность тех электромагнитных полей, которые создаются биотоками работающего мозга, очень мала и не достигает пороговой величины.

Б. Б. Кажинский (1962), применяя метод экранирования металлом, пришел к заключению, что экранирование является препятствием для мысленного внушения (от экспериментатора к испытуемому). С другой стороны, за рубежом (США) проводились опыты мысленного внушения на борту атомной подводной лодки «Наутилус» через колоссальную толщу воды, стальную оболочку и т. п.; испытуемый (перципиент) воспринимал мысленное внушение индуктора. Эти данные, казалось бы, опровергают правильность гипотезы об электромагнитной природе явлений мысленного внушения.

Совершенно правильно пишет Л. Л. Васильев, что достигнутые в настоящее время результаты в области исследования фактов мысленного внушения и их объяснения с точки зрения электромагнитного влияния мозга одного человека на мозг другого не дают возможности сделать окончательного заключения.

Очевидно, разрешение многих вопросов парапсихологии возможно при содружестве физиков с физиологами и психологами.

#### Угадывание мыслей

Так называемое\* угадывание мыслей хотя и не имеет ничего общего с явлениями гипноза, представляет факт, на котором вкратце следует остановиться, так как его

304

нередко объясняют гипнозом. Обычно отгадчик, желая отгадать, например, какой из предметов, стоящих на столе, «задуман», где спрятан предмет или какое слово либо нота замечены на той или иной странице и т. д., ошупывает своего руководителя («поводыря»), знающего секрет, при этом ему удается определить, какие мышцы у знающего секрет напряжены и какие движения спроектированы. Этим приемом отгадчик раскрывает секрет «поводыря». Наблюдения и опыты показали, что в том случае, когда тот или иной человек знает секрет и напряженно думает об этом, он мобилизует те группы мышц и подготавливает именно те движения, которые необходимы, чтобы подойти к задуманному предмету, взять его в руки и т. д. Эти факты, как теперь известно, основаны на определенных физиологических явлениях. Уже при одной мысли о каком-либо движении это движение действительно «заготавливается». Это ясно подтверждает высказывание И. М. Сеченова об отношении познания к воле: воля — деятельная мысль в фазе исполнения и действия.

В этом отношении интересна следующая мысль И. П. Павлова: «Ведь мы имеем огромный ряд координированных центров, расположенных с конца спинного мозга до полушарий. Дальше мы знаем, что при каждом думании о движении мы производим его фактически абортивно. Следовательно, иннервационный процесс может быть, хотя и не осуществляется в действительности».

И. П. Павлов прекрасно объяснил само «угадывание мыслей»: «Давно было замечено и научно доказано, что, раз вы думаете об определенном движении (т. е. имеете кинестезическое представление), вы его невольно, этого не замечая, производите. То же в известном фокусе с человеком, решающим неизвестную задачу: куда-нибудь пойти, что-нибудь сделать при помощи другого человека, который знает задачу, но не думает и не желает помогать. Однако для действительной помощи достаточно первому держать в своей руке руку второго. В таком случае второй невольно, не замечая этого, подталкивает первого в направлении к цели и удерживает от

противоположного направления» (Поли. собр. соч., т. III, кн 2)

Сон йогов

В Индии с древнейших времен существует особая религиозная каста йогов (от санскр. yoga — соединение, сосредоточение мыслей, созерцание), которые утверждают, что человек якобы может путем самоуглубления,

305

самосозерцания и самоистязания овладеть «сверхъестественными» силами, соединиться с «вседушою брамой». Индийская философия — одна из наиболее древних философий в мире: ее история исчисляется многими сотнями лет, зародилась она уже к X в. до н. э., когда культура западных стран была еще в колыбели.

В индийской философии, как в дальнейшем и в других фило-ефских системах Запада и Востока, на протяжении всей истории шла борьба между материализмом и идеализмом.

Материалистической индийской философией является философия 'чарвака', или «локаятамата». Согласно этой философии, материя — «единственная реальность», а ум, сознание, психические функции — продукт материи. Достоверным источником познаний является восприятие. По философии «чарвака», сознание не может существовать вне тела. «Когда человек умирает, от него не остается ничего, что могло бы страдать или наслаждаться последствиями его поступков».

Философия йогов — это законченная идеалистическая философия, признающая существование бога. Основателем ее считается мудрец Патанджали. Йога признает три источника познания: восприятие, вывод и свидетельство священного писания. Эта система представляет интерес в связи с практикой йоги — средств достижения «вивека-джняна», то есть разграничивающего познания, которое должно быть существенно важным условием освобождения. Согласно этой системе, «йога означает прекращение всех функций ума до тех пор, пока ум или интеллект человека не очищен и не установлен, не может надлежащим образом понимать что-нибудь в философии или религии. У вас должно быть чистое сердце и светлый ум, если мы стремимся познать и практически применить философские или религиозные истины. Применение йоги — лучший путь самоочищения, очищения тела и интеллекта» (S. Chatterjee и D. Datta).

Йога означает вообще прекращение деятельности, модификаций ума — читты. Основная задача — не давать «я» отождествлять себя с различными модификациями читты. Но это невозможно до тех пор, пока есть такие модификации, а посему «я» не понимает своего отличия от читты. Йога ставит своей целью затормозить, прекратить все модификации ума.

306

Существует пять ступеней функции ума (читта-бхуми). Первая называется кшипта, то есть рассеянное состояние, при котором ум скользит от одного объекта к другому. Это состояние не способствует йоге, потому что оно не помогает контролировать ум и чувства. Вторая ступень — мудха — это притуплённое состояние ума, как, например, во сне. Третья ступень — викшиппта — умиротворенное состояние. Это стадия временного сосредоточения читты на объекте, которая следует за рассеянностью. Четвертая ступень — экагра, или сосредоточение ума на каком-нибудь объекте, служащем предметом размышления. Экагру еще называют сампраджнята йога, то есть экстаз созерцания, или же самапатти (сампраджнята самадхи), так как ум в этом состоянии целиком вкладывается в объект и принимает форму самого объекта. Пятая ступень — ни-руддха (асампраджнята йога, или асампраджнята самадхи), при которой уже ничего не познается. Это состояние экстаза, при котором прекращаются все психические процессы, переживания, не возникает никаких душевных волнений. Эти последние две ступени «способствуют самопознанию». В стадии асампраджнята самадхи весь мир объектов перестает оказывать свое действие на йога и существовать для него.

Итак, согласно философии йога, если у человека ум засорен, испорчен злонамеренными мыслями, он не может понять духовных истин. Только ясной голове и чистому сердцу раскрывается истинный дух.

Какими же средствами можно достичь очищения и просветления ума — читты? Таких средств восемь, а именно: 1) яма — воздержание, 2) нияма — культура, 3) асана — положение, 4) пранаяма — контроль за дыханием, 5) пратьяхара — удаление чувств, 6) дхарана — внимание, 7) дхьяна — созерцание и 8) самадхи — сосредоточение.

Утверждают, что благодаря практическому применению йоги на различных стадиях йог может приобрести особую силу. S. Chatterjee и D. Datta, цитируя Пур-накандра и Ведантакунку, пишут, что йоги могут приручить всех животных, включая даже диких зверей; знать непосредственно прошлое, настоящее и будущее; породить сверхъестественные видения, звуки, запахи и видеть

ангелов и богов. Они могут также видеть через закрытые двери, проходить через каменные стены, делаться невидимыми, появляться в одно и то же время в различных местах, а кроме того, могут быть даже погребены заживо, пребывать под землей неделями и больше без какого-либо вреда для своего здоровья и жизни.

Достоверность приписываемых йогам чудес, конечно, весьма сомнительна, многие из них являются тонким

ч

307

фокусничеством, так как их суть противоречит законам естествознания, физики и пр. Другие же явления, как, например, способность приручить животных, быть погребенными заживо и пребывать под землей, многими учеными допускаются. При ближайшем ознакомлении со способами, которые применяются для достижения «сна йогов», выяснилось, что йоги фактически пользуются средствами, аналогичными применяемым для обычного гипнотического сна. Действительно, систематическое отвлечение внимания, чему благоприятствует спокойствие окружающей обстановки, длительное пребывание в определенных положениях, фиксации и т. д., — все эти приемы, по словам L. Lowenfeld, должны рассматриваться частью как подготовляющие гипноз, частью же как непосредственно гипнозогенные.

С медицинской точки зрения, в явлении сна йогов нет ничего сверхъестественного. Это, вероятно, своеобразное превращение автогипноза в состояние мнимой смерти, напоминающее аналогичные явления при истерической летаргии, истерической мнимой смерти, парабиоз, когда, например, функции дыхания и кровообращения сводятся к минимуму, а сильнейшие внешние раздражители не вызывают никакой реакции. Чтобы достичь этого состояния, безусловно, необходимо безукоризненное здоровье, целеустремленность и сильная воля.

Конечно, наблюдений над вышеописанными состояниями недостаточно, и все эти, а также подобные им явления, которые зародились в Индии, на родине гипноза, ждут объективного научного исследования.



Часть пятая

## СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Понятие психической нормы, здоровья. Болезнь.

Психоз. Некоторые аспекты патогенеза

и структуры невротозов и психозов

Приступая к лечению больного с тем или иным невротическим состоянием или психозом, психотерапевт должен разбираться в таких сложных вопросах, как психическая норма, здоровье, болезнь, понятие психоза, этиологические, патогенетические факторы, структура невротического и психотического.

В настоящее время понятия психической нормы и болезни не имеют четкого определения.

Понятие нормы, здоровья. Норма является важнейшей категорией медицины и, в частности, психиатрии. В философско-методологическом плане наблюдается ограниченность существующих определений этого понятия.

Одни авторы исходят из количественных, среднестатистических критериев в определении нормы (Tendeloo, Krele и др.), что приводит к отрыву количества от качества. В. В. Парин и Е. Б. Бабский считают, что средняя норма — это понятие абстрактное, не имеющее физиологического смысла (Вестник АМН СССР, 1964, № 2, с. 8). Другие акцентируют внимание на индивидуальных особенностях того или иного организма (R. Williams), учитывают лишь «биохимическую норму» и ее вариации. Третьи считают, что норма носит относительный характер, то есть у каждого своя норма. Это соображение тоже не лишено оснований.

Конечно, понятие нормы должно включать меру и, самое главное, содержать в себе единство количества и качества. Г.-В.-Ф. Гегель впервые подчеркнул диалектическое единство качества и количества в мере, когда увеличение или уменьшение количества данного качества только до определенной границы остается безразличным

309

для данного качества, а дальше приводит его к гибели (Энциклопедия философских наук. Соч., т.

1, 1929, с. 184). Позже категория меры получила новое подлинно научное развитие в трудах классиков марксизма-ленинизма.

Норму в медицине следует определять как взаимообусловленное качество и количество. Так, норма в биологии есть единство качества и количества, сложившееся в процессе исторического развития вида. Мы говорим о нормах «реакции», норме «системы гомеостаза» и т. д. Единство качества и количества, исторического и индивидуального в норме и патологии четко выражают хромосомы человека; их количество постоянно, но увеличение или уменьшение их ведет к болезни (малоумию, уродствам и пр.). Лекарственным веществам также свойственна своя мера, поскольку полезность или вред зависят не только от качества вещества, но и от его количества.

Известно, что нормально функционирующий организм находится в постоянной взаимосвязи с окружающей средой. Связь эта осуществляется путем экстероцепции, интероцепции, внутренней переработки поступающих импульсов (анализ, синтез), выработки эффекторных импульсов как в анимальной, так и в вегетативной нервной системе, в энергетической системе, обеспечивающей адекватное осуществление остальных форм взаимосвязи.

Итак, как же можно определить в главных чертах психическое здоровье?

Психическое здоровье — это состояние субъекта с нормально развитым и нормально функционирующим мозгом, с адекватным в основном отражением в сознании объективной действительности, позволяющее осуществлять трудовую и общественную деятельность.

Психоз. Еще до споров «психиков» и «соматиков» Г.-В.-Ф. Гегель в «Философии духа» (1817 г.) писал, что психическая болезнь по своему происхождению есть душевно-телесная болезнь. С точки зрения современных научных данных, психическое заболевание, психоз — это заболевание головного мозга и всего организма, при котором отражение мозгом объективной действительности нарушается, извращается (исходя из принципа целостности организма, следует признать, что страдает не только мозг, но и весь организм, хотя нарушение мозговой деятельности имеет преимущественный характер).

310

\*

В настоящее время мозг рассматривается как управляемая система связей и информации. Считается (А. Маг-гарзи и др.), что нейрогуморальное воздействие на церебральные синапсы оказывают такие вещества, как серотонин, адреналин, норадреналин, мескалин, ЛСД-25, буфотенин и другие. Полагают, что эти вещества вызывают нарушение равновесия между нейрогуморальными агентами, в норме тормозящими и возбуждающими синапсы, что и приводит к психозу. Это взгляд на психоз с точки зрения нейрофизиологии.

При психозах выявляется новое качество психической деятельности. Нарушается нормальная интеграция всей жизни личности, не только чисто физиологическая, но и социальная. Ведь человек, личность — биосоциальное существо. В этой связи укажем, что, по К. Марксу, — болезнь — это «стесненная в своей свободе жизнь».

По И. П. Павлову, «различие между нервным и психическим заболеванием есть различие или по сложности, или по тонкости нарушения нервной деятельности» (Поли собр соч, т IV, с 416)

Правильную точку зрения на вопрос о соотношении органического и функционального высказал А. В. Снежневский. Последний, полемизируя с Н. К. Wells, пишет, что «современная психиатрия не проводит жестких границ между органическим и функциональным. Структура и функция, как показывают исследования, осуществленные на молекулярном уровне, неотделимы друг от друга. В современной психиатрии речь идет уже не об органическом и функциональном, а о необратимых или обратимых патологических расстройствах

Не обнаруживается теперь и жестких границ между физиологическим и патологическим» (Послесловие к кн Г. Уэллса — «Крах психоанализа От Фрейда к Фромму». М., 1968, с. 279—280).

Приступая к лечению больного с тем или иным невротическим состоянием либо психозом, врач должен выявить «большой синдром» (В. Василенко, 1959). При этом следует четко дифференцировать облигатные (обязательные) и факультативные (возможные, необязательные) симптомы. Ведь известно, что иногда последние могут быть даже доминирующими, например при благоприятном течении той или иной болезни.

Что касается этиологического фактора, то считается, что он не равен действию: одна и та же причина может вызвать совершенно различные явления в зависимости от многих факторов — врожденных и функциональных свойств организма и отдельных его структур.

311

Проблема же патогенеза нервно-психических заболеваний остается наименее изученной, очень сложной и многогранной и связана с проблемами физиологии, биохимии, морфологии, патологии, наследственности, с социальными проблемами.

По И. Давыдовскому (1961), патогенез всегда отличается известным постоянством. И это создает определенную устойчивость и стереотипность реакций организма даже на многие экзогенные факторы.

Как этиологию, так и патогенез болезней необходимо изучать в диалектическом аспекте, так как мы знаем, что внутренние факторы организма возникают исторически, в результате чрезвычайно длительного процесса аккумуляции экзогенных факторов. Патогенетические механизмы могут оставаться длительное время скрытыми, являясь лишь предрасположением.

Самой общей закономерностью патогенеза является принцип саморазвития, самодвижения и саморегуляции. Развившись, патологический процесс в дальнейшем протекает по «цепному» принципу, то есть как сложная разветвленная цепь из множества звеньев, включающихся в работу друг за другом (И. Давыдовский). Этот принцип саморазвития исключает возможность трактовки болезни как некоего «хаоса».

И при соматических, и при нервно-психических заболеваниях всегда имеет место самоорганизующаяся и самонастраивающаяся система процессов (физиологических, морфологических и т. д.), которая работает слаженно, ритмично, с определенными фазами и периодами. Принцип самодвижения, и саморегуляции, по И. Давыдовскому, устраняет возможность трактовки действия внешних факторов на организм как действия прямого, непосредственного. Этот принцип не что иное, как принцип кибернетики; он утверждает прежде всего существование внутренне необходимой причины, «органической связи всех частей тела посредством обширных потоков управляющей информации и различных способов ее кодирования и переработки» (И. Давыдовский, 1961).

Патогенетические механизмы предполагают наличие непрерывной информации нервных центров о сдвигах, возникающих в организме. Эта информация определяет последующий афферентный синтез всех факторов и

312" \*  
регулирование процесса по принципу обратной связи. Все это создает устойчивость и нужную направленность. Но следует также помнить, что устойчивость эта может привести и к образованию так называемого порочного круга, когда уже развившийся процесс сам становится источником, усугубляющим тот же процесс.

О структуре неврозов и психозов. Полиморфизм клинических проявлений

Что же касается проблемы структуры, неврозов и психозов и вытекающей из этого проблемы полиморфизма их клинических проявлений, то они в настоящее время также занимают одно из центральных мест в психиатрии.

Действительно, как объяснить то, что один и тот же невроз или психоз проявляется в столь многообразных формах? Какие закономерности определяют клиническую картину невроза и психоза? Почему одна болезненная причина обуславливает множество различных психопатологических картин, различное течение и исход невроза и психоза, и наоборот, многими вредностями может быть обусловлена одна характерная картина?

Представители возникших в психиатрии различных направлений — конституционального, неврологического, психопатологического, структурно-аналитического — сходились на том, что в психотической картине хотя и имеет значение этиологический фактор, но он определяется особенностями той почвы, на которую воздействует. Иначе говоря, внимание акцентировалось на роли эндогенного в картине психоза (А. Noche, E. Kraepelin, E. Kretschmer, W. Kleist, K. Wop-hoefffer, K. Birnbaum).

Ни одно направление в психиатрии, не говоря уже о фрейдизме, психоморфологическом направлении, корни которых лежат в идеализме, учении J. H. Jackson об эволюции и диссолюции, а также в крепелиновской концепции о регистрах, не могло разрешить проблемы структуры психоза.

Проблема эта может быть разрешена при учете сум-мации патогенных факторов (силы, длительности, числа, интервала между отдельными патогенными импульсами), особенностей самого организма (преморбид, реактивность, тип высшей нервной деятельности и др.).

Конечно, рассмотрение проблемы структуры неврозов и психозов с точки зрения суммации не означает принятия положения кондиционализма, так как это по-

ложение заменяет понятие причины понятием комплекса условий.

Конечно, структура психоза и полиморфизм психической симптоматики не могут быть объяснены и понятны, если не учитывать такие факторы, как возраст больного, реактивность организма, гуморальные факторы, уровень развития, особенности личности, ситуация и др.

Следует заметить, что о суммации патогенных импульсов, силе, длительности, числе, интервале и пр. говорили и говорят многие клиницисты-психиатры (С. С. Корсаков, В. П. Осипов, А. В. Снежневский, А. С. Чистович и др.). Так, С. С. Корсаков при описании алкогольного полиневритического психоза указывал, что здесь играют роль такие факторы, как предрасположение и возраст больного, сила и длительность самой интоксикации. А. С. Чистович пишет, что психоз оказывается обычно «лишь одним из этапов в длинной цепи последовательных событий истории организма», куда обязательно входят и различные жизненные трудности, и ранее перенесенные инфекции, травмы и т. п.

Близок к этому взгляд А. В. Снежневского (1960), который говорит, что этиология и нозологическая единица — болезнь — не равнозначны понятиям «одна причина» и «одно следствие». Этиологическим фактором определяются патогенетические механизмы болезни.

Можно думать, что такая попытка объяснения структуры невроза и психоза и полиморфности их клинических проявлений с точки-зрения суммации импульсов согласуется также с понятием полигении (В. А. Гиляровский) как совместного действия различных этиологических факторов, а также с понятием сгущенного действия факторов (В. П. Осипов, Д. В. Арутюнов и др.).

Определенные свойства экзогенной вредности, ее сила, длительность и частота воздействия, число вредных факторов, центральная или периферическая суммация, тип нервной системы, вовлечение в процесс первой или второй сигнальных систем, возраст — каждый из этих факторов может внести нечто новое в развитие невроза или психоза. Сочетание этих факторов является не простой суммой, а представляет известные группы, объединенные в одно целое единством и сходством патогенетических механизмов,

f

314

Эти факторы иногда могут действовать как синергисты или антагонисты, в результате чего создаются чрезвычайно сложные патофизиологические механизмы, своеобразное развитие, течение и исход болезни в различных случаях.

В течение каждого болезненного процесса, психического или соматического, всегда происходит смена причин и следствий, и часто следствие может стать причиной последующих явлений (расстройства вегетативной нервной системы, нейродинамики, появление аноксии и т. п.). Вообще стандартного течения болезненного процесса не бывает, будь то пневмония, тиф, невращения, истерия, шизофрения или прогрессивный паралич.

По А. В. Снежневскому, проблема нозологической специфичности психопатологических синдромов — это проблема клинического выражения развития очень сложного взаимоотношения этиологии и патогенеза в течении болезни. Клиническая картина синдрома зависит от интенсивности действующей вредности и изменения реактивности организма. Смена синдрома происходит не хаотически, а последовательно, закономерно.

Общие закономерности патологии мозга, проявляющейся в результате действия многих вредностей, при конкретных болезнях реализуются по-разному, с различной «предпочтительностью» (1960). Эта «предпочтительность» сказывается в особенностях течения болезни.

Нозологическая специфичность психопатологических синдромов, по А. В. Снежневскому, неодинакова и непостоянна, относительна. Она зависит от влияния различных условий развития болезни, возникает и исчезает в течение последней.

В заключение укажем, что при объяснении структуры болезни врач должен исходить из основных положений марксистского диалектического метода. Всякое явление, любой патологический процесс есть единство общего и особенного. Все явления, симптомы связаны между собой причинно-следственной связью. Одни явления всегда влекут за собой другие. И в физиологическом состоянии, и в патологическом процессе нужно видеть движение, развитие и отмирание.

Процесс развития нервной и психической болезни должен рассматриваться не как простой процесс роста, накопления симптомов, а именно как процесс развития,

315

при котором скрытые и незначительные количественные изменения приводят к изменениям открытым, коренным, качественным.

О терапевтических показаниях

Известно, что любое терапевтическое воздействие может быть направлено на: а) причину заболевания, б) патологический процесс, в) на те или иные симптомы, г) воздействие при жизненных показаниях.

Воздействие на причину заболевания — закономерное требование при лечении всех болезней. Однако возможности этиологического лечения в значительной степени ограничены. Часто с устранением причины патологический процесс может продолжаться, а резидуальные явления требуют иногда длительного патогенетического лечения. Это наблюдается и в соматической медицине, и в психоневрологии.

Воздействие на патологический процесс применяется при невозможности влиять на причинные моменты, но иногда сочетается с воздействием на причину и симптомы. При этом врач применяет комплекс лечебных средств для улучшения нарушенных функций органов и систем (так называемая функциональная терапия).

Воздействие на симптомы. Этот вид терапии во многих случаях быстро приносит облегчение больному, носящее иногда временный характер. Целесообразно воздействие на непосредственную причину симптома. Применяя этот вид терапии, необходимо, влияя на часть, помнить, что излечение зависит от состояния целостного организма.

Воздействие при жизненных показаниях — лечение состояний, непосредственно угрожающих жизни больного. При этом необходимо своевременно распознать угрожающее состояние, правильно оценить значение обнаруженных симптомов. Это фактически неотложная терапия; она часто проводится до установления точного диагноза.

Выбор метода лечения. Очень важным является выбор метода лечения. В. Н. Мясищев указывает, что разная методика может дать в основном один и тот же результат. Поэтому надо положиться на врача, который выберет тот или иной метод. Все же он г.читает, что

316

при острых психогенных невротических состояниях лучше применять гипноз. При функциональных заболеваниях, когда деятельность внутреннего органа или кожных покровов нарушается только в результате нервного напряжения, также рекомендуется гипноз. Если же за «неврозом органов» скрыта психогения, следует применять глубокую психотерапию. При пассивно-страдательном отношении больного к болезни рекомендуется гипноз, а при активно-положительном — наркопсихотерапия. Патологическое развитие личности требует глубокой рациональной психотерапии, переубеждения и перевоспитания. При том или ином заболевании может быть применен комплексный метод лечения: рациональная психотерапия может сочетаться с гипнотерапией, наркопсихотерапией, а в самом гипнозе можно применять переубеждение и разъяснение.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

Большинство психиатров, невропатологов, психотерапевтов считают, что психотерапия (включая и гипноз) является наиболее эффективным и даже основным методом лечения при неврозах.

J. Schultz так и говорит: «Если психотерапия для общих заболеваний является скорее гостем, то патологическая группа неврозов ведет в ее собственное царство».

Неврозы — это группа психогенных заболеваний, в основе которых лежит перенапряжение нервных процессов, часто проявляющееся в раздражительной слабости, истощаемости, различных чувственных, моторных, вегетативных и других нарушений при полном осознании больным своей болезни.

Но прежде чем приступить непосредственно к психотерапии неврозов, необходимо остановиться на самой психической травме («значимых» переживаниях, психологической и физиологической защите и других вопросах).

Психическая травма. О «значимых» переживаниях

Известно, что тот или иной травмирующий раздражитель у разных субъектов вызывает различные последствия. Одни стойко переносят горе, другие — отчаивают-

317

ся, у третьих появляются суицидальные мысли и даже поступки.

При этом выступает фактор «значения».

Психотерапевт обязан выяснить «значимое», чтобы учесть значение данного переживания для субъекта при лечебном воздействии, выборе той или иной методики.

О «психологической» и «физиологической» защите

Понятие «психологической защиты» впервые введено в научный обиход фрейдистами как одна из

форм реакции сознания на перенесенную психическую травму. Речь идет о ряде специфических приемов переработки переживаний, которые будто бы нейтрализуют патогенное влияние; эти переживания влияют и на сознание. Сюда относятся вытеснение, сублимация, рационализация, проекция и др.

Следует сказать, что «психологическая защита» является важной стороной психической деятельности (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова). Однако психоаналитики «психологическую защиту» трактуют как механизм, средство предотвращения грозных клинических последствий конфликта сознания с враждебным «бессознательным».

Материалистически мыслящие ученые считают «защиту» важным психологическим механизмом, имеющим большое значение в сопротивлении болезням; он выступает не только или не столько в условиях конфликта сознания и «бессознательного», а и при столкновении осознанных психологических установок.

В механизме этой «защиты» играет роль психологическая перестройка, когда психическая травма теряет для больного свою значимость, патогенность, появляется как бы нейтрализация вредного воздействия.

Психологическую перестройку можно проследить на таком явлении, как «оскорбление». При этом со временем может появиться изменение отношения обиженного к окружающей среде, «распад» зафиксированной обиды или замена ее новой. Отрицательная эмоция униженности постепенно исчезает. В другом случае обиженный может прийти к мысли о расплате за оскорбление, что может облегчить его состояние. Обиженный может «обесценить» обидчика или стать выше унижения.

318

Иначе говоря, в «психологической защите» играет роль сознание, а не бессознательное.

Клиницистам известно, что люди бывают хорошо или плохо психологически защищенными.

Начало патологических процессов может быть связано с предварительным распадом «психологической защиты», «как бы открывающим дорогу более грубым, структурно и функционально, физиологическим и биохимическим факторам патогенеза» (Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова). Эти авторы считают механизм «психологической защиты» важным средством устранения психических травм.

Понятие «неопределенности» и психическая травма. При психогениях нередко выступает фактор неопределенности. Это подчеркивают Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова.

Неопределенность, выступая как стресс-фактор, может проявляться в душевном дискомфорте, отрицательных эмоциях, амбивалентности, чувстве «быть или не быть», неуверенности, сомнениях и пр. «Стресс от неопределенности» теперь рассматривается как замаскированный скрытый спутник почти всякой психической травмы.

Бессознательное и психическая травма. Проблема бессознательного издавна привлекала представителей самых различных областей знания — философов, психологов, психопатологов, социологов, юристов, психиатров и др. Одни понимали бессознательное как особую сферу психической деятельности, которая характеризуется произвольностью возникновения и течения психических процессов, отсутствием сознательного регулирования и контроля (Н. Leibnitz, F. Veneke, H. Lotze, G. Fechner, H. Hoffding и др.). Другие усматривали в бессознательном первичный регулятор всех поступков человека как первопричину всего сущего (Фома Аквинский, F. Schelling, J. Fichte, A. Schopenhauer и др.).

В учении З. Фрейда центральное место также занимает бессознательное.

Представители материалистической психологии и философии признают бессознательное, однако трактуют его роль в психической деятельности человека иначе, чем представители идеалистического направления.

319

Исследования рефлекторной деятельности мозга И. М. Сеченова, И. П. Павлова, В. М. Бехтерева, К. М. Быкова и других, новейшие электрофизиологические исследования, учение о ретикулярной формации, снe, гипнозе подтверждают мысль о реальном существовании бессознательного и трактуют его как вполне физиологическое явление.

Бессознательное в психологии и философии сейчас понимается как определенный уровень психического отражения действительности, который характеризуется произвольностью возникновения и протекания психических процессов, отсутствием сознательного контроля и регулирования.

Если в понятии «сознание» центральным ядром является «знание», то «бессознательное» тоже



связано со знанием, способно на него влиять, а иногда даже и обогащать знание как таковое, подчиняясь, однако, воздействию «сознания» как высшей формы.

Бессознательное может проявляться в интуиции, творческом вдохновении, созревании и реализации творческого замысла, перестройке структуры опыта, установке, сновидениях, гипнотическом состоянии и др. Изучение бессознательного имеет большое значение в психопатологии и особенно в психотерапии реактивных состояний, неврозов.

Теория установки Д. Н. Узнадзе и несознаваемая мозговая деятельность

Это теория, в которой «...впервые в истории (как у нас, так и за рубежом) концепция «бессознательного была поставлена на почву научных фактов» (А. В. Петровский) .

В чем сущность основных положений «установки» Д. Н. Узнадзе? Последний у испытуемого создавал «познавательную потребность» разрешить экспериментальную задачу, предлагая несколько раз подряд (10—15) сравнить между собой на ощупь разной величины, но одинаковой массы шары. После этих экспериментов шары подменяли двумя равными. Теперь у испытуемого возникала иллюзия неравномерности одинаковых шаров. Д. Н. Узнадзе выдвинул гипотезу, что у испытуемого вырабатывается готовность к восприятию неравных шаров,

320

которую он назвал установкой. Установка, по Д. Н. Узнадзе, возникает в центральной нервной системе и не является продуктом деятельности периферической части анализаторов. Установка как готовность к определенной активности является особенностью деятельности «целостной личности». Она должна представлять собой, скорее, некоторое общее состояние, которое касается не отдельных каких-нибудь органов субъекта, а деятельности его как целого.

Согласно Д. Н. Узнадзе, решающим моментом в познании объекта является внешнее восприятие с присущей ему интенциональностью. Эта последняя и есть продукт установки. Предметный характер восприятия — не чисто субъективное свойство, а следствие реального участия объекта в отражении, действиях субъекта (А. Бочори-швили).

Следовательно, сознавать — значит представлять и мыслить, переживать эмоционально и совершать волевые акты. Но кроме сознательных процессов совершается еще нечто, что само не является содержанием сознания, но определяет его, лежит в основе этих сознательных процессов. Это нечто — установка.

Теория установки является действенным средством борьбы с фрейдистскими и другими «глубинными» учениями; она помогает раскрыть сущность «бессознательного» как фактора, обуславливаемого деятельностью человека и, в свою очередь, влияющего на эту деятельность.

Истерия

Пожалуй, истерия, эта «великая симулянтка», представляет наибольшие трудности для лечения. В сущности, предложенные методы ее лечения не являются собственно лечением, они скорее направлены на ликвидацию того или иного симптома либо группы симптомов.

Многие больные истерией не нуждаются в морализировании, нотациях, вызывающих у них только раздражение (О. А. Зачепиский). Но на них все же можно воздействовать путем разбора конкретных ситуаций и действий больного, исходя из высших нравственных принципов.

И 739

321

При легких формах истерических расстройств могут быть применены такие мероприятия, как изменения жизненных условий, которые способствовали возникновению и проявлению заболевания, рациональное воспитание, правильный бытовой режим. Большое значение имеет трудотерапия, которая отвлекает больного от его переживаний и создает условия для здорового общения с коллективом. Далее необходимо проводить психотерапию — разъяснительную, внушение в бодрствующем состоянии, а также в гипнозе (Н. Hannach, P. Hedegaard, T. Rod-gers и др.). Психотерапией многие симптомы истерии могут быть устранены, но, конечно, не всегда и не все.

Иногда больные истерией горячо верят в возможность выздоровления, но в дальнейшем возможна утрата веры в исцеление, ироническое отношение к психотерапии, переходящее в подтрунивание над усилиями врача (Р. А. Зачепиский).

Истерические припадки, приступы возбуждения лучше всего игнорировать либо купировать простым внушением без гипнотического воздействия.

При резких проявлениях истерических психозов необходимо провести стационарное лечение.

Из медикаментозных средств рекомендуются бром с кофеином, бромистая камфара, эфирно-валериановая настойка с настойкой чилибухи.

Для лечения истерических гиперкинезов применяют массаж, гимнастику, хлоралгидрат со слизью гуммиарабика в клизмах, длительный амиталовый сон (3—7 дней).

При истерической афонии можно применить внушение и суггестивную электризацию (фарадизация шеи) с настойчивым убеждением произнести тот или иной звук. Отметим, что И. М. Стримбан с успехом применял психотерапию в сочетании с голосовыми упражнениями, а также физиотерапией.

Тяжелые истерические рвоты можно прекратить внушением в гипнозе. Если это не достигает цели, применяют дуоденальное зондирование с вливанием до 3 л молока в день.

При тяжелых истерических параличах эффективен фенамин, затем эфирный наркоз; можно также добиться растормаживания амиталом натрия, электрошоком

322

(Д. В. Афанасьев), внутривенным введением 33% раствора алкоголя и пр.

Некоторые авторы применяли при тяжелых истерических параличах и других расстройствах сильный фарадический ток (К. И. Платонов), искры электростатической машины или же пучки дарсонвалевских токов. Мы не являемся сторонниками такой терапии.

При тяжелых, не поддающихся психотерапевтическому воздействию случаях (параличи и контрактуры конечностей), З. А. Копиль-Левина предлагает лечение, заключающееся в очень легком покалывании при постепенном переходе от участков кожи с нормальной чувствительностью на анестезированную кожную зону. Это воздействие проводится в гипнотическом сне и в состоянии бодрствования больного.

При стойко зафиксированных истерических реакциях (мутизм, афония, астазия-абазия, блефароспазмы, амав-роз и т. п.) М. Э. Телешевская применяла наркопсихотерапию.

При лечении истерии с соматовегетативными явлениями (парезами, параличами, афонией, глухотой, неукротимой рвотой, «острым животом» и пр.) мы сочетаем психотерапию наяву или гипноз с одним или двумя нейролептиками — седуксеном, триоксазином, тизерцином, мепротаном, элениумом, аминазином (при рвоте).

Больная 3, 27 лет, около 4 мес страдает парапарезом нижних конечностей истерического характера (астазия-абазия). Всегда отличалась хорошим здоровьем, но вместе с тем была повышено впечатлительной, вспыльчивой, раздражительной, а при неприятностях часто плачет, рыдает и «падает в обморок». Перед настоящим заболеванием после семейной ссоры почувствовала, как стали «неметь ноги», затем перестала их чувствовать вообще, а через три часа «ноги отнялись». Теперь все время лежит в постели.

Объективно: признаков органического поражения со стороны нервной системы не обнаружено. Больная жаждет вылечиться, ловит каждое слово врача, но тут же, рыдая, говорит, что она «парализована».

После предварительной беседы с подчеркиванием, что ее «паралич» исчезнет уже через три-четыре дня, начата гипносуггестивная терапия. Сеансы проводились ежедневно, по 20—30 мин и более, с доведением гипноза до второй стадии. Уже после первого сеанса больная начала активно двигать стопами, а на четвертый день во время очередной гипносуггестии пошла самостоятельно. Достигнуто полное выздоровление

У больных с истерическими реакциями, в картине болезни которых доминировали ипохондрические и

11\*

323

навязчивые симптомы, лучший терапевтический эффект наблюдался при комбинировании психогипнотерапии с медикаментозным физическим лечением (И.Ф.Мягков).

При истерии иногда бывает опасным то или иное местное лечение, так как в таких случаях можно укрепить в больном идею, что именно в том органе, который мы лечим, «и сидит болезнь». Что же касается применения лекарств, то, если они не подействовали, в некоторых случаях возможно даже нанесение вреда (укрепление ложного представления о неизлечимости). Пожалуй, наиболее важным является хороший контакт между больными и врачом, так как лишь при этом можно убеждать или внушать. Здесь уместно вспомнить слова J. Dejeune и E. Gauckler, что лечить истерию одними лишь медикаментами, игнорируя психотерапию, не только бесполезно, но даже вредно.

При применении метода групповой психотерапии больных истерией нецелесообразно комплектовать в однородные группы ввиду чрезмерной их аффектированности, склонности к конфликтам, нетерпимости к критике и эгоцентризму (Р. А. Зачепиский, Е. К. Яковлева, В. А. Часов, С. С. Либих).

Врачу всегда помогут личный опыт, тщательное и всестороннее изучение больного, типа его высшей нервной деятельности, а также всех сопутствующих обстоятельств. Обстановка, окружение должны подчеркивать стремление к излечению больного. Самая грубая ошибка со стороны медицинского персонала — высказывать подозрение в симуляции или аггравации или, что еще хуже, запугивать больных.

Психастения и невроз навязчивых состояний

Задача рациональной психотерапии при психастении и неврозе навязчивых состояний сводится к воспитанию волевого процесса.

Нужно добиться сознательного регулирования больным своих действий. Показан строгий трудовой режим. Уместны туризм, спорт, гимнастика.

Врач, приступающий к лечению психастении и невроза навязчивых состояний, не всегда должен предоставлять внеурочные отпуска больным, длительный отдых, так как иногда они могут принести вред.

324

Вообще больных психастенией лучше всего лечить амбулаторно. Работа с психастеником должна идти «по двум путям — разъяснения и активирования» (С. И. Крн-сторум).

Гипноз при психастении, как правило, большого эффекта не дает. С другой стороны, при неврозе навязчивых состояний в большинстве случаев можно получить значительный терапевтический эффект. Лечение невроза навязчивых состояний путем гипнотического внушения впервые применил В. М. Бехтерев (1892). Именно успешное применение гипноза при ряде навязчивых состояний показало, что они не являются дегенеративными и конституциональными проявлениями. Еще до этого (1890) В. М. Бехтерев сообщил о тяжелом случае навязчивых идей, закончившемся выздоровлением благодаря лечению самовнушением.

При большой выраженности сенсорного компонента М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник рекомендуют аутогенную тренировку, а Е. К. Яковлева — патогенетическую психотерапию.

При фобиях может быть применен метод мотивированного внушения (в гипнозе) по К. И. Платонову и метод репродуктивных переживаний М. М. Асатиани — воспроизведение в гипнозе ситуации формирования и патологической фиксации фобий и активное их погашение (первичной реакции испуга, которая легла в основу навязчивого страха).

При моносимптомных проявлениях К. Leonhard и В. Bergmann применяют функциональную тренировку с отвлекающей психотерапией.

Об успешном применении психотерапии при синдроме навязчивости, лечении методом коллективной психотерапии и аутогенной тренировкой сообщают Д. С. Озе-рецковский и В. М. Шпак.

Фобический синдром

Для лечения некоторых фобий (неприятные болезненные ощущения в области сердца, страх смерти) М. К. Фель применял комбинированный метод: длительную (двух-, трехчасовую) психотерапевтическую беседу с одновременным воздействием на слуховой и зрительный анализаторы монотонными раздражителями.

325

f h

Некоторым больным предварительно давали в небольших дозах снотворное. Во время такой беседы больной погружался в дремотное состояние, которое в последующие беседы наступало все скорее и становилось все более глубоким. Данное психотерапевтическое воздействие сочеталось с назначением симулирующих средств (малые дозы инсулина, хлористый кальций, кислород, женьшень, китайский лимонник, бромистый натрий, кофеин).

А. М. Халецкий считает, что при фобических состояниях, особенно инфекционно-психогенного происхождения (ревматизм, хронический тонзиллит и др.) с характерной психопатологической структурой, лечение должно быть комплексным — противинфекционным, антиаллергическим и психотерапевтическим.

Об успешном лечении фобических реакций методом «рефлексологической психотерапии» сообщает Е. G. Ag-Tamonte (1963).

При кардиофобическом синдроме, связанном с неврозами, климаксом, гипертонической болезнью, оцэнцефальной патологией, должна применяться в первую очередь специальная патогенетическая терапия в сочетании с такими видами психотерапии, как внушение бодрствующем состоянии в

гипнозе, коллективная психотерапия, аутогенная тренировка (И. А. Шерман).

Интересно, что для устранения фобических реакций L. Alexan-Zeg применял метод гипнотически вызванных галлюцинации. Гал-ношшируя, больной переживает болезнетворные ситуации, снимается внутреннее напряжение. Автор считает, что не только внушенные, но и спонтанные галлюцинации \_ МОГУТ иметь терапевтическое значение.

Основными и наиболее общими задачами психотерапии невротических фобий, по Т. А. Немчину - являются:

а) систематическая работа по перестройке патологических черт характера (чувство собственной малоценности, неуверенности в своих силах, повышенная впечатлительность и др.);  
б) проведение конкретных мероприятий по улучшению неблагоприятных условий, в которых находится больной; в) лечение соматического страдания-

Мы в своей практике при психастении и неврозе навязчивых состояний наряду с психотерапией применяем и нейролептические средства. При психастении с выраженной навязчивостью — седуксен, соннапакс, амизил, элениум, а иногда трифтазин и галоперидол; при тревоге, нерешительности, мнительности — седуксен, соннапакс, Чназепам, триоксазин, этаперазин, напотон, элениум (с трифтазином), галоперидол; при навязчивости с депрессией - седуксен, елипрамин, триптизол, хлорпротиксен; при тревожно-фобическом синдроме с астенией, апатией, вялостью — триоксазин; при фобическом синдроме с повышенной активностью, лабильностью — седуксен, соннапакс, элениум.

Больной Т., 45 лет, художник. Пришел на прием с жалобами на приступы страха. Убежден, что во время сердечного приступа внезапно умрет. Эта мысль не покидает его в течение 3 лет. За последние 3 мес состояние значительно ухудшилось, вызывал скорую помощь. Последние дни боится выходить на улицу. На работу ходит в сопровождении жены. Заключение видных терапевтов, данные электрокардиограмм органической патологии со стороны сердца не показывают. Больной жалуется на приступообразное сердцебиение, боли в области сердца, перебои, одышку («недостает воздуха»). Появились головные боли, плохой сон, а также утомляемость, раздражительность. Повторные электрокардиографические исследования обнаружили экстрасистолы и небольшое удлинение интервала P — Q.

Психотерапия начата в состоянии бодрствования. Перкутируя и аускультуруя сердце, мы стремились показать больному, что понимаем его состояние, интересуемся всеми симптомами, убеждали его в том, что органических поражений сердца нет. В дальнейшем приступили к гипносуггестивной терапии, внушая больному уверенность в себе и полную возможность самостоятельно ходить на работу. Постельный режим, который больной сам себе назначил, был отменен, основное внимание обращалось на фобии. Наряду с психотерапией больной получал триоксазин, а против тахикардии — резерпин. Проведено 12 гипносуггестивных сеансов. Наступило выздоровление. Срок наблюдения — 2,5 года.

При ипохондрических состояниях, характеризующихся особой инертностью, А. С. Познанский, М. И. Цейтлин и И. Г. Токарева с успехом применяли комбинированный метод лечения, а именно: конкретное внушение в гипнозе и различные фармакологические средства (инсулин, аспазол, димедрол, новокаин).

М. Д. Танцюра применил интересный метод лечения больных с навязчивым неврозом, заключающийся в активном возбуждении патологической инертности, наблюдаемой у больных. Так, если больной постоянно стремится поплакать, врач заставляет его плакать и пр. После этого, по словам М. Д. Танцюры, больные перестают плакать вообще. Успокоения, обещания, утешения («возьмите себя в руки») часто лишь расстраивают больных.

При лечении невроза навязчивых состояний, по В. Wi-nid (1962), нельзя поощрять стремление больного к самоанализу, но в то же время необходимо дать ему возможность «понять» свое состояние. При этом большое значение имеет мягкое, доброжелательное отношение окружающих к больному.

327

Приведем характерный случай навязчивого невроза, успешно излеченного методом гипноза.

Больная В., 25 лет, певица, солистка капеллы, обратилась за помощью с жалобами на непреодолимое желание громко кричать во время концертов. Особенно это желание появляется тогда, когда хор исполняет пианиссимо. Навязчивая мысль преследует ее на протяжении всего концерта. В это время происходит большая внутренняя борьба, больная понимает всю абсурдность своей мысли, но не может отделаться от нее.

Больная приходит в полное отчаяние: «Если я действительно когда-либо не удержусь и крикну на

весь зал, то меня могут посчитать душевнобольной, запретят выступать в концертах». И она с ужасом ждет каждого следующего концерта.

Данное навязчивое состояние было устранено шестью гипнотическими сеансами. Больную полностью удалось освободить от страха.

Отметим, что P. Dubois (1912) никогда не требовал от больных напряжения воли, попыток произвести акт, которого они боятся, но он предписывал больным такие руководящие принципы.

«1. Оставьте прежде всего всякий страх относительно самого болезненного состояния, не прибавляйте к мучащей вас фобии еще и «фобофобию»; это значило бы возвести второй этаж над зданием вашей болезни.

2. Определите точно предмет вашей фобии и старайтесь уяснить, насколько она неразумна и даже нелепа.

3. Наконец, старайтесь побороть в себе посредством самовоспитания недостатки характера, вызвавшие ваши страхи: боязнь болезни, смерти, обидчивость, являющуюся результатом самолюбия и порождающую идеи преследования и т. д.»

Как видим, P. Dubois требовал от таких больных только ясности взглядов, правильности мышления. Он признавал рациональный фактор, хотя не отрицал и убеждения словом.

Неврастения

При лечении неврастении необходимо в первую очередь содействовать больному в правильной оценке его трудовых возможностей, а также рационально организовать режим труда и отдыха.

Здесь психотерапия может быть показана в основном как успокаивающая терапия, отвлекающая больного от различных ипохондрических опасений, внушающая чувства уверенности в силах и возможностях.

328

(

У невротиков-гиперстеников с преобладанием возбудительных процессов режим должен быть направлен прежде всего на повышение тормозных процессов и устранение моментов, поддерживающих состояние возбуждения. Для этих больных необходимо создать покой, который может быть достигнут удлинением сна, пассивным отдыхом, спокойными физическими упражнениями, тепловыми процедурами и т. п. Возбудимым, «ушедшим» в болезнь, у которых наблюдаются очаги застойного возбуждения и патологическая инертность, показано, как справедливо указывают X. М. Фрейдин и Л. Н. Канавец, направление интересов на активные формы отдыха с использованием движений, трудотерапии и всего комплекса лечебных (курортных) факторов. С подобными больными в большей степени, чем с другими, обслуживающему персоналу необходимо обращаться дружески, внимательно, терпеливо, наладить взаимопонимание и контакт.

Невротикам-гипостеникам, у которых преобладают тормозные корковые процессы, нужно назначать терапию сном (фармакосон, электросон, условнорефлекторный сон, гипносон). Это очень эффективное средство восстановления нарушенного равновесия основных нервных процессов — торможения и возбуждения. В таких случаях показана терапия по павловскому принципу («теория двух приводов») — назначение малых доз брома и кофеина. В дальнейшем показаны стимулирующая терапия и соответствующий режим, прохладные водные процедуры, физкультура, массаж и др.

Конечно, как режим, так и само лечение необходимо строго индивидуализировать. Это касается не только неврастеников, но и психастеников и истериков. Режим может быть назначен только на основании всестороннего изучения индивидуальных особенностей больного (типологические особенности, характер, привычки, склонности, характер течения болезненного процесса).

Для больных неврозами необходима спокойная обстановка, они нуждаются в ласковом и гуманном обхождении.

Нельзя забывать, что некоторые неврозы — истерия, невроз навязчивых состояний, ипохондрические и гипо-стенические формы неврастении — могут принять затяжное течение.

329

При затяжных неврозах гипноз и убеждение часто оказываются малоэффективными. Хорошие результаты могут принести комплексное лечение, соматическая терапия — седативная, стимулирующая, общеукрепляющая (особенно фармако- и электросон, гипогликемические дозы инсулина и пр.).

При этом врачу необходимо стремиться разрушить состояние патологической инертности, застойного торможения, упрочившихся патологических рефлексов и тем самым перевести

психическую деятельность «на другие рельсы», иначе говоря, выработать новый динамический стереотип.

Показаны и нейролептические средства. При гипер-стенической неврастении — седуксен, триоксазин, элениум, триптизол, хлорпротиксен; при гипостенической неврастении с вялостью, апатией, безынициативностью — седуксен, триоксазин, меридил, элениум, сиднокарб, хлорпротиксен, мепротан, центедрин и др.

В последнее время G. L. Klerman, N. Dimascio и другие, применяя амитриптилин в сочетании с психотерапией у больных невротической депрессией, пришли к выводу, что такое сочетание не уменьшает вероятности экзацербации по сравнению с группой, получающей только лекарства или только психотерапию. Но психотерапия имеет преимущество при социальной реабилитации больных, особенно по истечении 8 мес после лечения.

Что касается эффективности психотерапии при неврозах, то этот вопрос еще окончательно не решен. Положительный эффект, по данным разных авторов, колеблется в пределах от 30 до 90%. Н. J. Eysenk пришел к выводу, что психотерапия не дает сколько-нибудь ощутимых результатов по сравнению с «рутинными лечебными методами» и даже спонтанным выздоровлением.

Однако это мнение ошибочно. Г. К. Тарасов справедливо замечает, что правильные выводы можно сделать только на основании статистических данных с учетом степени выраженности болезненных симптомов, их динамики, длительности болезни и др. Статистическая обработка результатов лечения, проведенная автором, показала, что у 68—72% больных наступило выздоровление, значительное улучшение — у 27% и лишь у 5% больных состояние не изменилось.

330

Заикание

Заикание, которое очень часто является симптомом невроза, возникающего вследствие психической травмы, испуга и пр., с успехом может быть устранено гипнотическим воздействием.

При остром истерическом возникновении заикание поддается и суггестивной терапии в состоянии бодрствования.

При заикании показано, кроме гипноза, применение медикаментозных средств (малые дозы бромистого кальция), общеукрепляющее лечение, физкультура, ритмика, постановка правильного дыхания.

Психотерапию рекомендуется проводить с небольшими коллективами заикающихся.

Обычно в коллективе происходит перенос внимания со своего «я» на других, а это способствует ослаблению эгоцентризма заикающегося.

Значение коллектива в психотерапии заикающихся подчеркивали В. Д. Неткачев, И. И. Тартаковский, Ю. А. Флоренская, В. И. Селивестров, В. М. Шкловский, Н. П. Тяпугин и другие.

В настоящее время большинство авторов применяют комплексное лечение заикающихся (Н. А. Власова, С. С. Ляпидевский, В. С. Кочергина, М. С. Хватцев, Н. А. Крышова, К. М. Штейнгарт, З. М. Шейхаметова, В. А. Ковшиков, А. И. Лубенская, М. И. Мерлис, А. Г. Шембель, Г. Г. Рождественская и др.)-

Довольно стройную систему лечения заикания разработал В. М. Шкловский. В ней сочетаются логопедо-певческие занятия и активная психотерапия (суггестивные методы и работа по перестройке нарушенных отношений личности). Таким образом, работа проводится в тесном контакте врача-психотерапевта с логопедом и невропатологом. Весь курс лечения делится на этапы: 1) диагностический, 2) перестройка патологических речевых навыков и нарушений отношений личности, 3) закрепление лечебных результатов; 4) диспансеризация и профилактика рецидивов. Продолжительность лечения ЗУг—472 мес.

А. Г. Шембель рекомендует комплексную этапную методику. Она начинается вступительной конференцией, на которой разъясняется сущность нарушения речи и возможность ее устранения; подчеркивается ответственная роль самих заикающихся в процессе всей работы; происходит демонстрация магнитофонных звукозаписей,

331

писем бывших заикающихся, овладевших нормальной речью. Следующий этап — режим молчания, во время которого проводится тренировка сознательного, самостоятельного расслабления мышц. Далее формируется речеручной рефлекс, состоящий в том, что речь сопровождается плавными ритмическими движениями руки. После этого проводится специальная речевая практика в различных жизненных ситуациях, направленная на выработку у заикающихся навыка владения собой, своей речью. Заключительный этап — конференция, на которой бывшие заикающиеся выступают с докладами и получают одобрение окружающих. Курс лечения 2 мес.

Ю. В. Некрасов и С. Ф. Орловская и другие с успехом применяют аутогенную тренировку. Этот вид лечения показан субъектам с психастеническими чертами характера, с мнительностью, с чувством тревоги, страха речи.

Обычно у этих больных наблюдается напряжение отдельных групп мышц тела, артикулярно-голосово-дыхательного аппарата во время речи и др. Авторы применяют словесные формулы, направленные на расслабление мышц артикулярного аппарата. В состоянии покоя проводятся речевые занятия, соединяющие формулу покоя с интонационной формулой речи. Индивидуальная формула покоя сочетается с усложнением речевых заданий от сопряженной речи с мотивированным самовнушением через вопросно-ответную речь к спонтанной.

Мы в своей практике применяем комбинированный метод лечения заикания, сочетающий психотерапию (разъяснительную), внушение в гипнозе, назначение лекарств (микстура Бехтерева и др.). Для снятия депрессивного синдрома как реакции на болезнь можно применять седуксен, хлорпротиксен, триптизол, тазепам, нуредаль, элениум,этаперазин и другие.

В некоторых случаях все это комбинируем с логопедическими занятиями (выработка медленной речи); всем больным рекомендуем самовнушение путем повторения примерно следующих фраз: «С каждым днем моя речь становится все лучше и лучше», «Я не буду думать о своем заикании, не буду испытывать страха» и т. п.

Примером может служить следующее наблюдение.

Больная Л., 22 лет, студентка IV курса педиатрического факультета медицинского института. Страдает заиканием с 7 лет. Больная интеллигентная, эрудированная, с живой психикой и моторикой, способна к самодисциплинированию. Заикание, усилившееся в последнее время, делало речь едва понятной. В деканате института девушку предупредили, что, если она не исправит свою речь, она не сможет получить квалификацию врача-лечебника. Больная посещала логопедофониатрический диспансер, где проводились сеансы замедленной, плавной речи, но успех был незначительным. Считала, что ей может помочь только гипноз.

Больная была погружена в легкий, а затем в средний, более глубокий, гипноз, и в этом состоянии могла говорить свободно,

332

произнося все критические звуки. Далее, постепенно переводя заигипнотизированную в состояние бодрствования, мы при этом убеждали ее говорить. После дегипнотизации она также, не заикаясь, хорошо произносила все фразы. В гипнозе и в состоянии бодрствования девушку убеждали в том, что она будет думать не о том, что она говорит, а о том, что ею уже сказано или что она собирается сказать. Внушалось, что небольшие погрешности в речи человека вообще не имеют значения и на них не следует обращать внимания. После 7 гипносуггестивных сеансов был достигнут положительный результат: заикание прекратилось.

Наряду с психотерапией больная подвергалась успокаивающему и общеукрепляющему лечению.

Ночное недержание мочи

Патогенетическая сущность ночного энуреза до сих пор окончательно не установлена. М. И. Аствацатуров высказал мысль, что в механизме его возникновения известную роль играет диссоциация сонного торможения, значительное торможение коры при недостаточном торможении подкоркового аппарата; вследствие такой диссоциации раздражения, исходящие из пузыря, приводят к автоматическому осуществлению акта мочеиспускания, не вызывая пробуждения.

В тех случаях, когда отсутствуют органические изменения (*spina bifida occulta* и др.), существенную пользу может принести гипноз (А. Liebeault, Н. Wicke, А. Я. Креймер' и др.). Задача гипнотерапии заключается не только в устранении различных внешних факторов, чаще всего психических, но и в выработке у больного постоянного сторожевого пункта в мозге, который мог бы растормозить кору больших полушарий, чтобы больной в нужное время пробудился для осуществления акта мочеиспускания.

Вначале врач проводит беседу с больным или группой больных; внушает им уверенность в успехе лечения, ободряет. Затем проводится сеанс гипнотического сна, во время которого внушается необходимость ощущения наполнения мочевого пузыря и пробуждения от позыва на мочеиспускание (Н. Е. Буторина).

В беседах с родителями ребенка следует объяснить, что не нужно будить ребенка для того, чтобы он помочился, так как это снижает чувство ответственности и отстраняет его от сознательной борьбы с недугом; не подстилать клеенку, не наказывать его за мокрую

333

постель; ласково поддерживать уверенность в скором излечении. Вообще при энурезе у детей вредны пристыжи-вания; следует воспитывать у ребенка чувство долга.

Lean Mac (1960), J. Kule (1963) и другие сообщили об успешном применении имипрамина (тофранила) при лечении тяжелых случаев ночного недержания мочи. Тофранил применялся в дозах от 12,5 до 50 мг (иногда в комбинации с резерпином, эфедрином, радобелином). Курс лечения — не менее 1 мес.

В качестве примера приведем следующее наблюдение.

Больной Л., 11 лет, около 5 лет страдал энурезом. Воспитывается в культурной, обеспеченной семье. Мать мнительная, впечатлительная, всегда уделяла ребенку много внимания. Ребенок развивался нормально. Ходить и говорить стал после года. В два года овладел многими гигиеническими навыками. В 6 лет мальчик с матерью поехал к бабушке в г. Самбор. Однажды мальчик, проснувшись, хотел выйти из комнаты, чтобы помочиться, но бабушка, уходя в магазин, закрыла комнату на ключ. Ребенок лег в постель, опять уснул и, не просыпаясь, помочился в постель. С тех пор довольно часто (2—4 раза в нед) у него наблюдалось ночное недержание мочи. После восьми сеансов лечебного внушения в гипнотическом сне и психотерапии в состоянии бодрствования энурез удалось устранить.

Профессиональные дискинезии. Аффектогенные неврозы у музыкантов, артистов и др.

Функциональные гиперкилезы, в отличие от органических, характеризуются типичными невротическими симптомами. К ним относятся (исключая истерические судороги, навязчивые движения при неврастении, психастении, тики) профессиональные дискинезии — писчий спазм, судорога скрипачей и пр. В число аффектогенных невротических реакций входят связанные с публичными выступлениями расстройства у музыкантов и вокалистов, актеров, ораторов.

Вообще некоторая доля страха, волнения исполнителей на сцене — явление нормальное. Волнение испытывают почти всегда даже великие артисты. Видимо, о болезни можно говорить только в том случае, если при выступлении страдает само исполнение, когда проявляются резкие вегетативные, двигательные нарушения, потеря памяти.

334

Лечение таких состояний сводится к режиму и психогигиене (С. И. Консторум). В день выступления необходимо достаточное, полноценное питание (нужно принимать пищу даже при отсутствии аппетита). Обязателен послеобеденный сон, сон или отдых за час до выхода из дому. Можно принять малую дозу кофеина с люминалом. Фенамин не рекомендуется (опасность привыкания!).

Все это должно сопровождаться суггестией в императивной форме (внушается спокойствие).

Лечение фобических состояний (невроз страха, возникающий повторно у музыкантов, артистов, во время экзаменационных ответов у учащихся, при выполнении упражнений у спортсменов), по А. М. Халецкому, должно сводиться к устранению «тонусного» состояния психики и моторики путем использования приемов, ослабляющих деятельность больных пунктов в коре больших полушарий.

Некоторые авторы (Criseau, 1961) описывают так называемую рамповую лихорадку, которая проявляется множеством сомато-психических расстройств (нервозность, раздражительность, напряженность, страх). Часты вегетативные дистонии, сердцебиение, одышка, тремор, сухость во рту и глотке с характерной «симпатической слизью» у певцов. В таких случаях Criseau рекомендует применять смесь серпазила и ноксирона (доридена) по 2—4 таблетки за 5—10 дней до выступления.

Для выработки смелости и энергии (особенно у музыкантов и артистов на сцене) можно рекомендовать следующее упражнение. Перед самым выходом на сцену следует медленно, всей силой легких втянуть в себя воздух в течение 8 с и в это время мысленно повторять: «Я буду спокоен, у меня нет страха» и т. п. Затем надо задержать дыхание на 8 с, мысленно произнося: «Я уже спокоен, уравновешен».

Наконец, нужно сделать медленный и равномерный выдох в течение 8 с, мысленно повторяя: «Теперь я обладаю равновесием, полнейшим спокойствием и такой силой, что могу повелевать другими... Заставлю слушать себя весь зал» и т. д. Упражнение можно повторить два-три раза.

При писчем спазме показан массаж по Корнелиусу. Можно применить и внушение в гипнозе, хотя результаты не всегда стойки. Показана тренировка мышц кисти. Применяется также и метод аутогенной тренировки с самовнушением такого содержания: «Все помехи исчезли; правая рука при письме подчиняется моей воле» (F. Ruk).

335



## Нарушения сна

Нарушения сна как синдром при неврозах могут встречаться в форме: а) затрудненного засыпания, б) укороченного засыпания, в) неглубокого сна с пробуждением, г) сна с кошмарными сновидениями, д) недостаточного или полного отсутствия сна.

Мы в своей практике при лечении инсомнии после предварительной беседы (рациональной психотерапии) еще до применения гипнотерапии назначаем лекарственные средства: при расстройстве засыпания — седуксен, зуноктин, триоксазин, мелпротан, элениум, радедорм; при нарушении глубины и продолжительности сна (неглубоком, прерывистом сне) — зуноктин; при упорной бессоннице — тизерцин.

Психотерапией (гипнотерапией) можно устранить страх перед бессонницей и даже выработать безразличное отношение к своему сну, то есть изменить отношение больного к своему страданию.

Подытоживая вышесказанное, следует отметить, что при лечении неврозов основной задачей психотерапии являются: а) нормализация основных корковых процессов; б) восстановление нарушенного взаимодействия сигнальных систем и их нормальной деятельности; в) нормализация динамического стереотипа; г) устранение функциональных болевых пунктов и патологических временных связей; д) восстановление нарушенного взаимодействия коры и подкорки.

Лечение неврозов, как и других нервно-психических заболеваний, должно быть комплексным.

При рассмотрении результатов психотерапии необходимо разграничивать видимое излечение и излечение по существу. J. V. Furst (1957) считает, что видимое излечение заключается в исчезновении тех или иных симптомов болезни, в улучшении субъективного состояния больного и установлении более или менее правильных взаимоотношений с окружающими. Излечение по существу заключается в глубоких изменениях в сознании больного. Он начинает правильно понимать процессы общественной жизни, и поведение его приобретает конструктивную форму, соответствующую требованиям внешней необходимости.

336

Вообще, по J. V. Furst, должно быть использовано любое лечение, которое хотя бы временно оказывает благотворное влияние на больного. Укажем важнейшие пути к излечению.

1. Внушение и гипноз — мощные средства устранения симптомов болезни и создания у больного правильных взглядов. Но результаты внушения и гипноза часто имеют преходящий характер. Если ослабеет внимание врача или больной окажется в новой критической ситуации, симптомы болезни могут появиться вновь.
2. Моральная поддержка больного, доверие больного к врачу.
3. Преодоление состояния безнадежности, укрепление веры в излечение.
4. Временное или постоянное ослабление беспокойства, сомнений, страха.
5. Облегчение, связанное с «катарсисом», то есть возможностью высказаться, «облегчить душу».
6. Доказательство искренней заинтересованности врача в излечении больного, способное вызвать глубокие изменения к лучшему в его психике.
7. Повторяющееся подавление чувства раздражения и тенденций к его проявлению посредством убеждения, внушения, беседы.
8. Выявление и обсуждение действительных проблем пациента, вызывающих изменения в его сознании и поведении.

## Сексуальный вопрос

Сексуальный (половой) вопрос включает проблему полового воспитания и просвещения, проблему брака, половую жизнь вне брака, половые извращения, аборт, проституцию, венерические болезни и др.

Долгое время многие народы подходили к половому вопросу с точки зрения абсолютных понятий добра и зла, относились к нему с предубеждением.

При различных социально-экономических формациях существовало различное отношение к сексуальным проблемам: у одних народов добрые и внебрачные связи осуждались, рожденные в них дети считались незаконнорожденными, у других такое явление считалось вполне нормальным.

На Востоке эротизм был даже элементом религиозного культа, у других народов древнего мира (Греция) наряду с семьей существовали и гетеры. В средние века проповедовались воздержание и аскетизм. Аскетическая христианская мораль осуждает чувственность, считает ее низменной, отвлекающей человека от любви к богу.

337

В эпоху Ренессанса буржуазия в противовес средневековой церковной морали потребовала

здорового и открытого отношения к вопросам пола. Экзальтированная любовь к мадонне соединяется с земной любовью к женщине. Любовь реабилитируется, секс превращается из «плотского греха» в здоровую «телесную радость». Появляется культ наслаждения и культ тела. Позже (XVII—• XVIII вв.) здоровый эротизм у буржуазной аристократии превращается в сексуальную распущенность, бездуховность. С другой стороны, пуритане осуждали чувственность, выдвигали на первый план труд, деловое преуспевание. Иные утверждали духовную сторону любви.

Только в конце XIX — начале XX в. вопросы пола приобретают научную базу (А. Forel, В. Bloch и др.), зарождается сексология как наука.

Сексуальность рассматривается с физиологических, психологических, психопатологических, этнографических, правовых, социологических, социально-гигиенических позиций. Вслед за социально-экономическими сдвигами изменяется и сознание людей. Городская жизнь уменьшает влияние семьи и родительский контроль за поведением молодежи, которая проводит много времени вне дома, обладает свободой, досугом, строит свои взаимоотношения, не обращая внимания на назидания родителей, считая их мнения устаревшими.

Расширяется сфера общения мужчин и женщин, отношения между полами стали проще и доступнее. Неустойчивость, поверхностность связей побуждает молодых людей видеть в сексуальной близости средство для личного самоутверждения (И. Кон).

Добрачные и внебрачные связи, особенно у женщин,— увеличились с 27 до 47%. Здесь играет роль и увеличившийся разрыв между темпами полового и социального созревания. В Швеции, например, у молодых людей половая жизнь начинается с 16-летнего возраста, хотя средний возраст вступления в брак для мужчин — 26 лет и для женщин — 24 года.

На перестройку половой морали и отношения между полами влияет эмансипация женщин, хотя во многих капиталистических странах еще существует юридическое и социально-экономическое неравенство.

Вовлечение женщин в трудовую и общественно-политическую жизнь ломает традиционные представления о мужских и женских социальных ролях. Женщины сейчас выполняют социальные функции, которые раньше выполнялись только мужчинами. Наряду с этим они усваивают и традиционные мужские привычки — самоуверенность, манеру вести себя. У юношей отмечается своеобразная «феминизация» — повышенный интерес к своей внешности, одежде. У женщин же — «маскулинизация» — ношение брюк, коротких причесок, курение, значительно большее, чем прежде, употребление спиртных напитков. Грубая мужественность, физическая сила и выносливость перестали быть эталоном мужской красоты.

Страх перед человеческими предрассудками, сплетнями, венерическими болезнями, внебрачной беременностью значительно ослабел. Все это способствует большей сексуальной свободе.

В настоящее время вопросам секса в буржуазном обществе уделяется слишком большое внимание.

338

<!

Передовые ученые Запада отмечают, что в настоящее время театр, кино, радио, телевидение часто пропитаны низкопробной эротикой, а художественная литература, комиксы подробно описывают половую жизнь персонажей, смакуют сцены изнасилования и пр. Представления в кабаре, кафешантанах, дансингах, мюзик-холлах часто носят порнографический характер. Все это в соединении со спиртными напитками или наркотиками приводит к «эпидемиям эротических танцев, беспорядочной половой жизни — «дикой любви» (В. Bloch). У многих эротизм составляет главное или единственное содержание жизни.

Сексуальные символы используются рекламой, коммерческим телевидением, промышленностью, выпускающей предметы массового потребления. Реклама женских духов, например, намекает, что их запах физически возбуждает и привлекает мужчин и пр.

Известный итальянский актер В. де Сика говорил, что секс стал таким же предметом торговли, как игральные кости, тресковое филе или аспирин. Секс продается в газетном киоске и в книжном магазине. Секс потребляется в кино и театре. Люди «из-за своей духовной бедности или глупости не знают, о чем думать, скучают, теперь увлекаются сексом и ходят смотреть эротические фильмы».

В Англии существует движение за «половую эмансипацию», возглавляемое сексологом А. Эллисом. Подобная организация существует и в США.

Некоторые считают З. Фрейда апостолом распущенности, так как его учение способствовало переоценке и гипертрофии сексуальности. Но необходимо помнить, что З. Фрейд говорил также о

конфликте между сексуальностью и цивилизацией.

Итак, современная эскалация эротизма на Западе фактически подрывает устойчивость брака, в то же время вызывая инфляцию самой сексуальности, вернее, любви.

•Работы К. Маркса, Ф. Энгельса, В. И. Ленина, посвященные истории и анализу брака и семьи, взаимоотношению полов, положению женщины, а также будущему этих отношений при социализме, внесли ясность в эти вопросы.

В. И. Ленин в беседе с Кларой Цеткин говорил: «Пролетарская ...революция требует от масс, от личности сосредоточения, напряжения сил. Она не терпит оргиастических состояний, вроде тех, которые обычны для декадентских героев и героинь Д'Аннунцио».

Ф. Энгельс по вопросу о формах отношений между полами после предстоящего уничтожения капиталистического производства, о том что придет на смену, писал так: «Это определится, когда вырастет новое поколение: поколение .мужчин, которым никогда в жизни не придется покупать женщину за деньги или за другие социальные средства власти, и поколение женщин, которым никогда не придется ни отдаваться мужчине из каких-либо других побуждений, кроме подлитой любви, ни отказываться от близости с любимым мужчиной из боязни экономических последствий. Когда эти люди появятся, они отбросят ко всем чертям то, что согласно нынешним представлениям им полагается делать; они будут знать сами, как им поступать, и сами выработают соответственно этому свое общественное мнение о поступках каждого в отдельности,— и точка» (К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 21, с. 85).

Наша мораль решительно отвергает как аскетизм, так и безответственный сексуальный анархизм или пансексуализм.

339

О воспитании сексуальной культуры. У многих людей имеются ложные представления о вопросах пола. Одни стремятся этот вопрос «обойти», стыдясь говорить на эту тему, другие считают, что трактовка вопросов пола будто ведет к «деморализации» общества, сводя сексуальную природу человека к биологическому инстинкту.

Часто это связано с неосведомленностью молодежи, супругов в вопросах сексуальности и является следствием неправильного или недостаточного воспитания в детском и юношеском возрасте.

Неправильные представления о сексуальной жизни, недостаточная сексуальная культура могут быть причиной того, что субъект не в состоянии разрешить конфликты, связанные с сексуальностью. В результате может появиться чувство вины, страха, разочарование, невротические расстройства.

Современные сексологи пишут о необходимости культуры сексуальных связей и любви. Смысл ее заключается в создании атмосферы уважения, согласия, а иногда и взаимных уступок. В сексуальной жизни современного культурного человека основ::} ю роль играют моменты духовные, моральные.

Известно, что формирование личности со всеми ее качествами (положительными и отрицательными) начинается с младенческих лет, с первого вдоха, и продолжается всю жизнь. Однако важнейшими периодами становления являются детство, отрочество и юность. В эти годы под влиянием воспитания родителей, семьи, школы, общества формируется все здание психики. Устанавливаются запреты, определяется, что хорошо, а что плохо, складываются представления о правдивом, фальшивом, приятном, неприятном, красивом или безобразном. Иначе говоря, дети становятся своеобразными духовными моделями своих родителей, окружающих. Внешняя среда образует, творит у ребенка основные матрицы реакций, поведения. И идеальное, и разнузданное поведение берут свое начало в детском возрасте. На развитие эротизма, кроме воспитательных, средовых, культурных, психологических факторов, влияют и факторы индивидуальные. Они складываются из личного эротического опыта (положительного или отрицательного), интенсивности эротических потребностей, которые у мужчин и у женщин

340

имеют свои особенности и свою кульминацию и спад, а, кроме того,— из всего жизненного опыта. Факторы, тормозящие эротичность. Известно, что все наши эмоциональные переживания регулируются и контролируются высшими психическими механизмами. Человек может либо использовать свою эротичность, либо тормозить ее. Иногда торможение может зайти так далеко, что эротический контакт становится автоматическим, чисто телесным, без эмоционального напряжения, что приводит к эротическому безразличию субъекта.

Тормозящих факторов много. Некоторые субъекты (чаще женщины) с преувеличенной

стыдливостью, своеобразными убеждениями предпочитают иметь сексуальный контакт в абсолютной темноте, что может стать для мужчины тормозящим фактором, так как темнота лишает мужчину возможности зрительных восприятий эротических стимулов.

Блокировать эротичность может боязнь забеременеть, заразиться венерической болезнью, испытать боль и пр. Некоторые женщины боятся не только эротического контакта, но и любовного экстаза; последнее часто не позволяет достичь оргазма. Тормозящим моментом является также навязывание чисто поверхностных, чувственных контактов.

У некоторых мужчин с установкой страха и особенно концентрацией внимания лишь на механизме течения эротического контакта, который становится самоцелью, может как бы прекратиться прилив эротических стимулов (со стороны партнерши) и резко снизиться эротическое ощущение. Отрицательным моментом в сближении является концентрация внимания мужчины на так называемом *coitus interruptus*.

Тормозящим фактором может быть внешность партнера (партнерши) — его общий вид, отсутствие личной гигиены (грязные руки, ноги, неприятный запах тела, запах изо рта) и гигиены постели, платья, костюма; а также дурные манеры — привычка громко втягивать носом воздух, чавканье во время еды, плевание на пол, эротический контакт в пьяном виде.

Тормозом для мужчины может стать и слишком бурное, стремительное поведение партнерши во время близости, которая навязывает ему «темп» ласки и течения близости.

Сильным эротическим тормозом для мужчины может быть убеждение, что женщина не переживает сильных чувств и оргазма, а только лишь играет свою роль в собственных интересах.

Мы наблюдали случаи, когда торможение эротичности было вызвано стерилизацией (операцией по поводу миомы матки), а также сознанием того, что женщина не способна к деторождению.

Эротичность женщины может быть снижена своеобразным поведением мужчины. Партнер, который не проявляет глубокого интереса к женщине в ситуациях не эротических, снижает эротичность женщины; при этом она может почувствовать себя униженной.

Тормозящим моментом эротичности является малая активность мужчины или, наоборот, слишком большая «забота» о чувствах в вербальном их выражении.

341

Если мужчина после близости становится нелюбезным, неласковым, раздражительным, перестает интересоваться женщиной, она, замечая это, нередко избегает контакта с таким мужчиной или же впоследствии невротизируется.

Некоторые женщины во время близости с мужчиной сознательно усиливают собственные эротические реакции, темп переживаний, думая только о том, чтобы у партнера появился оргазм, и имитируя свой оргазм; это также приводит к обратному эффекту — тормозит эротичность.

Эротическим тормозом для женщины и мужчины являются упреки, укоры во время самой близости. Это часто приводит к неприязни между партнерами.

Некоторые авторы считают, что антиэротическим фактором может быть и привычка партнеров друг к другу, а также физическое и психическое переутомление партнеров.

Внешним тормозом эротики может стать встреча субъекта, находящегося в эротическом состоянии, с кем-либо из близких (матерью, отцом и др.), перед которыми не хотелось бы показывать свои чувства.

Некоторые зарубежные авторы пишут о таком явлении, как замена ролей: мужчина постепенно становится слабым полом, а женщина — более активной во всех отношениях, в том числе и в эротике. Как справедливо пишет К. Imielinski, от этого не выигрывают ни женщины, ни мужчины.

Обычно сексуальная близость осуществляется наедине. Однако известны случаи, когда сексуальное возбуждение у мужчины проявляется парадоксально, при «угрожающих» ситуациях, например, когда поблизости (в другой комнате) находится посторонний. При этом сам факт «угрозы», риска лишь усиливает эмоциональную сексуальность.

Вообще, уровень эмоционально-эротического напряжения бывает тем выше, чем более спонтанно осуществляются эротические контакты. «Запланированные», подготовленные сношения, как правило, приводят к снижению и даже отсутствию эротических эмоций.

Считается, что наиболее желанным партнером для мужчины в возрасте 20 лет является женщина 17—25 лет, обладающая духовной и физической «свежестью», а для женщины — более зрелый мужчина 25—40 и более лет. Некоторые молодые люди вступают в эротический контакт с женщинами старше себя, считая, что они посвятят их в «тайны» эротики.

Эротизм может проявляться в различной форме и не всегда приводит к эротической полноте; иногда достигаются только какие-либо ее этапы, фазы, сопровождающиеся положительными

эмоциями (флирт, кокетство и др.). Больше того, эротическая активность не обязательно вытекает из эротической потребности. У женщин, например, мотивом внеэротической инициативы иногда бывает заинтересованность или восхищение мужским умом, эрудицией, его общественным положением и пр.

Исследования отечественных и западных сексологов показали, что в появлении эротического влечения к партнеру у большинства людей решающую роль играет личное впечатление, зависящее от комплекса факторов,— фигуры, глаз, волос, рук, ног, талии, бюста, бедер, походки, жестикуляции, тембра голоса, восприятия определенных духов, запаха тела и др.

342 '

Субъект, заинтересованный эротически в другом или ищущий партнера, проявляя свои эмоциональные побуждения, становится более веселым, живым, красноречивым, остроумным; у него изменяется мимика, интонация голоса, даже походка. Но встречаются субъекты, недоразвитые в эротическом отношении или не заинтересованные в эротических контактах, не испытывающие потребности в любви.

Об эротических ассоциациях. Скорость и сам процесс закрепления условно-безусловных ассоциаций (побуждающих или тормозящих) зависят от многих факторов. Во время абстиненции обычно увеличивается эротическая готовность и напряжение. У субъектов «пресыщенных» эти ассоциации выражены слабее, иногда возникают парадоксальные ассоциации (эротический стимул может стать тормозным). У субъекта с отрицательными эмоциями (поссорился, разлюбил и пр.) эротические ассоциации не появляются. Иначе говоря, на появление эротических ассоциаций влияет состояние психики субъекта (например, понижение эротических стимулов в состоянии депрессии).

Начало сексуальной жизни. Немало коллизий может возникнуть (особенно у женщин) в первую брачную ночь. Ошибочным будет такое поведение мужа, при котором он теряет контроль над своими чувствами, совершенно не считаясь с женой, причиняя ей боль. Такая грубость с его стороны может вызвать на долгое время отвращение к близости, половую несовместимость, *frigiditas sexualis*, тем более, что многие женщины считают первую брачную ночь неприятной, так как ожидают мучительных болей и кровотечений. Что касается последних, то их может и не быть,— все завися! от анатомического строения половых органов. Во всяком случае, если жена девственница, муж должен быть очень внимателен, чтобы избавить ее от внутреннего напряжения. Еще одно важное обстоятельство. Конечно, разрыв *hymen* при первой близости обычно приводит к кровотечению. Однако возможно такое строение женских органов, когда *hymen* растягивается и кровотечение отсутствует, что не говорит о том, что жена не целомудренна. Более того, *hymen* может быть разрушен еще в детском или юношеском возрасте по различным причинам, причем девушка может не иметь об этом ни малейшего понятия.

Мужчины должны помнить, что тело женщины — это не орудие сексуального наслаждения, что и в сексуальных отношениях существуют правила хорошего тона.

Соитие (*Coitus*). *Coitus* включает физиологические и психологические моменты. При фрикциях вследствие возбуждения нервных телец, заложенных у женщин в *clitoris*, *vulvae*, *vagina*, у мужчин — в *glans penis*, у женщины и у мужчины появляется сладострастие. Суммированное возбуждение передается в кору головного мозга и вызывает в генитоспинальном центре ряд рефлексов, что заканчивается эякуляцией у мужчин и выбросом секрета бартолиновых желез и желез матки у женщин. Эякуляция сопровождается сладострастным ощущением — оргазмом. Что касается последнего, то происхождение его еще не вполне ясно. Известно, что афферентная импульсация, возникающая при прохождении семени через устья семявыбрасывающих протоков, замыкается в зрительных буграх; здесь находится высший сенситивный центр оргазма.

343

При поражении дизэнцефальной области, понижении возбудимости некоторых отделов зрительных бугров, психогенных нарушениях, психических препятствиях (равнодушие, отвращение к партнеру и пр.) оргазм может не наступить. Но может наблюдаться и элективность — с одним партнером оргазм может быть, а с другим — нет. Это явление слабее выражено у мужчин.

У женщин для появления оргазма необходимо гораздо большее раздражение эrogenных зон, чем у мужчин; у последних необходима достаточная возбудимость центра эрекции и центра эякуляции, то есть достаточная эротическая готовность.

Интенсивность оргазма у мужчин и у женщин зависит от их темперамента.

Наращение оргазма у мужчин происходит гораздо быстрее, чем у женщин, но период «вершины» его одинаково длителен. Время угасания оргазма у женщин более продолжительное, чем у

мужчин. Это диктует необходимость соответствующего поведения мужчин как перед, так и после него (продление ласки и пр.).

Длительное или постоянное отсутствие оргазма при coitus у женщин может вызвать ряд невротических явлений (по типу неврастения, истериоформных реакций и пр., а также воспалительные явления внутренних половых органов). Прямо или косвенно отсутствие у женщины оргазма может отразиться и на мужчине, вплоть до появления половой слабости.

Продолжительность coitus — от 2 до 4 мин, редко — до 6 мин. На продолжительность coitus оказывают влияние частота сношений, а также интервалы между ними (чем короче интервалы, тем coitus продолжительнее). После длительного полового воздержания время сношения значительно уменьшается иногда проведение coitus для мужчины временно становится невозможным.

Следует сказать, что из один физиологический акт, продолжающийся к тому же так мало времени, не вызывает такой сильной и бурной реакции в организме, как coitus.

Возбуждения, возникшие в половых органах, вовлекают симпатические волокна, идущие к penis с волокнами I, II, III крестцовых нервов, затем передаются всему сосудодвигательному нервному аппарату; при этом появляется бурная вегетативная реакция (расширение зрачков, усиление сердцебиения, сильное возбуждение сердечных узлов; повышение артериального давления, ускорение пульса до 120—150 уд/мин, дикротия пульсовой волны; учащение, прерывистость дыхания, судорожные подергивания в конечностях) Интенсивность эмоций может привести даже к потере сознания. Особенно бурно все эти явления протекают у ослабленных субъектов, у больных неврастением и др.

Нормальный интервал между половыми актами — 3—4 дня, хотя возможна и иная периодичность (даже один раз в неделю). В течение суток (ночи) некоторые мужчины могут иметь 2—3 и более coitus, но не всегда, а лишь при особых состояниях и обстоятельствах. Готовность к повторному coitus появляется примерно через 15—20 мин.

Половые излишества могут привести спинальные центры эрекции и эякуляции в состояние длительного и чрезмерного раздражения, к функциональному истощению как эрекцияльного, так и эякуляционного центров, ослаблению эрекции; может развиваться картина половой неврастения (тупые боли в спине, слабость в ногах,

344

онемение их, частые поллюции), импотенция, а иногда — головокружения, головные боли, расстройства пищеварения и пр. (Л. Якобсон, И. Порудоминский).

По мнению некоторых авторов (К. Imielinski и др.), мужчина более примитивен в сексуальном отношении, более стандартен в выражении своих чувств, более прямолинеен\*; природа наделила его тремя недостатками: он быстро возбуждается, быстро получает удовлетворение и быстро после этого прекращает любовную игру. Действительно, у многих мужчин после coitus происходит резкий спад эмоций, через 1—2 мин после оргазма наступает расслабление. В этот период дальнейшие ласки для него могут быть даже неприятны; все, что делает он в эти минуты, вызвано не столько чувствами, сколько долгом. Поэтому деликатный мужчина продолжает ласку и после coitus, чтобы у жены не появилось ощущения пустоты и моральной неудовлетворенности. Не подлежит сомнению, что мужчина не должен категорически настаивать на coitus, не видя готовности к нему жены.

Патология coitus. 1) Coitus incompletus (неполный): мужчина из-за боязни оплодотворения не доводит акт до эякуляции, затягивает coitus. Это обычно приводит к застойным явлениям в простате, появлению страхов, головокружений, болей, раздражительности и др. 2) Coitus prolongatus, protractus (затягиваемый) заключается в прерывании фрикции с целью продления наслаждения. 3) Coitus interruptus, reservatus (прерываемый), когда мужчина перед самой эякуляцией выводит penis из vagina, и извержение семени происходит вне ее. Это обычно резко нарушает нормальное течение процесса возбуждения рефлекторных центров в спинном мозге; раздражение половых центров длится значительно дольше. Этому способствует большая длительность coitus, связанная с вмешательством психики. Все это может привести к преждевременному истощению спинальных центров (Л. Якобсон; И. Порудоминский); эякуляция происходит менее интенсивно, оргазм выражен слабее; уменьшается и половая способность. Помимо этого, у мужчин могут появиться невротические симптомы (страхи), а у женщин — застойные явления в половых органах и невротизация. 4) Coitus vesti-bularis, perinealis (вестибулярный coitus): penis при неповрежденной hymen остается in vagina, и происходит эякуляция. 5) Coitus condomatus (coitus с презервативом). Одни авторы считают, что при пользовании кондомом притупляется чувствительность penis, затягивается coitus; другие считают,

что coitus condomatus не приносит заметного вреда. б) Coitus paranymphalis (паранимфальный) заключается во введении penis в другие отверстия тела.

Чувство любви

Несмотря на то что на протяжении многих веков поэты и писатели посвящали свои произведения («Повесть о любви Херея и Каллирои» Харитона, «Золотой осел» Апулея и др.) любви, она (любовь) остается для нас terra incognita.

Между тем в психотерапевтической практике такое понятие, как любовь, часто приходится разъяснять нашим больным не только при психологической несовместимости двух любящих существ, но и при психологической их совместимости.

345

Не претендуя на исчерпывающее определение любви, укажем лишь на следующее

Любовь — это морально-эстетическое чувство человека, выражающееся в самозабвенном и бескорыстном стремлении к определенной личности с ее индивидуальной неповторимостью. Чувственное влечение — это не что иное, как биологически целесообразный источник возникновения любви.

Представители философской мысли эпохи Возрождения (Пико делла Мирандола, Джордано Бруно, Спиноза, Шефсбери, Гельвеции, Кампанелла и др.) рассматривали любовь, как силу, организующую социальную жизнь, освобождающую душу человека от аффектов и ведущую к познанию и покорению природы.

Гегель писал: «Истинная сущность любви состоит в том, чтобы отказаться от сознания самого себя, забыть себя в другом «я» и, однако, в этом же исчезновении и забвении впервые обрести самого себя и обладать самим собою» (Соч Т. 13, 1940, с. 107).

Л. Феербах считал, что любовь — «универсальный закон разума и природы» (Избранные произв, т. 2, М., 1955, с. 304). Он, как известно, обожествлял половую любовь и создал религию любви.

Как ни странно, З. Фрейд, которого считают защитником любви, — сводит ее и все ее виды к простому, слепому физиологическому инстинкту.

А. Шопенгауэр также считал любовь выражением простого физиологического инстинкта, который лишь занимает существа иллюзией счастья и делает их своим орудием.

Существует много разновидностей любви: любовь к родине (патриотизм), любовь к науке, профессии, труду; родительская любовь, дочерняя, сыновняя, любовь между мужчиной и женщиной.

Истинная любовь включает в себя доброту, ласку, отзывчивость, дружбу, симпатию, душевное тепло, мягкость, нравственную близость, милосердие.

Зрелая сексуальность включает в себя чувственность, физическую страсть, но главную особенность ее составляет эмоциональная привязанность, предполагающая духовную, человеческую близость любящих. Этот духовный компонент появился у человека из опыта социального общения.

Любовь обладает своеобразной силой преобразовывать человека, вносит в душу мужчины и женщины высокие чувства нравственного долга. Истинная любовь захватывает все существо человека, наполняет содержанием его жизнь, волю, ум, сердце. Везде и всюду любовь делает жизнь более совершенной, глубокой, ценной, более нравственной и красивой, позволяет глубже и вернее проникнуть в ее законы. Данте Алигьери в «Божественной комедии» писал о себе: «Когда любовью я дышу, то я внимателен. Ей только надо мне подсказать слова, и я пишу» («Чистилище», XXXIII, 37).

Половая слабость

Импотенция — это полная или частичная потеря способности мужчины к совершению полового акта. П. Б. Посвянский считает мужскую импотенцию не отдельной нозологической единицей, а синдромом.

346

Прежде чем говорить о психотерапии половой слабости, необходимо подчеркнуть, что половая способность мужчин значительно колеблется в своей выраженности. Понятия нормы и злоупотреблений в половых отправлениях не являются безусловными.

Сексуальная потенция у мужчин после 50 лет бывает различной. Так, в 60 лет сохраняют потенцию 80%, в 70 лет — 73%, в 75 лет — 45%, в 80 лет — 25% мужчин.

Нормальная половая жизнь оказывает благоприятное влияние на нервную систему, успокаивает ее, способствует улучшению сна, общего состояния, придает бодрость, активизирует трудовую

деятельность. Половые излишества, даже редкие, вызывают раздражение нервной системы, бессонницу, беспокойство, слабость.

Компонентами нормального полового акта являются: половое влечение, эрекция, эякуляция и оргазм, которые взаимно между собой связаны. При патологии половой жизни они могут раздельно нарушаться.

Как известно, половое бессилие в зависимости от этиологии и клинических проявлений большинство авторов условно делят на четыре формы: 1) органическую; 2) паралитическую, 3) вследствие раздражительной слабости, 4) психическую.

Первые две формы полового бессилия не входят в компетенцию специальной психотерапии, поэтому мы на них не будем останавливаться. Что же касается третьей и четвертой, то они фактически неотделимы одна от другой, так как в основе обеих лежат нарушения условнорефлекторной деятельности. Эти формы полового бессилия характеризуются преждевременной эякуляцией.

П. Б. Посвянский предлагает такую классификацию импотенции:

- 1) психогенно-функциональная форма;
- 2) соматогенные формы (при эндокринных нарушениях, заболеваниях центральной нервной системы, инфекциях, интоксикациях, генетических абберациях, воздействии физических агентов, уроге-нитальных заболеваниях и др.);
- 3) смешанные формы (психогенно-соматогенные);
- 4) импотенция при психических заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, циркулярный психоз и др.).

Часто импотенты, прежде чем обратиться к психиатру, долго, по два-три года, чрезвычайно энергично лечатся у урологов, венерологов и врачей других специальностей, подвергаются массажу, водолечению, электролечению и другим процедурам. В конце концов после всех этих манипуляций и мероприятий больной обычно остается таким же слабым в половом отношении, как и был, если не более.

Нужно сказать, что сознание половой импотенции чрезвычайно тягостно для больных, особенно пациентов с тревожно-мнительным характером.

Не получив помощи, больные обращаются к психиатрам. Здесь мы имеем в виду психическую импотенцию,

347

встречающуюся довольно часто (В. М. Бехтерев, И. М. Аптер, J. Watkins и др.).

Многие мужчины в отношении своих возможностей предъявляют к себе особые требования (П. Б. Посвянский):

- а) достаточно высокий уровень сексуальной возбудимости, сильная эрекция;
- б) возможность проведения длительного полового акта;
- в) высокое качество эякуляции и оргазма; завершение полового акта совместно с партнершей с обязательным удовлетворением последней;
- г) возможность повторения полового акта через краткий период времени;
- д) сохранение высокого уровня потенции на протяжении всего зрелого периода жизни.

Следует сказать, что этот «идеал» сексуальной жизни ни в действительности встречается редко.

По Я. Г. Голанд, реакция личности на возникшее сексуальное расстройство у мужчин может быть двух видов.

1. Реакция в форме стенической гиперкомпенсации. При этом субъект стремится к подчеркнуто усиленному сохранению достоинства и социальной роли в жизни, несмотря на свою неполноценность. Эта реакция подразделяется на следующие варианты: а) осознанное примирение с сексуальной недостаточностью, интенсификация социально полезной деятельности; б) разыгрывание роли «донжуана», стремление убедить окружающих в собственной полноценности, в связи с чем субъект начинает ухаживать за многими женщинами, но уклоняется от сексуальных контактов; в) создание видимости нарочито равнодушного отношения к сексуальной жизни; г) озлобленность с обвинением жены в наличии сексуального расстройства.

2. Астенические реакции, при которых осознается собственная неполноценность. При этом имеются такие варианты: а) реакция самоустранения от прежних контактов: субъект, считая, что он неполноценен в общем социальном плане, порывает прежние контакты; б) реакция астено-ипохондрическая, которая характеризуется сосредоточением больного на страдании; в) астено-депрессивная реакция, характеризующаяся тоскливым настроением,



пессимистической оценкой всего жизненного пути, появлением суицидальных мыслей.

У некоторых больных перед половым актом возникают душевные волнения, связанные с навязчивой мыслью о невозможности совершить половой акт, при этом эрекция действительно прекращается и больные впадают в полное отчаяние. Это, как говорит В. М. Бехтерев, есть в настоящем смысле слова боязнь полового бессилия, которая напоминает фобии другого рода. Иногда такой больной может иметь сношение с женщиной, к которой он привык, с другой же оказывается бессильным.

3-18

Особенно легко такие состояния развиваются у психастеников с склонностью к развитию навязчивых состояний и наблюдаются обыкновенно у мужчин, хотя возможны и у женщин в виде болезненного страха перед, половым актом.

У некоторых молодых людей возбуждение вследствие прежнего длительного воздержания, а, может быть, также в результате очень долгих приготовлений достигает такой степени, что наступает преждевременное, семяизвержение.

К психическим травмам, вызывающим впоследствии импотенцию, можно отнести упреки неудовлетворенной женщины, самовнушенное ожидание новых неудач, боязнь заражения венерической болезнью, неуверенность в себе и пр.

Пожалуй, более частой формой психического полового бессилия является импотенция с задержкой сексуальных рефлексов какими-либо отвлекающими аффектами. Сюда относятся случаи полового бессилия, наступающего после ссор между супругами, бессилие у мужчин, мучимых угрызениями совести после измены своей жене. Кроме того, страх перед дефлорацией, вагинизм у женщин, равно как и женская половая холодность, могут привести к импотенции у мужчин.

Импотенция может наблюдаться у привычных мастурбаторов, особенно в случаях так называемого психического, или мысленного, онанизма, когда раздражителями половых рефлексов являются различные картины, рисуемые собственной фантазией; при этом нормальное половое раздражение, исходящее от женщины, может оказаться уже недостаточным для эрекции. Но такие субъекты могут совершить половой акт, предварительно возбуждая себя теми же картинами, которые они рисовали в своем воображении при мастурбационном акте.

Сексуальные неврозы могут наблюдаться и у женщин, но у мужчин они (особенно импотенция) проявляются гораздо тяжелее, с более выраженной аффективной реакцией. Ведь нельзя сравнивать импотенцию мужчины и сексуальную холодность женщины уже хотя бы потому, что в половой жизни роль женщины более пассивна и даже импотенция женщины не служит препятствием к выполнению полового акта.

349

Клиническое проявление импотенции варьирует в зависимости от типа высшей нервной деятельности и преобладания той или иной сигнальной системы действительности. Но, как правило, у лиц со слабым типом нервной деятельности появляются: мнительность, нерешительность, робость, чувство виновности, некоторая аффективная неустойчивость, ипохондрические жалобы (особенно у бывших мастурбаторов), склонность приписывать свое половое бессилие какой-либо болезни (действительной или воображаемой). Появляются страх заболеть душевной болезнью, мысли о бессмысленности жизни и даже суицидальные мысли.

Как правило, импотенция проявляется именно по отношению к женщине, которую очень любят. Как физиологически это объяснить? И. П. Павлов объяснял это тем, что при слабом раздражительном процессе в связи с мыслями об особых достоинствах любимой женщины возникает отрицательная индукция на половой рефлекс.

Сотрудник И. П. Павлова Г. П. Зеленый рассматривает явление «психической» импотенции у мужчин с точки зрения функционального парабиоза. Это явление происходит «именно тогда, когда женщина производит особое впечатление, т. е. является особенно сильным возбудителем... Характерно, что при этом слабые условные возбудители, связанные с этой женщиной (например, надушенное письмо), могут вызвать эрекцию, особенно в ночное время (грезы, сны)».

Не подлежит сомнению, что механизм возникновения патологического сексуального рефлекса таков же, как и механизм выработки всякого условного рефлекса, а именно: совпадение действующего какого-нибудь ненормального полового раздражителя с основным половым рефлексом (эрекция, эякуляция). После этого данный неадекватный, ненормальный условный раздражитель всегда будет вызывать к действию половой аппарат (например, при онанизме и половых извращениях); или же нормальная функция полового аппарата тормозится теми или

иными тормозными раздражителями, получившими свое патогенное влияние вследствие совпадения в действии этих раздражителей с основными половыми рефлексам. Таков механизм возникновения различных видов половой импотенции.

350

Исследования И. М. Аптера показали, что торможение половой функции (импотенция) может возникать: а) условнорефлекторным путем; б) от действия сверхсильного раздражителя; в) вследствие «сшибки» двух нервных процессов; г) от изменения стереотипа обычных внешних раздражителей, связанных с половой деятельностью.

В зависимости от элементов сексуального невроза, от тех или иных психогенных факторов импотенции применяются различные методы психотерапии. Многим субъектам может помочь логически обоснованная терапия, внушение наяву, для иных необходим гипноз в чистом виде или же в сочетании с другими воздействиями и средствами. Но независимо от того, какова картина сексуальной неполноценности, в первую очередь нужно установить причину импотенции.

Врач-психотерапевт должен выяснить особенности сексуальной дезадаптации и дисгармонии, отношение жены к сексуальным недостаткам мужа, так как именно жена может стать не только помощником врача, но и лучшим психотерапевтом. Отсюда вытекает, что для обследования и лечения больного следует привлекать и партнершу (Н. В. Иванов, Э. М. Дворкин, В. Н. Лезнен-ко, С. С. Либих и др.).

Супругов следует расспросить об особенностях их сексуальной жизни: сексуальные вкусы, желания, представления о наилучшем удовлетворении сексуальности, характер и длительность предварительных ласк, темп половой жизни, особенности сексуальных раздражений эрогенных зон женщины, тенденцию к монотонности или варибельности сближений, а также темперамент, характер партнеров, их отношения (ссоры, скандалы, подозрения и пр.), культурный уровень, эстетические вкусы и др.

Если импотенция, сопровождающаяся преждевременным семяизвержением, возникла после психотравмы, которая явилась условным тормозом, и больной это знает, то достаточно одной или нескольких психотерапевтических бесед успокоительно-разъяснительного характера; больному нужно объяснить механизм возникновения импотенции, указать, что последняя имеет случайный, временный характер.

Многим больным не следует рекомендовать прекращение половой жизни. Лишь субъектам, очень сомневающимся в себе, показано временное воздержание от половой связи.

351

Если импотенция имеет стойкий характер, целесообразно прибегнуть к внушению наяву или даже к гипнозу; при этом характер внушения должен быть мотивированным (логически обоснованным), но не императивным. Молодым людям следует разъяснить, что они не могут быть постоянно потентны по отношению к любой женщине: бывают перерывы, и это вполне физиологично, исходя из биологического значения полового акта.

Женатым людям нужно рекомендовать пользоваться утренними эрекциями. перевозбужденному человеку нужно разъяснить, что обычно на второй или на третий день после начала половых сношений эрекция становится более продолжительной.

Особое внимание во время лечения нужно, помимо всего, обращать на общее успокоение больного, ибо страх — это основная причина полового расстройства.

Бывает, что импотенция проявляется лишь по отношению к определенной женщине, в частности к жене. Здесь причиной может быть физическое отвращение, вызванное каким-либо случайным переживанием, например не совсем эстетическим поведением женщины. Обычно такую импотенцию можно устранить гипнозом.

Встречаются пациенты, которые стали импотентами по отношению к своей жене после того, как она рассказала о своих прежних мастурбациях, о прошлой связи. В таких случаях помочь бывает труднее, но все же можно попытаться применить гипноз.

У некоторых субъектов имеется своеобразный разрыв между воображаемой и реализуемой сексуальностью. В норме эротические и сексуальные компоненты слиты. У невротиков, функциональных импотентов они разобщены. Но есть субъекты, которые в этом вопросе стоят как бы на распутье, и, как пишет С. И. Консторум (1959), они «не то влюблены, не то нет, не то грубо чувственны, не то лиричны в своей эротике, не то склонны к извращениям, не то жаждут нормальной половой жизни и т. д.».

В подобных случаях психотерапевт ставит перед собой задачу «приучить пациента к тому, чтобы в ситуации реального полового общения были налицо те привычные раздражители, которые

вызывают эрекцию...» (С. И. Консторум).

352

Труднее проводить психотерапию у психастеников, робких, застенчивых, с тревожно-мнительным характером, с чувством физической и моральной малоценности, которые сжились с «платонической любовью». Эти личности боятся сближения с женщиной. В таких случаях психотерапевт должен прежде всего устранить страх перед женщиной, указать больному, что в силу социальных и биологических факторов женщина первая не проявит инициативы. Ее же стыдливость не говорит о том, что у нее отсутствует сексуальность. Больше того, робость перед ней может ею расцениваться как невнимание, оскорбление. Даже психотерапевт должен избавить больного от чувства сексуальной неполноценности. С. И. Консторум (1959) рекомендует внушать пациенту следующее: «Именно вам смешно бояться; именно вы, девственник, никогда не испытывавший полноценной, реальной, взаимной радости общения с женщиной, владеете нерастраченным чувством и нерастраченной потенцией». Укрепляя веру субъекта в его силы, не нужно делать упора на сексуальную потенцию.

Никогда не следует иронизировать над переживаниями больного. Нельзя забывать, что добродушный тон, конечно, не содержит в себе иронии.

Помимо психотерапии в бодрствующем состоянии, гипносуггестивной терапии, мы особенно рекомендуем таким больным метод самовнушения с применением специальных формул, а также аутогенную тренировку (релаксацию). Последняя особенно необходима перед половым актом.

Импотенция, развившаяся у больного неврастенией, требует лечения последней. Импотентный синдром при психических заболеваниях обычно ликвидируется с появлением ремиссии этих расстройств.

Больным с кортикальной импотенцией с преобладанием психической задержки можно рекомендовать временное воздержание от половых сношений, после чего восстанавливается деятельность эрекционного центра. Возможны случаи, когда больной при общении с женой, иногда сам того не ожидая, совершает удачный половой акт, что может привести к восстановлению нормальной половой жизни.

Многим больным следует бросить курение или его ограничить, так как никотин усиливает неврастенические

12 739

353

явления, понижает тонус симпатической нервной системы, угнетает половые центры.

Спиртные напитки могут действовать двояко. У одних умеренное их применение может ослабить тормозящее влияние коры головного мозга, устранить страх перед неудачей, повысить уверенность в половых возможностях, а у других даже небольшая доза алкоголя парализует половое влечение и является тормозом для эрекции.

Практика показывает, что у женатых мужчин эффект от лечения бывает выше, чем у холостых.

Для успешной терапии важно вовремя прекратить лечение, внушить пациенту уверенность в успехе. При импотенции у молодоженов можно рекомендовать некоторое воздержание от попыток сближения, разъяснив предварительно жене функциональный характер импотенции мужа, желательность помощи ему и тактичного, ободряющего поведения.

Наряду с психотерапией (включая гипноз), если к этому имеются показания, можно провести еще ряд мероприятий. Медикаментозное лечение при возбужденном состоянии больного заключается в назначении средств, успокаивающих нервную систему: бромистых препаратов (лучше бром с кофеином), микстуры Бехтерева. Через некоторое время (7—10 дней) переходят к тонизирующим и возбуждающим средствам.

При ослаблении эрекции рекомендуются препараты фосфора, мышьяка, стрихнина, секуринина, коразола, женьшеня, китайского лимонника, пантокрин. Однако стрихнин и коразол противопоказаны при *ejaculatio praecox*, а также при гипертонической болезни, эпилепсии, гепатитах, нефрозонофритах, базедовой болезни.

Кроме того, при ослаблении эрекции показаны вещества, стимулирующие выделение медиаторов, которые ускоряют передачу нервного возбуждения и вызывают спастическое сокращение гладкой и скелетной мускулатуры.

К ним относятся препараты карбахолина и прозерина.

Rp.: Carbacholini 0,001 Sacch. albi 0,5 M. f. pulv. D.t d N. 20 S. По 1 порошку 3 раза в день после еды.

354

Rp.: Sol. Proserini 0,05% b,0 D. t. d N 10 in amp. S. По 1 мл подкожно.

При соответствующих показаниях назначают метил-тестостерон, тестостерон пропионат в сочетании с витамином А или Е, хотя И. М. Аптер предостерегает от чрезмерного увлечения эндокринными препаратами (стеронами) при лечении психогенной импотенции.

При функциональных сексуальных расстройствах на фоне органических поражений головного мозга М. И. Мо-мот и Е. С. Некрасова с успехом применяют комплексное лечение, включающее акупунктуру с психотерапией (гипноз), аутогенную тренировку, лекарственные средства.

Из физиотерапевтических методов показаны гидротерапия в виде теплых обтираний с последующим растиранием тела жестким полотенцем, души, ванны (углекислые или с прибавлением соснового экстракта, поваренной соли). При показаниях можно применять постоянный или переменный ток с наложением электродов на крестец и на половые органы. Сеансы проводятся ежедневно и продолжаются 8—10 мин.

При *ejaculatio praecox* показана блокада хлористым этилом пояснично-крестцового отдела в виде ромба, расположенного по обе стороны (вниз и вверх) от обеих линий *cristae iliacae*. Опрыскивание проводится до появления белой корочки затвердения, после чего нужно прогреть это место ладонью до покраснения. Такую процедуру проводят 5—7—10 раз.

Е. Barberini для лечения импотенции, вызванной психоневрозами алкогольного генеза, и при депрессиях применял так называемые свечи К 33. Состав их следующий:

Extr. ex. cornuti nasali 20 mg

Extr. Pankreatis 50 mg

Extr. Hepatis proteolysatum 150 mg

Arginin-asparat 150 mg

Axerophtholpalmitat 1 mg

Riboflavin-5-phosphat-Natrium 10 mg

a-Tocopherol acetatis 10 mg

Pyridoxin hydrochlorid 50 mg

Calcii pantothenatis 50 mg

p-Aminobenzoesaureaethylester 100 mg

Suppositorien mase ad 1,8 mg

Длительность лечения — 30—40 дней (по одной свече на ночь).

12\*

355

При *impotentia generandi virilis* рекомендуют омна-дрен «250» (внутримышечно по 1 ампуле 1 раз в мес).

Возможно, есть рациональное зерно и в гомеопатическом лечении. Гомеопаты для лечения различных видов импотенции рекомендуют следующие препараты: *Acidum phosphoricum* D 4—D 6, *Nux vomica* D 10 — *Agaricus muscarius* D 6—D 15, *Agnus castus* D 4—■ D 12, *Caladium seguinum* D 2—D 3.

Для устранения нервного напряжения, навязчивых мыслей о своей неполноценности, страха перед половым актом помимо психотерапии рекомендуется применять психофармакологические средства (тазепам, триптизол, либриум и др.).

Частые ночные поллюции и продолжительные ночные эрекции купируются препаратами камфоры, брома и антипирина. Таким больным не следует употреблять много жидкости, спать на спине, в мягкой постели.

Большинству больных рекомендуется калорийная нездражающая пища. Употребление сахара следует увеличить до 70—100 г в день.

В отдельных случаях показаны санаторно-курортное лечение на берегу моря, нарзанные ванны и др.

Вообще при лечении сексуальных расстройств часто важна не столько форма псх/отерапии (рациональная гипносуггестивная, коллективная, аутогенная тренировка и пр.), а ее содержание, требующее от врача знаний, опыта, авторитета, всестороннего обследования больного.

Врачу-психотерапевту следует направить мысли больного импотенцией на поиски других жизненных интересов, на занятия спортом, лечебной физкультурой, увлечь его серьезным умственным трудом, общественной работой.

Лечение импотенции рекомендуется проводить амбу-латорно.

Приведем следующее наблюдение:

Больной М., 24 лет, инженер, обратился в психоневрологический диспансер с жалобой на половое

бессилие.

Отец больного, 56 лет, болеет хроническим колитом, часто употребляет спиртные напитки, по характеру недостаточно общителен, «официален», холодно относится к близким. Мать добрая, отзывчивая, жизнерадостная, заботливая.

Больной в детстве перенес корь, скарлатину, часто болел гриппом. Был малоразговорчив, малообщителен, мнителен. Новые начинания— повод для мучений. Осторожен в действиях. Робкий, не-

356

решительный. Всегда был работоспособным, точным и дисциплинированным. Нетерпелив. Обиженный кем-либо, не имеет тенденции защищаться, обиду переживает в себе. Интеллектуально высоко развит.

Душевный конфликт у больного начался год тому назад.

Однажды вечером он пришел к любимой девушке. Оставшись наедине, молодые люди долго разговаривали о будущей совместной жизни. Внутренне больной был очень взволнован и возбужден, было большое желание близости. Но вследствие нерешительности, опасения, что в комнату кто-нибудь может зайти, перед самым половым актом произошла *ejaculatio praesox*. Это и стало поводом для личных переживаний, появились мысли об импотенции. Тяжелое психическое состояние еще более ухудшилось, когда примерно при таких же обстоятельствах близость оказалось невозможной и во второй раз. В дальнейшем, продолжая любить девушку, молодой человек даже не пытался обладать ею. После первой неудачи он считал себя «врожденным импотентом». Много раз обращался к урологам, которые объективно со стороны мочеполовой сферы ничего не находили. Ночью наблюдались поллюции.

Психическое состояние больного при первом обращении к психиатру тяжелое, настроение подавленное, неотступные мысли о сексуальной слабости; это единственная причина, которая не дает ему возможности жениться и иметь семью. Более того, иногда появлялась мысль о самоубийстве.

Убедившись в том, что у больного нет никаких органических изменений в области мочеполовой сферы (соответствующие анализы, консультация с урологом и т. д.), мы провели четыре сеанса гипноза.

Внушение было направлено на укрепление веры в отсутствие серьезного заболевания, на убеждение в полном сексуальном здоровье и потенции, в том, что в будущем при нормальных условиях больной будет внутренне вполне спокоен и желание осуществится без всяких помех.

Катамнез показал полное излечение. М. вскоре женился, у супругов родился ребенок и никогда не возникало эксцессов, подобных описанным выше.

Итак, основным методом лечения психогенной импотенции является психотерапия (убеждение, разъяснение, отвлечение, легкий и глубокий гипноз, а также комплексная терапия, охранительная и стимулирующая).

При лечении психогенной импотенции нужно запастись большим терпением не только больному, но и врачу.

Половая холодность женщин

Половая холодность (*frigiditas sexualis*), половое бессилие женщин — довольно часто встречающаяся аномалия. По W. Staedel (1960), она наблюдается у 25— 40% женщин.

357

В литературе опубликовано много работ по этому вопросу (А. Э. Мандельштам, 1960, 1962; Н. В. Иванов, 1961; Л. Я. Якоб-зон, Л. Н. Гудкович, Е. Н. Мейтина, З. В. Рожановская, С. П. Горбачева и М. И. Момот, Н. С. Нешков, 1927; О. Albrecht, 1954; K. Friedlander, 1921; M. Hirschfeld, 1917; E. Kehrler, 1922; Kam-per, 1943; W. Liepman, 1922; и др.).

Половая холодность женщин может проявляться: а) в форме снижения или полного отсутствия полового влечения, б) в отсутствии специфических сексуальных ощущений, которые приводят к оргазму, в) в задержке вследствие фиксации ранее образовавшихся отрицательных условных реакций. Иногда в основе половой холодности лежат эндокринные нарушения (гипооваризм),- некоторые органические заболевания головного и спинного мозга.

M. Hirschfeld (1921) отмечает, что в половой холодности женщины играют роль три фактора: 1) недостаточная передача раздражений из полового аппарата из-за различных дефектов проводящих путей; 2) наличие сильных тормозящих воздействий; 3) аномалии восприятия во время самого полового акта.

Длительная половая жизнь, которая не сопровождается у женщины половым удовлетворением,

может привести к усилению менструальных кровотечений, подавленному настроению, головным болям, чувству тяжести в области тазовых органов, запорам и даже постепенному увеличению и уплотнению матки.

Психотерапевту следует знать, что у женщины по сравнению с мужчиной тормозящие реакции выражены значительно сильнее. В половой холодности женщины довольно часто виновен мужчина (неопытность, импотенция).

Причиной половой холодности, связанной с недостаточным половым влечением, нередко является воспитание у девушки неправильного отношения к сексуальному влечению, ложное убеждение в том, что половая близость — это нечто аморальное, унижающее женщину. Некоторые женщины внушают себе, что безразличие к интимной близости является какой-то заслугой, достоинством, свидетельствует о высоком моральном облике. Н. В. Иванов (1961)<sup>1</sup> отмечает, что такое убеждение может «тормозить пробуждение чувственного компонента в любви, следовательно, лишает женщину в ее молодые годы многих обогащающих сторон жизни и подвергает опасности невротического срыва в период наступления максимальной интенсивности сексуального влечения (30—35 лет)». Эти женщины не могут разграничить обычное увлечение, мимолетную страсть и большую любовь. Чувство женщины как бы остановилось

358

на «увлечении» и является недостаточным для пробуждения высшего эмоционального компонента любви.

Следующий фактор, который может привести к ослаблению полового влечения у замужних женщин, — психический (ухудшение взаимоотношений супругов, семейные раздоры, ссоры, появившаяся антипатия, отвращение к мужу, кроме того, переутомление, истощение). Такие женщины обычно высказывают жалобы на ослабление чувства к мужу, равнодушие к нему, а у некоторых психастенических личностей появляются мысли о своей неполноценности. Е. Kehler описывает так называемую диспарейнию, под которой подразумевается несоответствие сексуальных переживаний обоих партнеров при половом акте. Этот своеобразный телесный конфликт между супругами часто бывает следствием предшествующего духовного конфликта. Явлением, противоположным диспарейнии, является эупарейния, то есть синхронно наступающий оргазм у мужчины и женщины.

Вторую группу причин половой холодности (фригидность в связи с отсутствием специфических сексуальных ощущений, подготовляющих оргазм) Н. В. Иванов (1961) разделяет на три подгруппы: а) задержка ввиду присоединения отрицательных эмоций; б) нарушение суммации раздражений, необходимых для получения оргазма; в) фиксация ранее образовавшихся отрицательных условных реакций.

В первую подгруппу можно отнести различные опасения, страхи (боязнь забеременеть и т. п.). Отрицательные эмоции могут быть вызваны применением противозачаточных средств, угнетенным настроением вследствие конфликтов не столько с мужем, сколько с другими членами семьи и окружающими. Задержать развитие чувственного компонента любви может излишне авторитетное влияние матери больной, почему-либо осуждающей ее брак. Дочь, которая любит свою мать, но выходит замуж против ее воли, может в течение нескольких лет оставаться фригидной. Наконец, к важным моментам, приводящим к половой холодности, относится так называемый «диапазон приемлемости периода предварительной ласки» (Н. В. Иванов). В это понятие входит повышенная сексуальная требовательность мужа, который не считается с тем, имеется у жены адекватная настроенность к близости или нет.

Ко второй подгруппе причин половой холодности относятся случаи, когда женщина испытывает оргазм крайне редко. К этому могут приводить различные внешние раздражители, как-то: необычная освещенность комнаты, степень обнаженности, изменение привычного времени близости, то есть имеет место своеобразное изменение стереотипа. Далее, факторами, которые могут нарушать суммацию раздражений, являются особенности сексуального поведения мужа, который не обеспечивает надлежащих условий для появления оргазма, медлительные или слишком бурные фрикции, преждевременная эякуляция, оставляющая женщину неудовлетворенной, прерывание акта перед наступлением эякуляции, предварительный привычный онанизм у женщин. Может иметь значение и недостаточная опытность женщины, неумение избрать совершенный способ сближения, приводящее к недостаточному соприкосновению полового члена и клитора. Наконец, фактором, нарушающим суммацию раздражения, может быть «отставленный оргазм», когда женщина инсценирует чувство оргазма и в интимную близость

включается элемент, приуроченный к Определенному моменту (оргазму мужчины).

К третьей подгруппе относятся задержки вследствие фиксации ранее образовавшихся отрицательных условных реакций. Это как бы психогенные причины в чистом виде. Фиксация отрицательных условных реакций может иметь место в двух вариантах — в виде общей задержки пробуждения чувственного компонента в сексуальной жизни и в исчезновении оргазма, который ранее наблюдался. Первый вариант встречается у женщин с недостаточным половым влечением, но с положительным, любовным отношением к мужу. Задержки могут возникнуть вследствие неудачного, например, начала половой жизни, грубости мужчины во время половой близости. Ко второму варианту фиксации отрицательных условных реакций относятся случаи, когда имеются все условия, благоприятствующие гармоничной сексуальной жизни, но сексуальные ощущения, которые были раньше, исчезли. Причинами могут быть гинекологические заболевания и болезненность полового акта, которая потом фиксируется, преждевременная эякуляция, близость в присутствии в комнате третьего лица, после чего, хотя супруги и остаются вдвоем, их настороженность фиксируется и погашает сексуальные ощущения.

Психотерапия половой холодности женщин хорошо разработана Н. В. Ивановым (1961). Основное в лечении этого расстройства — активная психотерапия корригирующего характера с обязательным выяснением причин, вызвавших торможение. Психотерапевт должен подсказать женщине оптимальные условия сексуальной жизни. Врач должен вести терпеливую разъяснительную работу, учитывая специфику интимных отношений. При этом вовсе недопустим стандартный анкетный опрос. Главная задача — тщательно изучить особенности сексуальной жизни, а для этого врачу необходимо добиться от пациентки полной откровенности. Но этот вопрос — «тайное тайных» — и, конечно, женщине очень трудно без колебаний освещать подробности своей интимной жизни. Надо помнить, что у женщины больше, чем у мужчины, выражены естественная стыдливость, нравственная наивность, целомудренность, скромность. Психотерапевтическая работа должна иметь ступенчатый характер: не нужно стремиться сразу раскрыть интимный мир пациентки, при первых встречах не расспрашивать пациентку о подробностях сексуальной жизни, а лучше выяснить, бывают ли у нее при половой близости положительные ощущения, не индифферентна ли она к половому акту, не испытывает ли чувства досады, а может быть, и отвращения. Во время последующих сеансов врачу следует взять инициативу в свои руки. Сначала в

общих чертах, а позже и более откровенно обсуждаются вопросы, беспокоящие больную. Беседа направляется на перестройку отношения ко многим моментам сексуальной жизни. Далее врачу необходимо убедить больную в том, что она должна добиться полной искренности с мужем в отношении создания оптимальной сексуальной ситуации. В душевной беседе, не нарушая требований этики, пациентка должна сообщить мужу, что ей необходимо для создания оптимальных взаимоотношений. Лучше всего, если врач, пригласив мужа, наедине разъяснит ему некоторые моменты.

При половой холодности, зависящей от недостаточности полового влечения, следует осторожно, в доступной форме разъяснить больной взаимоотношения полов с психологической и физической точки зрения.

При половой холодности вследствие отсутствия специфических сексуальных ощущений иногда требуется применение гипнотерапии, стимулирующего лечения. Женщине необходимо разъяснить, что у нее нет заболеваний полового аппарата и что при наличии взаимной симпатии и душевного контакта с мужем расстройство может быть устранено.

Наконец, при половой холодности, возникшей вследствие фиксации ранее образовавшихся отрицательных условных реакций (неудачное начало половой жизни, грубость мужчины при первом половом акте и пр.), нужно детально обсудить с пациенткой причины ее состояния. Женщине следует указать на допустимость во взаимоотношениях всего, что обогащает чувство, что «согрето любовью». При этом уместно привести слова С. И. Консторума: «...если хочешь помочь больному с сексуальными расстройствами, то прежде всего надо убедить его в том, что раз они любят друг друга, то в этой любви все им позволено».

Иногда врачу следует убедить больную пересмотреть факты, которые ею оцениваются как отрицательные; например, темпераментность, страстность мужчины не следует расценивать как грубость, так как она может свидетельствовать о сильном чувстве.

Если болвную угнетает отсутствие со стороны мужа предварительной любовной ласки,

требование немедленного подчинения возникшему у него желанию, без выяснения вопроса, создалась ли у жены соответствующая

361

настроенность, с ней следует согласиться. Но в то же время нужно указать, что многим мужчинам свойствен быстрый способ реализации своего влечения, и это не всегда говорит о равнодушии к жене; возможно, это объясняется недостаточностью полового воспитания.

Торможение, которое возникло вследствие причиненной обиды, унижения, измены мужа, требует лечения дискуссионными беседами, во время которых следует исчерпывающе обсудить обстоятельства пережитого, выявить, не было ли и со стороны ее (жены) какой-либо вины. При этом, не оправдывая мужа, подчеркнуть, что, возможно, его измена говорит не столько о «подлости», аморальности, сколько о его подчиненности биологическому фактору. Цель заключается в том, чтобы посредством этих бесед изменить у жены оценку взаимоотношений с мужем, заставить критически отнестись и к своему поведению. Когда же наступит известная гармонизация взаимоотношений, близость не будет «противной»,— это уже большое достижение психотерапии. Если у больной появилось переживание оргазма — врачу следует подчеркнуть, что это благоприятный признак, свидетельствующий о начале излечения. Для достижения большого эффекта лечение можно сочетать с сеансами гипнотерапии с мотивационными внушениями.

Если фригидность вызвана торможением чувственного компонента, следует выяснить причину торможения. Иногда это устраняется беседой с мужем, во время которой даются рекомендации проводить предварительную ласку, воздействовать на эрогенные зоны, ускорять или замедлять фрикции и др.

При исчезновении ранее имевшихся сексуальных ощущений в результате перенесенных в прошлом болезней, при торможении, возникшем вследствие близости в неудобных условиях (присутствие в комнате третьего лица), может помочь гипнотерапия.

Американские ученые — гинеколог W. H. Masters и психолог V. E. Johnson—для лечения женской половой холодности, аноргазмии и вагинизма предложили свой «физиологический» метод. Авторы исходят из положения, что в основе этих сексуальных расстройств лежит страх.

Прежде всего, они считают, что необходимо лечить и жену, и мужа.

Лечение длится 14 дней и состоит из интенсивных систематических каждодневных тренировок.

362

Партнеры (муж и жена) находятся в стационаре или отеле; они развлекаются, интересуются достопримечательностями города, историческими памятниками и пр.

По W. H. Masters и V. E. Johnson, целью терапии является ориентация на удачное выполнение сношений и достижение ощущения оргазма во время близости. Особое значение придается «побуждению очага» — «sensate focus», то есть концентрации внимания женщины на сенсорных импульсах (побуждениях) и интенсивном переживании ощущений.

Врач должен обстоятельно обучить этому одного, а затем другого партнера; они должны гладить руками друг друга, быть полностью раздеты, чтобы видеть красоту тела.

Партнеры сперва должны научиться получать физическое удовольствие без сексуальной близости. Упражнения проводятся в интимной обстановке. В первые два дня не рекомендуется прикасаться к груди и гениталиям женщины, позже разрешается ласка других областей тела.

Рекомендуется для лучшего введения penis в vagina применять крем; после того как введен penis, жена должна интенсивно концентрировать внимание на ощущениях, переживаниях удовольствия! фрикций не производить.

Первые два дня посвящаются индивидуальному анамнезу, сначала с женой, а затем с мужем; на третий день назначается соматическое обследование, а в последующие дни проводится совместное обсуждение результатов. Врач излагает принципы лечения, обращая особое внимание партнеров, особенно жены, на сенсорные побуждения (третий — пятый день). На четвертый день предлагается взаимно дотрагиваться руками до генитальных областей, при этом детально объясняется их строение, описываются эрогенные зоны женщины.

С пятого дня рекомендуется полная близость.

По данным W. H. Masters, V. E. Johnson, при лечении 42 женщин положительный результат был достигнут у 80%.

Если причиной слабого полового влечения женщины является недостаточная инкреторная деятельность яичников, назначают эстро-генные препараты. Так, при гипоплазии полового аппарата рекомендуется эстрадиола дипропионат по 1 ампуле (1 мг — 20 000 MF) через каждые 3



сут (5 инъекций); фолликулин по 1 мл 0,1 % раствора через день (по 8 инъекций). Вместо фолликулина можно впрыскивать 0,1% раствор синэстрола или же назначать внутрь таблетки октэстрола, синэстрола или стильбэстрола по 1 мг 2 раза в день. При гиповаризме проводится лечение гонадотропными гормонами (хориальный гонадотропин).

А. Мандельштам (1962) рекомендует пересадку части яичника молодой женщины, удаленного, например, по поводу фибромиомы матки. Эротизирующее действие оказывают горячие влагалищные души или орошения минеральными водами («Нарзан»). Показаны диатермия (15—20 сеансов по 20 мин)", лечение грязями («труссы» и влагалищные тампоны).

Необходимы полноценное, достаточно калорийное, насыщенное витаминами питание, прогулки на свежем воздухе, нормализация сна. Полезны седативные средства — бром, бромурал, триоксазин по 0,3—2—4 таблетки в сутки. Следует обращать внимание на нормализацию стула.

363

Вагинизм — повышенная (болевая) чувствительность половых органов, входа во влагалище, его стенок при попытке к половому сношению; выражается в рефлекторном тоническом спазме m. constrictoris и мускулатуры дна таза, спазм иногда распространяется на мышцы бедер и брюшной стенки.

Симптомы вагинизма относятся к защитному половому рефлексу, свойственному и здоровым женщинам, однако при вагинизме наблюдаются очень интенсивные боли (жжения, рвущие и ломящие боли).

Встречается вагинизм, в основном, у нерожавших, а также у невропатичных, легко возбудимых женщин.

В этиологии вагинизма могут играть роль многие факторы: нарушение целостности наружных половых органов (при дефлорации), вульво-вагиниты, герпес, экземы и др. Эти явления могут быть устранены врачом-гинекологом.

Однако вагинизм может быть и психогенного происхождения — в связи с грубостью партнера в начале половой жизни, из-за антипатии к партнеру, после конфликта, унизившего достоинство женщины, страх перед дефлорацией

При этом половое общение становится совершенно невозможным, и женщина относится к нему отрицательно, противодействует ему

При вагинизме психогенного происхождения основным методом лечения является психотерапия (разъяснительная и успокаивающая беседа, гипнотерапия), устраняющая тревожное ожидание, сомнение, Страхи Полезны тренировки в поджимании брюшной мускулатуры. Врач в беседе с мужем должен порекомендовать ласковое и осторожное отношение к жене, ступенчатое расширение объема предварительных ласк (поглаживание бедер, области симфиза и др ).

Альгии гениталиев, по В. И Здравомыслову, относятся к невро-аам наружных половых органов. Основные симптомы- болезненные или парестетические ощущения, зуд в области гениталиев (ломота, проявляющаяся во время, предшествующее близости), приступы болей во влагалище, иррадиирующие в область яичников, резкие вегетативные нарушения — тошнота, рвота. При этом изменяется эмоциональная настроенность — появляется тоскливость, раздражительность и т. п.

Это заболевание психогенного происхождения, расценивающееся как невротическая реакция.

Показана гипнотерапия, желательна в глубокой степени.

Нимфомания (эротомания, гиперэротизм) выражается в неуго-ляемом сексуальном влечении

Это состояние может быть обусловлено вынужденным одиночеством, преждевременными эякуляциями у мужа, наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом (в состоянии мании), а также, возможно, связано с гормональными сдвигами.

Врачу-психотерапевту следует в каждом отдельном случае разобраться в генезе этого страдания

Рекомендуется трудотерапия, занятия спортом, терапия отвлечением, гипнотерапия (глубокая).

Наряду с этим применяются лекарственные средства: бром в больших дозах, мокобромистая кчмфора, мепробамат, аминазин и др.

364

Онанизм

Литература по этому вопросу весьма обширна (И. Гельман, С. Я. Голосковер, И. И. Мельников, Р. Роледер, А. А. Членов, И. М. Порудоминский, Л. Я. Якобзон, Г. С. Васильченко, I. Kuhn, H. Rohleder, A. Schrenk-Notzing, W. Stekel и др.).

Различаются периферически-механический и психический онанизм (И. Порудоминский, Л. Якобзон). Первый связан с воздействием на половые органы мужчины; психический онанизм заключается в вызывании у себя оргазма с эякуляцией при помощи придумывания возбуждающих

ситуаций. Встречается и сочетание этих видов онанизма — производится механическое раздражение половых органов и вызывается представление о половом акте, обнаженном теле и т. п.

К «извращенному» онанизму относятся: 1) затягиваемый, при котором онанистический акт умышленно затягивается путем отвлечения внимания в момент приближения оргазма; 2) прерываемый (неполный), при котором онанистический акт умышленно или неумышленно прерывается раньше наступления оргазма и эякуляции; 3) онанизм с преждевременным оргазмом без эякуляции.

Г. С. Васильченко выделяет такие клинические типы онанизма: 1) фрустрационная псевдомастурбация — манипуляции на половых органах, непосредственный эффект которых ограничивается появлением эрекции и не приводит к эякуляции и оргазму; 2) ранняя допубертатная мастурбация (не менее чем за год до пробуждения либидо); 3) мастурбация периода юношеской гиперсексуальности (после появления первых поллюций, не ранее 10 лет); 4) заместительная (викарирующая) мастурбация; появляется после 20 лет и связана с началом половой жизни; 5) персевераторно-обсессивная мастурбация: у субъекта появляется навязчивость, и мастурбации продолжают даже после вступления в брак; 6) подражательная мастурбация; при этом мастурбационные акты совершаются чаще коллективно и никогда наедине.

В определенном возрасте мастурбация так распространена среди представителей обоего пола, что, по крайней мере мужчины, никогда не предававшиеся ей, являются исключением.

Иногда у молодых людей появляется опасение, не повредили ли они себе бывшими или еще продолжающимися мастурбациями. Хотя онанизм в определенной степени является дурной привычкой, он не может иметь

365

последствий, которые ему обычно приписывают люди некомпетентные, и во всяком случае не вызывает формальных психических расстройств.

Терапия должна быть в основном направлена на устранение сопутствующих психических переживаний<sup>^</sup> угнетающих больного.

Часто бывает достаточно психотерапевтических бесед, направленных против страха перед половым бессилием, стыда и смущения перед женщиной. После этого необходимо приступить к укреплению воли мастур- ■ банта, направить внушение непосредственно против акта мастурбации, периодически наступающего полового возбуждения и, главное, внушить отвращение к онанистическому акту.

Больного нужно заставить регулярно показываться врачу. Это создает задерживающий стимул. Когда больной знает, что в определенные дни недели он должен предстать перед человеком, к которому питает доверие, и отчитаться перед ним, он почти всегда может преодолеть дурную привычку. Конечно, нужно запретить все, что может возбудить чувственность: длительное лежание в постели по утрам, возбуждающие напитки и т. п. Только в крайних случаях можно назначить успокаивающее для снижения либидо. Очень полезны физкультура и спорт, гидропроцедуры.

Лучшим средством лечения онанизма является гип-носуггестия. Путем внушения необходимо выработать определенный условный тормоз к онанизму.

Следует сказать, что плохо поддаются психотерапии лица, у которых наблюдается хорошее самочувствие после мастурбационного акта.

Трудно лечить вынужденный онанизм у молодых людей в возрасте 20—30 и более лет, которые не жили половой жизнью, или у потерпевших неудачу при первых попытках половой близости, а также психический (мысленный) онанизм.

Трудно поддается лечению так называемый подростковый онанизм с ипохондрическими реакциями. Даже если субъект перестает онанировать, ипохондрические реакции иногда могут оставаться надолго.

Чтобы устранить ипохондричность, которая может появиться у онанирующих, врач при расспросе не должен слишком подробно на ней останавливаться. Гораздо

366

подробнее следует расспросить об интересах, планах, любимых героях книг, то есть, как говорит С. И. Констанин, проявить доброжелательность, понимание того, чем дышит и живет больной. В конце беседы, как бы невзначай, можно опять возвратиться к мнимым опасениям «вреда онанизма», подчеркнуть их необоснованность.

Очень трудно лечить мастурбацию у женщин, особенно у замужних. Чаще всего она наблюдается,

когда муж страдает импотенцией, но встречаются редкие случаи онанизма даже при хорошей потенции мужа.

Во время лечения у некоторых субъектов, особенно у занимающихся умственным трудом, может появиться чувство тревоги, неопределенного страха. В этих случаях психотерапевт обязан с помощью соответствующего внушения и гипнотических мероприятий успокоить больного. При этом назначают седуксен, тазепам или элениум.

Совершенно неправильно рекомендовать для борьбы с онанизмом или по каким-либо другим причинам внебрачные половые сношения. Даже в том случае, если бы этот совет не был аморальным и подчас опасным, он излишний уже потому, что не желающие преодолеть свое влечение не ждут в таких случаях советов врача. Да и очень часто нервный субъект ищет половой связи не под влиянием сильного полового чувства, а под влиянием примеров распущенности и ложного мнения, будто воздержание вредно.

Путем соответствующих бесед необходимо бороться в одних случаях — против переоценки образа женщины в фантазии онаниста, ее идеализации, устранять мысли о ее недоступности, в других случаях, наоборот, — против недооценки женщины, мыслей о неполноценности ее в качестве полового объекта. Необходимо внушать больному, что онанизм — это суррогат половой деятельности.

Сексуальные перверзии

Крайне редко в психиатрической практике встречаются сексуальные перверзии (лат. *perversio* — извращенный, дурной).

Обратимся к некоторым патологическим формам сексуальной жизни.

Гомосексуализм — сексуальное влечение к лицам одного с собой пола. Различают: а) инверсный тип: у лиц мужского пола

367

с детства в поведении и строении тела отмечаются женские черты, а у лиц женского пола — мужские (маскулинизация); б) церебральный тип: телосложение нормальное, но сексуальное влечение направлено на лиц одного с собой пола. В большинстве случаев это психопатические, эксцентричные натуры. Гомосексуалисты мужчины (урнинги) подразделяются на педикаторов — активных педерастов и патикусов (кинеде) — пассивных педерастов. Педофилия — сексуальное влечение к детям. От истинного гомосексуализма следует отличать компенсаторную паргедонию — гомосексуализм, наблюдаемый у некоторых лиц, лишенных возможности удовлетворения полового чувства естественным путем (у пленных, в заключении и пр.). Граофилия — сексуальное влечение молодых женщин к старухам. Геронтофилия — сексуальное влечение к пожилым. Корофилия — сексуальное влечение взрослых женщин к девочкам. Трансвеститизм — болезненная страсть к ношению одежды лиц противоположного пола, вызывающая сексуальное возбуждение.

По нашему законодательству эти и другие виды перверзий караются законом; субъекты признаются вменяемыми.

Садизм. Садисты испытывают половое наслаждение, причиняя партнеру боль (страдание). При этом они щипают, кусают, унижают, ругают, а иногда и убивают партнера. Флагеллантизм (лат. *flagello* — бить кнутом, хлестать) — сексуальное удовлетворение, получаемое при избивании партнера. Дипольдизм — удовольствие, получаемое от истязания учеников и воспитанников (в старых школах), является разновидностью садизма (не обязательно с сексуальным влечением). К садизму относят стремление испачкать платье лица другого пола. Психологический садизм — разновидность садизма, при котором мужчина добивается от женщины максимального проявления готовности к отдаче, а затем резко прекращает с ней контакт; следующая за этим тяжелая реакция женщины доставляет ему удовлетворение, злорадство. Аутосадизм — самоистязание; нанесение себе повреждений для возбуждения сексуального чувства.

Мазохизм — явление, противоположное садизму; субъект получает сексуальное удовлетворение, когда сам испытывает боль (побои, унижения, грубое обращение и пр.). Описаны случаи симуляции женщинами заболеваний, с тем, чтобы добиться хирургической операции осуществляемой мужчиной-хирургом без наркоза. К мазохизму относится стремление пачкаться мочой, калом или выделениями из половых органов. Сюда же относится и сервиллизм (пажизм) — мужчина испытывает половое удовлетворение, находясь при нравящейся ему женщине на положении слуги (пажа). Ревностная перверзия (В. М. Бехтерев) — муж требует от жены не только флирта с другим мужчиной, но и сближения с ним; после этого собственный *coitus* для него оказывается более полноценным, ярким.

Наиболее редко встречающиеся перверзии: зоофилия (содомия, содомский грех, бестиализм) —

сексуальное стремление к животным; некрофилия — влечение к трупам, приносящее половое удовлетворение; копролагния (пикацизм) — половое возбуждение при лизании кала или проглатывании мочи лиц противоположного пола; скато-лагния (Ellis) — пожирание испражнений. Как правило, последние виды перверзий наблюдаются у слабоумных (идиотов).

Имеются и другие формы перверзий. Эксгибиционизм — субъект испытывает сексуальное наслаждение, обнажая свои поло-

368

вые органы в присутствии женщин (девочек), часто в общественных местах. Фетишизм — источником полового удовлетворения является обладание каким-либо предметом (косынка, чулок, туфли, шпильки и др.), принадлежащим лицу противоположного пола, или прикосновение к ним. Вуайеризм, микроскопия (R. Krafft-Ebing), визионизм, скопофилия — состояние, характеризующееся тем, что источником сексуального наслаждения является тайное подглядывание за половым актом, совершаемым другими лицами. Эротическая зоофилия — сексуальное удовлетворение, получаемое при наблюдении за coitus животных. ^Копрофемия— сочетание символического эксгибиционизма и вуайеризма — стремление произносить в присутствии лиц противоположного пола грубо бесстыдные, неприличные слова, имеющие сексуальный смысл, с целью вызвать смущение и стыд.

К явлениям аутоэротизма относятся: нарциссизм — самовлюбленность Онанизм, мастурбация (см. выше).

Пигмалионизм — сексуальное возбуждение при рассматривании статуй. Фротаж (франц. froter — тереть) — половое удовлетворение, получаемое при прикосновении к лицам противоположного пола в толпе, трамвае, троллейбусе, и т. п. Триолизм (плюрализм) — совершение сексуального акта группой из трех или более пар на глазах друг у друга.

Пикацизм — осуществление emissio penisorum помимо vagina. Сюда относится coitus in oris, «minette», intermammas, а также cunnilingus или penilinctio, annilinctio.

Что касается генеза перверзий, то следует указать, что они чаще всего являются отклонениями приобретенными, зависящими от внешних условий. Правда, существуют и другие теории.

По В. М. Бехтереву, в основе многих форм перверзий лежит образование условного рефлекса. Предпосылками для возникновения перверзий могут быть: ранняя половая возбудимость, склонность к образованию прочных условных связей даже при однократном просмотривании кинокартин с садистским содержанием, порнографических открыток, чтение книг и журналов эротического содержания и т. п.

По В. М. Бехтереву, «главным направителем» полового инстинкта на противоположный пол служат социальные условия жизни и раздражители, связанные с условиями быта (представление о женихе и невесте, взаимоотношения между отцом и матерью, мужем и женой, наблюдения за половой жизнью людей и животных и пр.). Таким путем осуществляется развитие и укрепление сочетательного полового рефлекса у подростка-мужчины в сторону женщины и у девушки — в сторону мужчины. Это и определяет гетеросексуальное половое влечение, которое закрепляется все более и более. Совершенно аналогично при определенных условиях может произойти замыкание условного полового рефлекса на лице того же пола. Общая невро- и психопатическая наследственность является лишь предрасположением, а не обуславливающим фактором.

Лечение перверзий представляет значительные трудности (Е. Попов, Я. Г. Голанд, А. Thouaine и др.). Основным методом является психотерапия. Из перверзий чаще всего встречается гомосексуализм. При этом врачу следует прежде всего выяснить, каковы намерения, мысли больного относительно этой аномалии; есть ли желание избавиться от порока. Если у больного нет установки на

369

излечение, психотерапия бесполезна. Психотерапевту следует выяснить, длительна ли перверзия, имеются ли внутренние переживания или стыд, как и при каких обстоятельствах она возникла.

Психотерапия гомосексуализма, как и других перверзий, включает внушение наяву, в гипнозе, аутогенную тренировку, самовнушение, наркопсихотерапию и др.

Мы в своей практике сочетаем эти методы лечения, хотя в основном применяем психотерапию в бодрствующем состоянии и гипноз. Аутогенная тренировка и самовнушение являются в основном поддерживающей терапией. Основная цель психотерапии — изменить внутреннее отношение, установку субъекта к пороку, убедить, уверить его, что любовь к женщине даст ему большое счастье, радость, обогатит его эстетически, интеллектуально, одновременно осуждая, вызывая у него отвращение (наяву и, особенно, в гипнозе) к перверзиям. Нужно внушить больному, что все

окружающие будут презирать его и рано или поздно его привлекут к уголовной ответственности. Курс лечения не менее 2 мес с последующей поддерживающей терапией (психотерапией), осуществляемой во время посещения больным врача для «отчета».

Половые преступления — это преступления в области половых отношений. Они представляют собой посягательство на половую неприкосновенность личности, на нормальный уклад в области половых отношений и морали.

Посягательства на половую свободу могут привести к телесным повреждениям, расстройствам здоровья, причинению физической боли И, что особенно важно, они направлены против чести и достоинства личности

Законы СССР, всех союзных республик, охраняют половую неприкосновенность граждан.

Половые сношения не считаются правонарушением, если они совершаются сознательно, по добровольному согласию лицами, достигшими половой зрелости Однако вынужденное согласие не избавляет виновного от уголовной ответственности.

О половом воспитании детей и подростков

Половое воспитание детей и подростков — одна из самых трудных, важных и деликатных проблем.

В настоящее время под половым воспитанием понимают систему медицинских и педагогических воздействий па подростков с целью выработки у них определенных норм поведения в их будущей сексуальной жизни.

Задачей полового воспитания является создание здорового поколения, сексуальная жизнь которого должна быть подчинена нормам морали нашего общества.

Решение этой проблемы в первую очередь принадлежит врачам, родителям, педагогам.

Рассматривая проблему воспитания, А. С. Макаренко писал: «Воспитание детей — самая важная область нашей жизни. Наши дети — это будущие граждане нашей страны.. Они будут творить историю. ..Наши дети — это наша старость Правильное воспитание — это наша счастливая старость, плохое воспитание — это наше

370

будущее горе, это наши слезы, это наша вина перед другими людьми, перед всей страной».

Для не медиков слова «половое воспитание детей» часто звучат странно. Некоторые считают, что обсуждение этой проблемы с детьми может поневоле привлечь их внимание к тому, чего они еще не замечают, и вызвать нездоровый интерес.

В действительности же именно недостаточное освещение данного вопроса в литературе приводит к ряду ошибок, углубляющих возникшие болезненные отклонения. Здесь возможны ошибки двоякого рода.

С одной стороны, родители, педагоги или малоопытные врачи С тревогой констатируют преждевременные проявления сексуальности тогда, когда ребенок еще не может иметь соответствующих Переживаний.

С другой стороны, некоторые родители не заботятся об ограждении ребенка от ранних сексуальных впечатлений.

Раннему пробуждению сексуальности у детей могут способствовать: 1) сексуальная близость родителей в присутствии детей; 2) чувственные поцелуи (щекотание, тискание); 3) сексуальные игры детей (рассматривание половых органов, дотрагивание до них, щекотание и пр.); 4) телесные наказания детей (битье по ягодицам); 5) узкий покрой одежды, особенно в области таза; 6) шерстяные, с начесом рейтузы с грубыми рубцами; слишком теплая одежда; 7) слишком теплая и мягкая постель; 8) игры детей — съезжание с перил, лесенок, ерзание на лошадках; 9) продолжительное сидение на горшке, способствующее приливу крови к половым органам; 10) обильная и возбуждающая пища (шоколад, какао, сладости), особенно на ночь.

Ранним признаком полового созревания может быть онанизм у детей. Этот последний у детей дошкольного периода целиком еще соответствует структуре импульсивного (неосознанного) влечения. Родители, которые наказывают детей за онанизм, лишь трав-млюют ребенка. Лечение должно сводиться к созданию спокойной системы отвлечения внимания ребенка от сексуальных эксцессов, устранению побуждающих раздражителей. При этом ребенок не должен оставаться один; систематически, но ласково должна останавливаться всякая попытка к эксцессу; режим для ребенка должен быть построен так, чтобы перед отходом ко сну ребенок оказывался физически утомленным; засыпать он должен держа руки поверх одеяла, желателен в присутствии матери. Конечно, необходимо выяснить, какие конкретные моменты являются побудительными стимулами для мастурбации (наличие зуда в половых органах, недостаточная личная гигиена,

глистная инвазия и др.). Врач может посоветовать родителям, чтобы они не создавали атмосферы напряженной тревоги, чрезмерного морального давления, так как это может травмировать ребенка, вызвать у него нервозность, содействовать усилению половых эксцессов.

Обычно детей интересует вопрос, как они появились на свет. Часто этот вопрос повергает родителей в смятение. «Тебя аист принес», «Купили в магазине» — обычный ответ родителей. Один ребенок поверит, другой — нет. Однако через некоторое время он получит (чаще всего на улице) более правдоподобную информацию.

Когда ребенок впервые спрашивает, как рождаются дети, он еще не знает анатомо-физиологических особенностей полов

371

Поэтому в этот период еще не требуется разъяснения роли родителей в рождении ребенка, так как понятие причинности у детей создается гораздо позже; их можно удовлетворить ответом, что ребенок просто зарождается в лоне матери, что сначала он был очень маленький, а затем становился все больше и больше.

Однако в дальнейшем нужно будет объяснить ему роль родителей в акте рождения ребенка.

Вначале эту любознательность ребенка можно удовлетворить, рассказав, что все растения и животные имеют своих родителей. Это ознакомление надо построить так, чтобы ребенок сначала познакомился с процессом оплодотворения, а не с половым актом как таковым.

Основная цель таких бесед — как можно позже разбудить половой инстинкт.

Частой ошибкой является объяснение ребенку и подростку сексуальной жизни в таких понятиях, до которых он еще не дорос: не рекомендуется соединять в уме ребенка такие понятия, как любовь, страсть, ревность и пр. Осведомление детей в этом вопросе проводится для того, чтобы дать им определенную сумму знаний, но не возбудить чувственность.

Беседы о половом воспитании следует проводить не в коллективе (в классе), а с каждым подростком отдельно, но так, чтобы он не воспринял тему этой беседы как нечто запретное.

Кроме того, не следует в присутствии детей рассказывать анекдоты на сексуальные темы.

О сексуальных вопросах с детьми следует говорить серьезно, спокойным тоном, доброжелательно, не подозревая ребенка в плохих мыслях или намерениях, без таинственности. Здесь всякий обман вреден. Если ребенок поймет, что родители его обманывают, и узнает правду по интересующему его вопросу на улице, это может его травмировать.

Без соответствующей подготовки и авторитета в глазах ребенка разговор на сексуальные темы вести не следует.

А. С. Макаренко утверждал, что не нужно торопиться с ответами на вопросы о «тайнах деторождения»; некоторые вопросы лучше тактично отвести, переключить разговор на что-нибудь другое, так как эти знания ребенку до определенной поры совершенно не нужны, а игра воображения, которая у него появится, может положить начало половым переживаниям преждевременно. С другой стороны, не нужно бояться того, что ребенок узнает о «тайнах деторождения» от своих товарищей. Дети должны знать, что многие стороны жизни человека являются интимными и делиться ими нужно не со всеми... И лишь тогда, когда у ребенка уже выработана привычка к целомудренному умолчанию о некоторых вещах, можно говорить с ребенком о половой жизни. Эти беседы должны происходить наедине между отцом и сыном или между матерью и дочерью.

Однако наибольшего внимания со стороны родителей, педагогов, врача требует пубертатный период (период полового созревания), связанный с формированием сексуальности в физиологическом и психическом аспектах.

Новые переживания подростка связаны с наступающими изменениями в организме, которые обращают на себя его внимание. У мальчиков появляется пушок на верхней губе, волосы на лобке, 372

под мышками, изменяется голос вследствие увеличения гортани, появляются эрекции и поллюции. У девочек начинается формирование грудных желез, появляются волосы на лобке и под мышками, наблюдается ощутимый рост таза и первые менструации.

Первые поллюции у мальчика и особенно первые менструации у девушки часто переживаются, как значительные события, приковывают их внимание, вызывают смутное волнение, иногда страх, что может привести к душевному кризису, невротизирующему подростка. В этот период очень важно, чтобы отец или мать своевременно подготовили ребенка, спокойно объяснив естественность происходящего; у юноши в этот период сексуальное влечение проявляется переживаниями чувственного характера (новые физиологические ощущения в половых органах,

чувство напряжения в них (появление эрекции).

Связанные с этим переживания вскоре переносятся на лиц противоположного пола, появляется любопытство к тем частям женского тела, которые не доступны для взора. Этим объясняется раннее стремление к подглядыванию, подсматриванию за женщинами и девушками и т. д. Если к этому времени у юноши не сложились четкие моральные принципы, он будет стремиться к удовлетворению появившейся чувственности (онанизм индивидуальный, иногда групповой, разнузданное поведение в отношении девушек и др.).

Сексуальность девушки в 16—18 лет обычно проявляется влюбленностью — ювенильным вариантом будущего чувства. Она окружает себя «поклонниками», выделяет из них «друга» (понимаемого, скорее, как рыцаря, а не спутника жизни), мечтает о встречах, совместных прогулках, танцах и т. д.

Здесь меньше опасностей для ранней реализации чувственного компонента, особенно для его культивирования, чем у юношей, но имеется опасность «забыться», «потерять голову», уступить чувственному порыву юноши и пережить первое половое сближение, которое в таких случаях обычно резко травмирует психику девушки. Особенности сексуального развития у юношей и девушек диктуют школьному врачу необходимость построения плана сексуального воспитания юношей и девушек, к которому нужно привлекать и родителей. Часто приходится наблюдать бесперспективность практикуемого в семье запрещения школьникам старшего возраста говорить о любви. Наоборот, родители должны быть наставниками своих сыновей и дочерей в вопросах любви, суметь привить им взгляд, что влюбленность украшает юношу и девушку, если, конечно, их отношения основаны на дружбе, общности интересов.

Будет гораздо правильнее, если родители, вместо того чтобы бранить свою 16-летнюю дочь за то, что она «уже путается с мальчиками», пригласят ее друзей к себе в дом для того, чтобы они вместе готовили уроки. Вообще, наиболее безопасна «любовь» подростков, если они совместно занимаются спортом, участвуют в самодеятельности и т. д. Иначе говоря, половое воспитание должно обеспечить торжество принципа: первая любовь — это хорошая, яркая дружба, которую незачем скрывать от других.

Таким образом, период полового созревания требует особого внимания как со стороны родителей, так и врачей, педагогов и др.

В этот период бурно проявляющееся у некоторой части молодежи половое влечение, ранняя половая жизнь, употребление

373

алкоголя могут привести в дальнейшем к патологии в половой жизни и тяжелым психическим переживаниям.

Чтобы помочь родителям и педагогам по целому ряду вопросов, врач должен ознакомить их с соответствующими анатомио-физиологическими особенностями и специфической гигиеной, присущей каждому полу, с гигиеной половой жизни, с вредом ранней половой жизни, половых излишеств и случайных половых связей, а также аборт. Врач обязан разъяснить, что ранняя половая жизнь, сопровождающаяся пьянством и разнузданными сексуальными оргиями, ослабляет человека не только физически, но и приводит к нравственному и духовному опустошению. Кроме того, она является причиной частых аборт, гинекологических заболеваний, бесплодия и половой холодности у девушек и половой слабости — у юношей.

Большая роль в этом вопросе принадлежит школьным врачам, особенно акушерам-гинекологам, которые нередко первые сталкиваются с интимной стороной взаимоотношений молодежи. Они же часто являются и невольными свидетелями печальных последствий, к которым приводят недостатки полового воспитания.

Наряду с этим советы врача могут оказать помощь молодежи, вступающей в брак, а также молодоженам.

Известно, что в определенном возрасте некоторые мальчики и девочки считают дружбу друг с другом зазорной и постыдной. Воспитатель обязан убедить детей, что дружба между мальчиками и девочками естественна.

Для того чтобы у мальчика или девочки сложился в будущем нормальный, здоровый, серьезный взгляд на любовь, важно в детстве воспитывать чувство любви к своим близким (родителям, братьям, сестрам), чувство дружбы и привязанности к сверстникам, а также внимательность и нежность по отношению к младшим. Необходимо воспитывать девичью гордость и нравственную чистоту.

А. С. Макаренко писал, что только настоящая любовь между отцом и матерью, их уважение друг к

другу, помощь и забота, допустимые проявления нежности и ласки являются самым могучим фактором, воспитывающим отношения дружбы и любви между мужчиной и женщиной. Родителям и воспитателям следует научить молодежь ценить не только физическую красоту, но и красоту духовную, которая для совместной жизни наиболее важна.

Важнейшей базой для разумного полового воспитания является: а) совместное обучение и воспитание мальчиков и девочек, б) раннее вовлечение их в общественно-политическую жизнь, в) сочетание обучения с производственным трудом, г) пионерское движение, д) широкое развитие физической культуры и спорта среди молодежи и др.

#### Психопатии

Психопатии, впервые блестяще описанные И. М. Балинским, В. Х. Кандинским, Ф. И. Герцогом, Л. И. Ковалевским, П. Б. Ганнушкиным, в настоящее время встречаются довольно редко. Тем не менее и отдельные

374

случаи требуют подчас от психиатра серьезной работы для выяснения этиопатогенеза, определения терапии, условий ухода, реабилитации, ресоциализации.

Большинство психиатров придерживаются мнения, что лечить психопатов — дело нелегкое. Е. Bleuler даже считает, что вообще с ними как-нибудь «надо мириться». С этим, конечно, согласиться нельзя. Каждому психиатру известно, что один психопат в общем психиатрическом отделении может принести больше хлопот Врачу и всему обслуживающему персоналу, чем десяток психически больных, находящихся в возбужденном состоянии. Такое положение может создаться тогда, когда психопат увидит (а он за этим следит) недостатки в работе медицинского персонала. Психопат гипертрофирует их, угрожает подачей жалоб в самые различные инстанции и, таким образом, может до известной степени «взять в руки» обслуживающий персонал, командовать им. Четкость в работе, дисциплинированность, тактичность медицинского персонала по отношению ко всем больным и, в частности, к психопатам лишает последних почвы для каких-либо эксцессов.

Основным в лечении психопатии является стимулирование трудовой деятельности. При этом характер работы обязательно должен соответствовать имеющимся навыкам, возрасту. «Неинтересная» работа психопата раздражает, увлекательная — оттесняет болезненные влияния, укрепляет волевой процесс и дисциплинирует.

Немалую пользу дают занятия различными видами спорта, чтение книг и пр.

У возбудимых психопатов необходимо добиться тренировки волевых задержек.

У возбудимой личности следует повседневно добиваться спокойствия, терпеливости, сосредоточенного внимания к делу и пр.

С другой стороны, психопату нужно доказать, что терпимость по отношению к его необузданности, буйству и пр. имеет определенные границы. Для него должно быть совершенно ясно, что при каждом его антисоциальном или аморальном поступке будут предприняты соответствующие меры, причем не "помогут ни извинения, ни отговорки, ни ссылки на «невменяемое состояние». Дерзость, необузданность, наглость этих больных необходимо пресекать в самом зародыше.

. \* 375

У шизоидных, психастенических, астенических субъектов необходимо воспитывать веру в свои силы, показывать больному сильные и слабые стороны его характера. Для преодоления замкнутости, необщительности, застенчивости субъект должен расширять круг знакомств, часто бывать в кино, театрах, на стадионах, заниматься туризмом, спортом, участвовать в коллективных играх и т. д.

У истероидных личностей необходимо корригировать реакции на внешние воздействия; в частности, следует внушать, что они должны выполнять свои обязанности независимо от того, приятно ли это им или нет (В. Я. Гиндикин). При этом следует учитывать опасность «привыкания больного к врачу» (А. И. Скинпетров), поддерживать чувство дистанции.

Часто бывает полезно начать перевоспитывать психопата с мелочей, но при этом нужно помнить, что всякая непоследовательность принесет вред. Это особенно касается больных примитивных, сильных, возбудимых, которым, по И. П. Павлову, «от природы не дано торможения» и которые не подвергались «влиянию этического, морального воспитания».

Если психопат согласится на гипнотические сеансы и после них будет себя хорошо чувствовать, станет добрее, отзывчивее, дисциплинированной, то гипнотерапию можно продолжить до достижения полного эффекта.



Особого внимания заслуживают слова П. Б. Ган-нушкина: «Можно определённо сказать, что правильно организованная социальная среда будет заглушать выявление и рост психопатий; можно с полным основанием думать, что социалистическое устройство жизни с его новым бытом, с его новой организацией труда, с новой социальной средой будет препятствовать выявлению психопатий и явится залогом создания нового человека».

Патологическое развитие личности

Аномалии психического развития (Entwicklungen) возникают под влиянием хронических или постоянно повторяющихся психотравматизирующих воздействий среды (унижения, разочарования, неудачи, соблазны, непосильные задачи и т. д.). В связи с этим появляются неблагоприятные изменения в психической сфере,

376

формируются количественные и качественные изменения психики субъекта. Поведение человека уже неадекватно ситуации; оно становится искаженным, карикатурным. Патологическое развитие — это уродство типа, или уродливая гипертрофия черт характера, изменение типа высшей нервной деятельности, с появлением новых патологических временных связей и болезненных пунктов в корково-подкорковых образованиях.

Различают психастеническое, ипохондрическое, паранойяльное, истерическое и некоторые другие патологии развития.

Психотерапия патологического развития представляет большие трудности. Правда, здесь нередко можно добиться некоторой коррекции при сверхценных идеях, бре-доподобных состояниях и даже при бредовом синдроме. При этом рекомендуется активизировать логическое мышление больного, пробудить критическое отношение к болезненным идеям. Хороших результатов можно достичь при сочетании психотерапии и психофармакологических средств (трифтазина, галоперидола и др.). Такое лечение показано при развитии навязчивых, сверхценных идей или идей ревности.

" При постреактивном развитии личности психотерапия бывает более действенной, на что также указывают авторы (В. А. Молодецких и др.).

Многие случаи патологического развития личности требуют поддерживающего лечения — психотерапии и психофармакологических средств (А. С. Пурас и др.).

Наркомании. Хронический алкоголизм

Когда говорят о психотерапии алкоголизма, то при этом подразумевают хронический алкоголизм с дипсоманией. Алкогольные психозы (белая горячка, бред ревности пьяниц, острый и хронический галлюцинозы, кор-саковский психоз, алкогольная эпилепсия) не подлежат непосредственному психотерапевтическому воздействию и требуют специального лечения. Отметим, что наиболее податливы психотерапии именно наркомании — хронический алкоголизм, морфинизм, кокаинизм, гашишизм и др.

Первые опыты психотерапии хронического алкоголизма у нас были проделаны Б. А. Синани и Успенским, затем В. М. Бехтеревым,

377

Глинским, А. А. Токарским, Ф. Е. Рыбаковым, И. Н. Введенским, В. Ф. Велямовичем.

В последующем врачи уделяли очень много внимания гипносу-гестивной терапии этой болезни и установили ряд ценных положений для лечения алкоголизма вообще (А. Певницкий, А. С. Шоломович, А. Л. Мендельсон, Н. В. Вяземский, Ю. К. Белицкий, К. И. Платонов, И. В. Стрельчук, Ю. А. Поворинский, И. И. Лу-комский, В. Е. Рожнов, Е. Д Красик, К. М. Михайлова, О. Е. Старицын, Ф М Лисица, Т. Н Гордова и Н. К. Ковалев, Г. М. Энтин, Б. М Сегал и др.).

Можно с полным правом сказать, что отечественные невропатологи и психиатры всесторонне разработали психотерапию алкоголизма, особенно метод коллективного гипноза.

В Западной Европе психотерапевтический метод не имел широкого распространения и применялся при лечении алкоголиков лишь спорадически отдельными приверженцами гипнотерапии. О первом успешном применении гипносуггестии только в одном случае сообщили Voisin (1885), позже — О. Wetterstrand, A. Forel и др.

Исходя из полиморфизма симптоматики и нарушений высшей нервной деятельности при хроническом алкоголизме, в настоящее время применяют комплексное лечение.

По Ю. А. Поворинскому, психотерапевтические приемы в процессе лечения алкоголиков следует разделить на три последовательных этапа: 1) охранительный, 2) реконструктивный и 3) стимулирующий.

Прежде всего, на первом этапе необходимо установить контакт с больным, применить убеждение, вызвать у алкоголика желание лечиться.

На втором этапе применяется воздействие словом. Необходимо устранить наивное представление о возможности излечения простым внушением, лишь запрещая пить алкогольные напитки.

Наконец, на третьем этапе' осуществляется активирующее словесное воздействие и трудотерапия.

При лечении хронического алкоголизма И. И. Лукомский также строго соблюдает принцип этапности.

Лечение хронического алкоголизма требует индивидуального подхода. Курсу лечения предшествует беседа с больным. Больному разъясняют сущность предстоящего лечения, выясняют общую установку больного, степень его внушаемости, уровень развития с учетом лексикона, доступного пониманию больного, что имеет значение при выборе словесных формул. При лечении необходимо избегать стандартов, учитывать планы, которые строит больной на будущее, и связывать осуществление этих планов с преодолением влечения к алкоголю.

378

И. Ф. Случевский и М. В. Стрельчук разработали метод выработки отрицательного условного рефлекса на алкоголь. Как безусловный раздражитель больным вводится рвотное средство (апоморфин, эметин). После этого больному внушают (наяву) отвращение к алкоголю и дают нюхать, а затем, когда появляются позывы на рвоту, пить алкогольный напиток (10—15 г водки).

Больному в гипнотическом состоянии внушено отвращение к алкоголю. На предложение выпить больной отвечает категорическим отказом.

15 Г водки).

Как сочетая

» раз апоморфин с алкоголем, вырабатывают стойкий условный рефлекс. Этот рефлекс проверяется без «подкрепления», и когда рвота вызывается только одним приемом алкоголя (без апоморфина), считается, что рвотный условный рефлекс стойкий.

Ввиду того, что апоморфин имеет ряд отрицательных свойств, И. В. Стрельчук предложил методику лечения хронического алкоголизма путем выработки «эмоционально-отрицательной тошнотной и рвотной условной реакции в гипнотическом состоянии», применяя для этой цели как словесное внушение, так и непосредственный раздражитель (алкоголь). Эта модификация обеспечивает более быструю выработку и большую прочность тошнотной и рвотной условной реакции на алкоголь, чем обычная форма чисто словесного внушения.

При условнорефлекторном методе лечения с выработкой отрицательного условного рвотного рефлекса применяется также отвар баранца (ликоподиум селяго), тиосульфат натрия.

Метод сенсibiliзирующей терапии предусматривает подавление влечения к алкоголю, то есть имеется в виду сделать невозможным его прием, так как в случае возобновления пьянства могут появиться тягостные и даже опасные для жизни телесные расстройства. С этой целью применяют антабус (тетурам), темпозил (циамид),

379

метронидазол (флагил), а в последнее время эс-пераль в виде имплантаций. Предварительные результаты лечения обнадеживающие.

Кроме всего этого, при хроническом алкоголизме необходимо применять и общеукрепляющие средства, водолечение (холодные обливания и обтирания), показаны усиленное питание, растительно-молочная пища, кислород (200—300 мл подкожно 2—3 раза в неделю), стрихнин, мышьяк.

Очень хорошие результаты может дать лечение в сочетании с инсулином в малых, гипогликемических дозах, аутогемотерапия.

В период абстиненции неплохие результаты получают при внутримышечном введении сульфазина (2—3 инъекции).

В отношении гипносуггестивной психотерапии хронического алкоголизма необходимо отметить, что главное внимание должно быть уделено мотивированному внушению в состоянии сна различной глубины. При этом нет необходимости погружать больного в глубокий гипноз, так как в большинстве случаев бывает достаточно средней и слабой глубины внушенного сна. Не исключена возможность получения положительного результата от словесной терапии в состоянии бодрствования, но это удается редко.

Мы в своей практике гипнотерапии алкоголиков доводили больных до второй степени гипноза, то есть до каталепсии; отметим, что в этом состоянии внушение воспринимается лучше, а эффективность лечения возрастает.

Считается, что для получения хороших результатов лечение должно быть длительным;

необходимо поддерживать связь с больным примерно в течение года и больше. Правда, в некоторых случаях получают стойкие положительные результаты даже после 3—4 сеансов гипноза.

Стройную схему последовательного лечения алкоголиков (метод комбинированной психотерапии) разработал В. Е. Рожнов. На начальном этапе после установления первого контакта с больным назначают дезин-токсикационные, успокаивающие средства. Употребление алкоголя исключается (сразу без снижений). В первый раз больной должен явиться трезвым, в сопровождении

380  
одного из членов семьи. После этого больной вовлекается в коллективную психотерапию.

Коллективная психотерапия по методике В. Е. Рожнова (эмоционально-стрессовая гипнотерапия) «состоит из бесед, предшествующих гипнотическому воздействию, и логически их продолжающих словесных влияний, уже проводимых непосредственно в гипнозе». Гипнотизируется 8—10 или 12—15 больных. Достижение глубоких сомнамбулических стадий не обязательно. В первую группу обычно включается 2—3 пациента, хорошо поддающихся гипнотизации.

Эмоционально-стрессовая гипнотерапия длится от 30 мин до 1 ч. При этом вырабатывается условнореф-лекторная эмоционально-отрицательная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. Вначале больному дают пробовать и на запах, и на вкус чистый 96% винный спирт-ректификат; им смачивают нозовые ходы и полость рта. При этом внушают отвращение к спиртному. Обычно условный рефлекс образуется при 3—4 сочетаниях. Во время одного сеанса реакция вызывается 2—3 раза. На последующих сеансах подкрепление производят водкой (всего 10—12 сеансов). Курс лечения — 1/г—2 мес с последующим подкрепляющим лечением в течение года. За курс лечения больные принимают 25—30 сеансов гипносуггестивной психотерапии.

При лечении больных в стационаре большое внимание уделяется организации жизни и внутреннего распорядка отделения, строгой дисциплине, созданию атмосферы серьезности и уважения к врачам, проводимому лечению, системе положительных «лидеров», старост палат, выдвигаемых самими больными из своей среды, культурно-массовым мероприятиям, трудовому лечению.

Для лечения хронического алкоголизма Б. М. Сегал рекомендует применять модифицированную методику аутогенной тренировки. При этом курс лечения начинается с расслабления мышц и сопровождается формулой: «моя правая рука тяжелеет» (затем «левая рука» и т. д.). Через несколько дней, когда больному удастся вызвать у себя состояние расслабления и отяжеления конечностей, содержание самовнушения меняется. Теперь упражнение заканчивается формулами, утверждающими безразличие и отвращение к алкоголю: «к алкоголю не тянет и тянуть не будет», «вид и запах алкоголя мне

381

противен» и др. Последующие пять упражнений направлены на ослабление тонуса сосудов («моя правая рука теплеет»), регуляцию работы сердца и дыхания («сердце бьется ровно и спокойно», «я дышу легко и свободно»), внушение ощущения тепла в эпигастральной области («в солнечном сплетении ощущается тепло») и ощущение холода в области лба («мой лоб слегка прохладен»). Каждое упражнение продолжается 2 нед. Эти тренировки не исключают применения других методов лечения — психотерапии, антабуса и др.

Лечение хронического алкоголизма в лечебно-трудовых профилакториях. Этот вид лечения может быть проведен в амбулаторных и стационарных условиях. Причем одни авторы защищают добровольную форму лечения, другие — принудительную. Обе формы имеют свои положительные и отрицательные стороны. В частности, добровольное лечение деградировавших хронических алкоголиков, не желающих лечиться, не поддается контролю и вообще малоэффективно.

Во многих городах Украины и других республик организованы специальные амбулатории противоалкогольного лечения (САПЛ) по предложенному В. Е. Рожновым методу.

В этих амбулаториях больные, привлекаемые с помощью общественных организаций, советских и административных органов, подвергаются обязательному, контролируемому противоалкогольному лечению (6—12 мес). Направленным в САПЛ выдается лечебная книжка с графиком посещения врача и контрольными страницами для председателя фабрично-заводского (или домового) комитета' и участкового инспектора милиции.

Поведение больных контролируется членами семьи, а также лабораторными методами, путем качественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе (реакция Раппопорта или Мохова —

Шинка-ренко).

В этих условиях проводится психотерапия (индивидуальная или коллективная), пролонгированный эмоционально-стрессовый гипноз по В. Е. Рожнову, трудотерапия, сенсibiliзирующая терапия, музыкотерапия, библиотерапия, психагогика, культтерапия, семейная психотерапия, мероприятия по социальной реадaptации и др.

Патологическое развитие личности. У хронических алкоголиков раньше или позже отмечается патологическое развитие личности.

Различают такие типы патологического развития у алкоголиков: 1) эксплозивный тип,— характеризующийся эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью, взрывчатостью, гневливостью, резким переходом от благодушия к злобности; 2) истерический тип, при котором наблюдается бравада, рисовка, хвастовство, лживость; 3) астенический тип — отмечается застенчивость, неуверенность, повышенная робость, истощаемость; 4) апа-

382

тический тип, характерными чертами которого являются безразличие к своей судьбе и судьбе близких, сужение круга интересов, отсутствием планов на будущее.

Все эти состояния требуют комплексного лечения — психотерапии и лечения хронического алкоголизма как такового.

Нужно сказать, что у части излеченных алкоголиков через какой-то промежуток времени могут наступать рецидивы, поэтому больные должны оставаться в поле зрения диспансера для соответствующей психотерапевтической поддержки (обычно не более одного-двух сеансов).

Важно указать, что давность заболевания обычно не влияет на успешность лечения гипнозом.

Вообще эффективность лечения в меньшей степени зависит от медикаментов и в значительно большей — от типа течения алкоголизма, а также от степени выраженности соматических и психических его последствий (V. Popp).

Надежда на то, что алкоголик самостоятельно, без специального вмешательства бросит пить, вообще чрезвычайно слаба. Тем более алкоголик не станет пить умеренно. Само собой разумеется, что при лечении алкоголизма нельзя считать «улучшением», если больной начинает пить меньше; всегда нужно добиваться полного отказа от приема всяких спиртных напитков.

Психотерапевт вначале должен воспитывать, конечно, отвращение к спиртному. Но это отвращение в сущности непрочно. Нужно, чтобы алкоголик стал совершенно безразличен к спиртным напиткам.

Очень большое значение имеет желание самого больного бросить пить; нужно помочь ему, и в этом смысле велико благотворное влияние коллектива, общественных организаций.

Алкоголик является не только больным человеком, но и приносит вред семье, окружающим, он легко становится жертвой преступности или сам совершает преступление.

С алкоголизмом необходимо вести активную, постоянную, планомерную борьбу. Каждый случай пьянства с нарушением общественного порядка должен быть вынесен на суд общественности.

383

Борьба с алкоголизмом в нашей стране с первых дней становления Советской власти является одной из важных сторон внутренней политики государства.

В настоящее время противоалкогольная работа представляет собой комплекс воспитательных, санитарно-просветительных, организационных и медицинских мероприятий в сочетании с мерами общественного и государственного пресечения в отношении лиц, которые нарушают нравственные устои нашего общества.

Противоалкогольное воспитание и пропаганда, сочетающие массовые и индивидуальные формы работы, предусматривают изменение отношения пьющего к алкоголю. Нужно постоянно подчеркивать, что злоупотребление спиртными напитками — это порочное явление, наносящее ущерб государству, здоровью, материальным и семейным интересам человека. Противоалкогольная пропаганда проводится в школах, техникумах, вузах, профтехучилищах. С этой целью активно используют печать, радио, кино, телевидение.

Значительно облегчает противоалкогольную работу организация культурного досуга в театрах, концертных залах, кинотеатрах, музеях, клубах, Дворцах культуры, на стадионах, в народных и самодеятельных театрах и т. п.

Законодательные меры предусматривают ограничение возможности распространения алкогольных напитков среди населения: сокращение производства спиртных напитков, борьба с самогонварением и др. (Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма», 1972). Запрещена продажа алкогольных

напитков несовершеннолетним. Подростки, юноши и девушки до 18 лет не допускаются в рестораны, кафе, пивные бары в вечернее время.

Если лица, страдающие алкоголизмом или наркоманией, уклоняются от воспитания своих детей, злоупотребляют своими отцовскими правами, жестоко обращаются с детьми, вредно влияют на них своим аморальным поведением, они могут быть лишены родительских прав по суду (Кодекс законов о браке и семье РСФСР, ст. 59).

Предусмотрены административные и уголовные наказания виновных в доведении несовершеннолетних до

384

состояния опьянения (Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 19/VI 1972 г. и УК РСФСР, ст. 210).

Запрещается допускать к работе на предприятиях и учреждениях лиц, находящихся в нетрезвом состоянии. Начальники цехов, участков, смен, мастера, бригадиры и другие руководители, допускающие распитие спиртных напитков на производстве или не принимающие мер к отстранению от работы лиц, находящихся в пьяном виде, подлежат административной или уголовной ответственности (Кодекс законов о труде РСФСР и Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 19/VI 1972 г., ст. 38 и соответствующие статьи и Указы союзных республик).

Лица, совершившие преступление в состоянии опьянения, по советскому уголовному праву не освобождаются от несения наказания (УК РСФСР, ст. 12 и соответствующие статьи уголовных кодексов союзных республик). Более того, Указом Президиума Верховного Совета от 26 июля 1966 г. «Об усилении ответственности за хулиганство» лица, совершившие преступление в пьяном виде, несут максимальное наказание. Если преступление совершено в состоянии опьянения хроническим алкоголиком во вменяемом состоянии, наряду с наказанием применяется принудительное лечение (УК РСФСР ст. 62 и соответствующие статьи уголовных кодексов союзных республик).

Законодательством Союза ССР и союзных республик предусматривается ограничение дееспособности с установлением попечительства над лицами, которые злоупотребляют спиртными напитками. Запрещается управление транспортными средствами при минимальном приеме спиртного.

Наконец, хронические алкоголики, нарушающие общественный порядок, трудовую дисциплину и уклоняющиеся от добровольного лечения, привлекаются к принудительному лечению в лечебно-трудовых профилакториях в течение 1—2 лет (Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 8/IV 1967 г. >.

Следует сказать, что все эти указы и законы значительно облегчили профилактическую и лечебную работу врачей-психиатров в амбулаториях и стационарах.

13 739

385

Наркомании. Для морфинизма, а также для всех видов наркоманий характерно: 1) непреодолимое желание продолжать прием наркотика, добиваясь этого любыми средствами; 2) тенденция к увеличению дозы, связанная с развитием толерантности; 3) психическая зависимость от наркотика, связанная с субъективной, индивидуальной оценкой его действия; 4) физическая зависимость от наркотика, выражающаяся в развитии абстинентного синдрома.

Пристрастие возникает не только к морфину, опию, кокаину, героину, но и к снотворным (производным барбитуровой кислоты), психотропным средствам, антидепрессантам, транквилизаторам, стимуляторам, психотоми-метикам, ЛСД-25 и др.

Гипносуггестивная терапия морфинизма еще мало разработана. В литературе можно найти описание единичных случаев такого лечения (J. Voisin, O. Wetter-strand). A. Erlenmeyer советует применять гипноз как подсобное средство наряду с другими при бессоннице, являющейся следствием лишения больного морфия. Бе-резницкий с успехом применял внушение в гипнозе при деморфинизации вне больничной обстановки.

Нidovernig в лечении морфинизма большое значение придает физическому укреплению организма, регулярному питанию, препаратам мышьяка, ваннам и т. д., а также созданию взаимного доверия между врачом и больным, то есть психическому перевоспитанию, так называемой душевной ортопедии.

В каких условиях лучше проводить лечение морфинизма? Существует мнение, что рациональная помощь морфинисту может быть оказана лишь в закрытом учреждении, то есть в психоневрологической больнице. Так ли это?. Факты доказывают обратное. У ряда морф<sup>и</sup>нистов, как показал П. П. Истомина, вполне возможно проводить деморфинизацию в

амбулаторной обстановке. Как и при всякой терапии, необходим индивидуальный подход к больному.

Лечение морфинизма, а также других наркоманий заключается в отмене наркотика. Деморфинизацию лучше проводить в специальном (наркологическом) отделении. Отмена наркотика может быть быстрая и постепенная (щадящая). При быстром отнятии у некоторых субъектов (пожилых, длительно употребляющих нарко-

386

тик) может развиваться коллаптоидное состояние. Деморфинизация продолжается от 3 до 10 дней.

Для купирования абстиненции применяют гипогликемические дозы инсулина, парентеральное и пероральное введение транквилизаторов (седуксен, элениум), нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен, аминазин, этаперазин), препараты глюкозы, кальция и другие.

Следует помнить, что если больные в период купирования явлений абстиненции чувствуют себя хорошо, не исключено, что они скрыто употребляют наркотик.

После острого периода показаны физио- и трудотерапия, лечебное питание. Поддерживающая (амбулаторная) терапия продолжается не менее 3—5 лет и включает психотерапию, общеукрепляющие средства, транквилизаторы (седуксен и др.).

Примером очень тяжелой наркомании, леченной комплексным методом, может служить следующее наше наблюдение.

Больной Х., 40 лет, техник-строитель, семейный, поступил в психиатрическую клинику Львовского медицинского института с диагнозом: наркомания (кокаинизм, алкоголизм, эфиромания).

Отец и мать больного здоровы. Бабушка по материнской линии болела какой-то психической болезнью и умерла в психиатрической больнице. Брат матери болел посттравматической эпилепсией. Родной брат больного — хронический алкоголик.

Больной с 16 лет начал употреблять алкогольные напитки, с 21 года — кокаин (в последнее время до 3 г в сутки). С 27-летнего возраста наблюдались зрительные и слуховые галлюцинации, идеи преследования. В 28 лет в тяжелом душевном состоянии совершил попытку самоубийства, расправил себе бритвой живот. После этого был направлен в психиатрическую больницу (Полтава).

Период абстиненции переносил тяжело. После выписки из больницы опять употреблял кокаин.

С 37 лет начал пить в большом количестве спиртные напитки. Появилась бессонница, ослабела память. Отмечаются зрительные, слуховые и осязательные галлюцинации. Часто слышит, как его кто-то зовет по имени. Видит мышей, бегающих по кровати, по полу и по телу. На улице кажется, что за ним кто-то бежит и кладет руку ему на плечо. Со страхом убегает от мнимых преследователей. Случалось, что бродил по улицам или ездил в трамвае, не ориентируясь в месте и времени. Возникло большое стремление к сближению с женщинами, но потенция была слабой.

Примерно за год до поступления в клинику уменьшил прием кокаина, но заменил его эфиром, каждый день вынюхивая по 100 г и запивая водкой. Без алкоголя и эфира не мог работать из-за сильных головных болей, подавленного настроения. К концу года самочувствие еще более ухудшилось, ночами мучила бессонница, слуховые и зрительные галлюцинации («мышки»), появились

13\*

387

беспокойство, страх. За три недели, до поступления ночью возникли беспокойство, возбуждение; больной уничтожил всю домашнюю мебель, одежду. Такое состояние длилось пять дней. Затем, находясь уже в полном сознании, пришел в психиатрический стационар.

Период абстиненции переносил тяжело. Наряду с сонной терапией, инъекциями сульфазина, глюкозы, мышьяка стрихнина, кислорода под кожу была применена гипнотерапия. В первую неделю сеансы проводились ежедневно, во вторую — через день, остальные четыре недели — два раза в неделю.

По катamnестическим сведениям через полгода после выписки из стационара излечение от наркомании оставалось стойким.

Табакокурение

Табакокурение — очень трудный и малоизученный раздел психотерапии. Этот отягощенный и легкий, но весьма распространенный вид наркомании в некоторых случаях плохо поддается лечению. Впрочем, Трапезников еще в 1898 г. сообщил об успешном лечении курильщиков гипнозом.

Считают, что курение является прочно закрепленным условным рефлексом на множество повседневных условных раздражителей. Однако наличие абстиненции, наблюдающееся при

отвыкании от курения, говорит о развившейся никотиномании, которая вызывает у курильщика общие патологические явления со стороны высшей нервной деятельности, функционального состояния корковых процессов, вегетативной нервной системы и т. д. Видимо, курильщик не может легко бросить курение не столько потому, что трудно изменить закрепившийся стереотип, сколько потому, что «<sup>TM</sup> нервные центры нуждаются в привычном яде. Поэтому механизм данной наркомании можно считать так!<sup>TM</sup> же, как и ДРУ<sup>TM</sup>х наркоманий,— морфинизма, алкоголизма и Других.

Довольно стройную схему поэтапного лечения «упорных» курильщиков выработал Ю. А. Поворинский. Первый этап заключается в изучении личности курильщика, определении типа высшей нервной деятельности, регистрации раздражений, вызывающих потребность в курении, условнорефлекторно путем. Вторым этапом — анализ явлений абстиненции и разрушение автоматизма курения. На этих этапах задачей врача является устранение представлений о трудности отвыкания от курения. Наконец, третьим этапом — проведение сеансов внушения. Ю. А. Поворинский считает, что внушение не имеет гла-

венствующего значения, а лишь подводит итог работы, которую пациент уже проделал над собой с помощью врача.

А. Г. Стойко (1958), помимо самовнушения, индивидуальной гипносуггестивной и коллективной психотерапии, с успехом применяет метод «целевой психотерапии». Метод заключается в том, что внимание больного привлекается к наблюдению за объективными данными, которые свидетельствуют об улучшении его здоровья при оставлении курения (улучшение состава крови, выравнивание артериального давления, нормализация пульса и пр.). «Курильщика надо увлечь теми благами, которые он получит, когда бросит курить». Это способствует укреплению веры в себя, решения не возвращаться к вредной привычке.

А. К. Поплавский (1959) у физически здоровых курильщиков применял такую методику гипнотерапии. Погрузив субъекта в гипнотический сон и внушив ему, что табачный дым будет вызывать тошноту, рвоту и сильный кашель, автор предлагал курить во время гипноза.

Более половины курильщиков (16 из 30) перестали курить. Курс гипнотерапии состоял из 8—16 сеансов.

М. Е. Бурно (1974) предлагает лечить курильщиков в состоянии физической и душевной расслабленности. После сбора анамнеза, когда у врача сложилось представление о личности курильщика, особенностях курения, если субъект достаточно внушаем, ему предлагают лечь на кушетку, закрыть глаза, расслабиться и пассивно вслушиваться в слова врача. Внушать надо внятно, громко, уверенно, говоря следующее: «Голова ушла в подушку, отдыхайте, хуже и хуже слушается вас тело. Шея хуже и хуже вас слушается. Вы пытаетесь приподнять голову, оторваться от подушки и чувствуете, как трудно это сделать». Далее внушают, что пациент не может приподнять руки, ноги, открыть глаза, а затем, что он сможет не курить до следующей встречи с врачом. После сеанса говорят: «Если вы проявите непростительную слабость и закурите, то приходить больше нет смысла». В первую неделю врач встречается с курильщиком через день, во вторую — через 3 дня, а с 3-й недели — несколько раз в месяц.

Лечение курильщиков может быть как индивидуальным, так и коллективным. Замечено, что курильщики, испытывающие страх перед последствиями курения, излечиваются быстрее. Психотерапевт должен учитывать это, особенно при лечении курильщиков с явлениями расстройств сердечно-сосудистой системы, пищеварения. Может быть, в некоторых случаях даже следует вызвать у наркомана-курильщика страх перед динамикой его соматических симптомов. Конечно, нужна осторожность, так как это может привести к ятрогении.

В последнее время появились сообщения венгерских, болгарских, советских, австрийских авторов (W. WtHner,

389

Hofstedt и др.) о лечении курения лобелином. Влияние лобелина основано на принципе замещающей терапии; по фармакологическому действию лобелии относится к той же группе веществ, что и никотин. Введение лобелина в организм устраняет явления никотинового голодания; привыкания к лобелину не наблюдается.

Вводят лобелина гидрохлорид внутримышечно (1% раствор по 1 мл два раза в день — после завтрака и вечером). Во время лечения разрешается курить с соблюдением следующих условий: в первый день выкуривается столько папирос или сигарет, сколько обычно, но каждая — только до половины; начиная со второго и в последующие дни выкуривается на 25% меньше, чем в предыдущий день, например, 20, 15, 12 и т. д.

Инъекции лобелина продолжают в течение трех-четырех дней и после прекращения курения. Весь курс лечения длится 12—14 дней. При лечении пожилых и ослабленных субъектов доза лобелина должна быть уменьшена до половины (0,5 мл два раза в день). Hofstedt назначал сернокислый лобелии внутрь во время или после еды: в первый день — 6 мг, во второй и третий — 8 мг, в течение недели суточная доза доводится до 12 мг. В зависимости от результата доза в течение второй недели увеличивается до 16—20 мг. В начале лечения большой резко уменьшает, а затем быстро прекращает курение. Когда привычка к курению «сломлена», доза лобелина в течение 8—10 дней уменьшается. В процессе лечения рекомендуется применять седативные средства, но следует избегать барбитуратов и сильных транквилизаторов.

## ШИЗОФРЕНИЯ

Создатель московской школы невропатологов и психиатров А. Я- Кожевников в 1895 г. говорил о благотворном влиянии психотерапевтических факторов при психозах. Действительно, в настоящее время эта мысль подтверждается новыми данными из области физиологии нервной системы, раскрываются механизмы этого вида лечения.

Большое значение психотерапии психозов придавал, в частности, И. М. Балинский. О положительной роли гипноза при психозах писали J. Esquirol, J. Voisin, A. Forel, A. А. Токарский и другие. Все же большинство авторов придерживаются взглядов, что при лечении не только шизофрении, но и других психозов гипноз малоэффективен (В. П. Осипов, Т. А. Гейер и др.).

О возможности психотерапевтического воздействия на шизофреников говорил еще Е. Bleuler, особенно имея в виду вторичные, психогенно обусловленные симптомы. 390

Он считал, что уже помещение в благоустроенную психиатрическую больницу, режим, покой, удаление из травмирующей обстановки оказывают благоприятное влияние на болезнь. «Сами больничные стены лечат». Позднее на больных благотворно действуют также ранняя выписка из стационара, перевод в домашнюю обстановку.

Рациональную психотерапию при шизофрении с успехом применял Koherer. Он придавал большое значение логическому разубеждению больного. Автор советует корригировать мышление шизофреника и его бредовые идеи логическими аргументами.

Е. Kretschmer и Speer считают, что врач должен проводить психологическую работу с больными и прежде всего установить контакт с ним. Е. Kretschmer рекомендует воздерживаться от «резких наскоков», при контакте с больным проявлять сдержанную чуткость, в которой должны, однако, чувствоваться энергия и настойчивость, что может побороть аутизм.

При легко протекающей шизофрении (schizophrenia mitis) А. Kronfeld рекомендовал применять психотерапию, а именно: аналитическое вскрытие болезненных механизмов, убеждение и активизацию личности больного.

С. И. Консторум (1935) считает, что при шизофрении психотерапия сводится к следующему: 1) смягчение аутизма путем активизации больного в коллективе; 2) эмоционально насыщенная пропаганда идей действительности как «бытия», определяющего сознание; 3) приучение больного к преодолению субъективно тягостных симптомов; 4) применение суггестивных методов; 5) разубеждение бреда. Гипноз при шизофрении, по С. И. Кон-сторуму, не дает положительных результатов. Такого же мнения придерживается А. А. Перельман.

По данным Feldman (1961), в США гипнотерапию при шизофрении применяют всего лишь в 1% случаев. Большинство американских авторов считают гипноз при шизофрении менее эффективным, чем трудотерапию.

По Ф. Ф. Детенгофу, психотерапевтическое воздействие лечащего врача при шизофрении «может быть рациональным, воспитывающим и очень редко суггестивным — гипнотическим в начальных стадиях шизофрении, без бреда и обманов чувств — при неврозоподобных явлениях».

Предпринимались безуспешные попытки воздействовать с помощью гипноза на бред, галлюцинации. Больше того, многие авторы (В. А. Гиляровский и др.)

391

считают, что гипноз при шизофрении даже вреден, так как может способствовать развитию бреда отношения и влияния. Как бы в подтверждение этого О. Kauders, применяя гипноз у постпроцессуальных шизофреников, действительно наблюдал состояние двигательного беспокойства со спутанностью сознания, бредовыми идеями и галлюцинациями.

И. Я. Завилянский (1959) пишет, что гипноз у некоторых шизофреников дает положительные результаты, «особенно когда много уже достигнуто медикаментозной терапией и подготовлена почва для применения психотерапии в комплексе лечения...»

Ф. Volgyesi утверждает, что гипнотерапия при шизофрении в подавляющем большинстве случаев



является не только не противопоказанной, но даже обязательной. «Мы ни при каком диагнозе не можем считать ее противопоказанной», — пишет F. Volgyesi.

Об успешном применении психотерапии при шизофрении сообщают Stransky, A. Гервер, И Я. Завилянский, Н. В. Канторович, Н. В. Иванов, О. Р. Читава, A Brill, E. Simmel, F. Mautz, Wilson, Cormen и A. Cole, W. Newstater, D. Muller-Hegemann, W Mayer-Gros, E. Slater, M. Rot, K. Schneider, Schultz-Henike, H. Baruk, E Frotnm, Reichman, J. Rosen, E. Syfistova (1959) и др D Muller-Hegemann, считая шизофрению чисто психогенной болезнью, утверждает, что и лечить ее надо исключительно психотерапией, биологические же методы лечения являются лишь подсобными, вспомогательными.

А. Н. Молохов (1958) выделял следующие виды психотерапии шизофрении: а) лечение первичных процессуальных проявлений, воздействие на существо болезни; б) воздействие на вторичные психогенные образования, влияние на больного. Во всех случаях применялись успокоительное внушение, убеждение, выработка новых навыков.

Дефектным больным также показана психотерапия. Пластичность центральной нервной системы используется для создания приспособительных механизмов. Она особенно необходима для устранения отчужденности, чувства неполноценности и подозрительности у шизофреников. Важны тренировки, игра в мяч, занятия музыкой, психоортопедия (упражнения), постоянное повышение тонуса, устраняющие деградацию от бездействия.

392

I

Основными формами психотерапии шизофрении П. М. Зиновьев считает беседы, косвенную психотерапию при помощи внешней обстановки, оптимального режима и правильно организованный лечебный труд (ступенчатый, от несложного к сложному — так называемая корригирующая психотерапия).

Н. В. Канторович (1959) рекомендует проводить психотерапию при шизофрении до начала биологической терапии, одновременно с ней и после окончания последней.

По мнению J. Bell и G. Bernett, хорошим подспорьем психотерапии шизофрении является применение субкоматозных доз инсулина.

П. Б. Посвянский считает, что при шизофрении нарушается единство психической деятельности, которое выражается в том, что нормальные формы психической деятельности существуют наряду с патологическими. Именно эти нормальные формы, по П. Б. По-свянскому, являются основными «воротами» для воздействия на шизофрению, «основным путем психотерапии в широком смысле этого слова».

Конечно, один только гипноз является слишком слабым средством для лечения такого процесса, как шизофрения. Слово, хотя оно вообще является мощным раздражителем, вряд ли способно изменить довольно стойкие метаболические, гуморальные и другие нарушения, а также воздействовать на состояние основных нервных процессов. Ведь мы не можем иногда изменить состояние нервных процессов у больных шизофренией даже активными методами лечения.

Итак, можно ли вообще применять гипноз при шизофрении?

Мы упоминали, что часть авторов категорически высказываются против применения гипноза при этой болезни на том основании, что может развиваться бред отношения, влияния. Однако этот взгляд не имеет под собой твердой почвы.

Прежде всего, вопрос о применении гипноза при шизофрении должен нами рассматриваться в том аспекте, в каком рассматривается вопрос о применении других терапевтических воздействий и методов лечения. Разве, например, инсулин или электрошок менее энергичные процедуры, чем воздействие словом, да еще с согласия больного? Конечно, нет.

Мы знаем, что самым ранним симптомом шизофрении, кроме прочих, является отсутствие сознания болез-

393

ни. И, пожалуй, именно в связи с этим отсутствием сознания душевной болезни больные часто высказывают мысли о насильственном применении лечения, которое, по их мнению, вредит здоровью. Они возмущаются, сопротивляются, пишут жалобы о прекращении над ними «издевательств» со стороны врачей и всего медицинского персонала. Но в этих случаях мы не говорим о вреде лечения (биологического), не ставим вопроса об «инсулиновом бреде», «электрошоковом бреде». Допустим, что, применив гипноз к шизофренику, мы отметим действительно появление бреда воздействия. В этом случае, мы думаем, нельзя говорить о

появлении бреда у заведомо процессуального больного.

Многие отечественные и зарубежные психиатры писали о выявлении самой различной психопатологической симптоматики при применении инсулина, сульфазина, электрошока и других средств и методов. И ведь никто не считает это осложнением процесса, никто не бьет тревоги. На этом основании и бред воздействия, если он появится при гипнотизировании, не следует считать осложнением или обострением шизофрении. Если же бред отношения, гипнотизации имеет место, то, видимо, лишь в силу естественного течения шизофренического процесса: мы знаем, что этот вид бреда часто наблюдается без какого-либо внешнего воздействия, еще до активных вмешательств.\*

Если допустить, что такие симптомы шизофрении, как аутизм, пассивность и индифферентность к окружающему, вызваны не только самим течением процесса, но и различными экзогенными, неблагоприятными факторами, то вызванная извне такая замкнутость, конечно, может быть устранена или ослаблена психотерапевтическим путем и даже гипнозом. При этом психотерапевт должен иметь в виду различные коллизии в семье, на производстве и по возможности постараться их устранить.

Между прочим, F. Alexander и R. Mohr (1958) считают, что психотерапия дает наилучший эффект у высокоинтеллигентных шизофреников.

\* Следует присоединиться к мнению большинства психиатров, полагающих, что применение гипноза при шизофрении нецелесообразно (исключение, возможно, составляют некоторые атипичские случаи этого заболевания).— Прим. спец. ред.

394

Вообще психотерапия при шизофрении должна пониматься не только в смысле создания наиболее подходящего режима с устранением вредных моментов, но и в смысле внушения наяву, логически обоснованной терапии, а также применения гипноза.

Существенных сдвигов при лечении шизофрении мы можем достигнуть лишь в том случае, если будем применять не только биологические методы, но и психическое воздействие, иными словами — лечение опять-таки должно быть комплексным.

В заключение скажем, что мы потому достигаем положительного психотерапевтического эффекта при шизофрении, что эта последняя на определенных этапах течения является структурно обратимой болезнью. Об этом пишет, в частности, А. Д. Зурабашвили (1958).

Психотерапия шизофрении при ремиссиях

Этот трудный раздел психотерапии детально освещает Г. В. Зеневич (1964). Он считает, что важнейшей задачей психотерапии при шизофренических ремиссиях «является достижение экстравертированности больного, активизации, оживления, эмоциональных связей». При этом главным звеном является установление контакта и доверия больного к врачу. Необходимы частые, систематические беседы с больным, который должен убедиться в социально-бытовой помощи, оказываемой ему врачом. Беседы должны быть направлены на здоровые элементы личности, на активирование и стимулирование стремления к труду, оживление появляющихся интересов, укрепление критики патологических переживаний. Конечно, глубокий разбор переживаний больного, а также настойчивые и решительные попытки разубеждения больного в его бредовых концепциях бесполезны и даже вредны.

Характер и направленность психотерапевтических бесед определяется индивидуальными особенностями личности больного, характером течения, качеством и типом ремиссий. Психотерапию рекомендуется применять как непосредственно, в форме прямого психотерапевтического воздействия на больного, так и опосредованно, путем трудовой терапии, культтерапии, общих оздоровительных мероприятий.

395

По данным А. И. Плотичера, одной из важнейших причин развития нестойких ремиссий является их «фасадный» характер, так как такие ремиссии характеризуются угасанием одной лишь психотической симптоматики, а вегетативно-метаболические нарушения остаются почти неизменными. Для преодоления этой «фасадности» А. И. Плотичер предложил контрастно-альтернирующую медикаментозную стимуляцию, заключающуюся в том, что в дневные часы поддерживаются гиперэргические, а в ночные — гипоэргические тенденции организма.

**РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ И СОСТОЯНИЯ**

Большинство психотерапевтов отмечают, что гипноз и вообще психотерапия с успехом могут быть применены при различных реактивных состояниях.

Так как основным фактором возникновения психогенных реакций и психоза является окружающая

среда, внешняя вредность, то изменение этой окружающей обстановки, неблагоприятной ситуации, устранение травмирующих моментов будут влиять благотворно, целебно.

А. А. Портнов и Д. Д. Федотов, говоря о лечении неврозов, реактивных психозов и психопатий, указывают на создание для такого рода больных атмосферы «психотерапевтической асептики», их окружение не должно порождать нездоровые мысли, вызывать отрицательные эмоции.

Каждая форма реактивного психоза требует специального лечения, но наиболее активным методом является психотерапия. Показаны все виды психотерапии и, в частности, гипноз.

При конфликтах, особенно семейных, бывает полезно отвлечь от конфликтной ситуации, рекомендуется больше уделять внимания работе, друзьям, литературе, спорту, посещению театра, цирка и т. д.

При психогенно-реактивных заболеваниях с депрессивными, истерическими, параноидными синдромами И. А. Мизрухин (1959) с успехом применял комбинированную терапию: прерывистый медикаментозный сон и психотерапию.

При реактивной депрессии больных (в амбулатории или стационаре) блéдует окружить вниманием и заботой, стремиться разубедить в исключительности их положения, освободить от чувства безысходности и трагичности. Нужно деликатно критиковать их ошибочные заключения о своей виновности (идеи самообвинения) J

396

постепенно направлять внимание больных на трудовые процессы, подчеркивая, что они преодолеют все трудности.

Перед выпиской из стационара иногда нужно предупредить больного, что дома может наступить обострение болезни, особенно в тех случаях, когда заболевание связано с потерей больными близких и любимых ими людей.

После выписки многие больные с реактивными состояниями нуждаются в отпуске или временном переводе на более легкую работу. Когда по тем или иным причинам больной не может наладить межличностных отношений, можно рекомендовать обмен квартиры и даже переезд в другой город.

Таким образом, при реактивных состояниях и психозах необходимо по возможности устранить психотравмирующую ситуацию. Многие больные нуждаются в госпитализации. В первую очередь показана психотерапия (наяву, вплоть до гипноза), физиотерапия. При реактивной депрессии можно рекомендовать антидепрессанты, транквилизаторы (седуксен, мепробамат, тазепам и др.); при ажитированной депрессии с тревогой — триптизол и другие антидепрессанты (в первую половину дня) и нейролептики (во вторую половину дня). При параноидных синдромах показаны нейролептики (трифтазин, про-пазин и др).

Примером излечения больной с реактивным состоянием методом психотерапии может служить следующее наблюдение.

Больная К., 45 лет, интеллектуально высокоразвитая, в течение полутора лет страдает сильными головными болями, усиливающимися при каждом стуке в квартире или на улице. Боли становятся невыносимыми даже при разговоре и особенно при слушании музыкальных произведений покойного мужа, передаваемых по радио. По ночам больная не спит или спит очень тревожно и чутко. Жалуется также на перебои в работе сердца, тошноту, изредка рвоту. Уже более года прикована к постели. Все описанные явления развились после смерти мужа.

Все время лечилась у видных терапевтов. Многократно подвергалась клиническим и лабораторным исследованиям. Принимала множество медикаментов, особенно барбитураты и сердечные (более 12 средств, даже несовместимых). Лекарства принимала всегда точно по часам.

Мы были предупреждены о том, что больной не следует говорить об отсутствии у нее заболевания. Несколько дней тому назад у больной был психотерапевт, который сказал ей, что болезнь

397

«полностью излечима гипнозом» и он ее «обязательно излечит». Больная с сомнением отнеслась к словам врача.

Случай, без сомнения, тяжелый. Речь шла о затянувшемся реактивном состоянии с ярко выраженными функциональными кор-тико-висцеральными нарушениями. Необходимо было прекратить прием всех лекарств, нормализовать сон, а затем перейти к психотерапии, направленной на устранение отдельных закрепившихся патологических условнорефлекторных симптомов. Больная чрезвычайно интересовалась трактовкой каждого симптома ее болезни, а также анализов. Особенно ее тревожил рентгеновский снимок, где было обнаружено «одно

пятнышко», которое, по ее мнению, могло быть «начальной формой опухоли мозга». Чтобы разубедить больную, потребовалось около месяца систематической и энергичной психотерапии в состоянии бодрствования с представлением доказательств безукоризненной деятельности сердца, мозга. Подчеркивался существенный вред, который наносит организму прием такого количества медикаментов. Был изменен режим дня, рекомендована гимнастика. Психотерапия, обычно по вечерам, проводилась так, чтобы больная незаметно для себя впадала в гипнотическое состояние. Внушались бодрость, отсутствие страха, переносимость йосторонних звуков, а особенно — спокойный, длительный ночной сон.

Через два с половиной месяца удалось устранить все симптомы заболевания.

#### МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

##### ЦИКЛОТИМИИ

Больной маниакально-депрессивным психозом, особенно в маниакальной фазе, в первую очередь нуждается в постельном режиме. Чтобы предохранить больного от влияния различных внешних раздражителей, его нужно помещать в палату, где находится немного больных. Вообще необходимо создать такие условия, чтобы ничто не могло больного травмировать.

Согласно данным П. В. Бирюковича (1959), приступ психоза развивается на фоне нарушений в соматической сфере. П. В. Бирюкович считает, что профилактические мероприятия дают возможность продлить ремиссии на довольно длительный срок, а в некоторых случаях даже купировать развитие приступа в самом начале.

Следует попытаться направить патологическую энергию маниакального больного на трудовую деятельность.

При общении с больными, страдающими маниакальной формой психоза, персонал должен быть осторожен в выражениях, так как иногда одно случайно оброненное слово может привести к резкому изменению состо-

398

яния больного, причем с ним будет утрачен эмоциональный контакт.

Вообще всех больных, особенно находящихся в состоянии депрессии, необходимо окружить вниманием и заботой. С ними нужно часто беседовать, подбадривать, убеждать их в том, что болезнь вполне излечима. Имеет значение даже тон беседы, который должен быть всегда ровным, мягким, недопустимы неосмотрительные шутки. Психотерапевта не должно смущать то, что больные, особенно в состоянии депрессии, как будто не слушают его; в действительности такие больные очень внимательны, они воспринимает каждое слово врача. Беседы могут даже предотвратить суицидальные попытки.

С другой стороны, в начальных стадиях депрессии, а также при мягком течении психоза (циклотимия) не рекомендуется развлекать больных, так как веселая музыка, пьеса могут оказать отрицательное влияние. Депрессивный больной, как правило, на все происходящее вокруг реагирует болезненно.

Кроме психотерапевтической беседы, особенно в случаях депрессии, может быть применен гипноз (А. В. Гервер, 1925). У таких больных удавалось путем внушения добиться некоторого улучшения самочувствия.

Психотерапия бывает особенно успешной, когда она сочетается с лекарственной терапией. Так, при депрессивной фазе следует назначать мелипрамин, триптизол (не менее 2—3 мес); при депрессии с тревогой — триптизол; при депрессии с бредом — триптизол, иногда в сочетании с тизерцином, аминазином (стелазином). Как профилактическое средство показаны соли лития. При маниакальных фазах рекомендуются аминазин, трифтазин, галоперидол (в нарастающих дозах).

##### ЭПИЛЕПСИЯ

Конечно, ни один психоневролог не станет утверждать, что психотерапевтическим путем можно излечить такую болезнь, как эпилепсия. Но сразу оговоримся, что вопрос здесь не ставится об излечении эпилепсии вообще, а лишь о предупреждении самого припадка как кардинального синдрома эпилепсии, возникающего всегда стереотипно при тех или иных обстоятельствах.

399

Следует отметить, что Н. В. Краинский, L. Muskens, W. Pen-field, H. Jaspers и другие вообще не уделяли должного внимания психотерапии эпилепсии. В монографии же Д. А. Маркова и Т. М. Гельмана высказано суждение, что медикаментозная терапия эпилепсии должна комбинироваться с возможными профилактическими мероприятиями и, в частности, с психотерапией. Этого мнения придерживается и М. Ш. Вольф.

Все же имеющиеся сообщения об успешном лечении гипнозом так называемой гениинной

эпилепсии (O. Wetterstrand, A. Forei, O. Vogt) далеко не убедительны, прежде всего вследствие недостоверности диагноза в целом -ряде случаев и из-за кратковременности наблюдений.

Совершенно ясно, что гипнотическими сеансами нельзя повлиять на хронические изменения психики у больного эпилепсией, на его характер, расширить умственный кругозор, устранить ограниченность, повышенную самооценку личности и способностей, эгоизм и пр.

Нет сомнения в том, что эпилепсию лечить очень трудно, но, с другой стороны, сейчас пессимистическая формула «при эпилепсии все помогает на время» уже устарела.

Можно ли воздействовать словом на очаг патологически инертного возбуждения с его обширной зоной отрицательной индукции в коре мозга эпилептика и не допустить сильнейшего взрыва? Конечно, нельзя. Другое дело, когда перед нами так называемая аффективная падачая, эпилептические приступы появляются после различных аффективных состояний, в зависимости от внешних раздражителей эмоционального характера (оскорбление, обида, утрата близких). При этой форме эпилепсии гипноз может быть ценным терапевтическим средством.

Об условнорефлекторных припадках эпилепсии упоминал уже И. П. Мержеевский, а В. М. Бехтерев описал двух больных, у которых припадки возникали в связи с громкими телефонными звонками. М. П. Никитин сообщает о больном певце, у которого эпилептические судороги закономерно появлялись, как только он начинал петь арию Берендея из оперы «Снегурочка» Н. А. Римского-Корсакова. Относительно данного наблюдения Н. И. Красногорский (1954) пишет, что сильное подкорковое возбуждение (эмоции) «вызвало пониженную возбудимость в коре, и в этих условиях сильный комплекс возбуждений, возникших при пении арии, свя-400

зался стойкой связью с судорожным состоянием и превратился в неугасимый рефлекс».

Условнорефлекторную эпилепсию описывают и допускают применение психотерапии при ней А. Гоциридзе, Г. Р. Тер-Аветисов, Д. М. Тихомиров, А. О. Долин, С. Ф. Семенов, Э. Л. Лурье и Ф. Я. Ясиновская, E. Kraepelin, Ch. Fere, J. Charcot, J. Voisin, Busche, W. Gowers, O. Binswanger, E. Bratz и др.

Необходимо упомянуть об интересных опытах П. П. Подъяпольского, которому при помощи гипнотического внушения удалось разрушить у одного эпилептика-амнезию после припадка, причем больной припоминал пережитые им галлюцинации устрашающего характера.

W. Wolf (1961) сообщает об успешном применении психотерапии, в частности, гипнотерапии, у больных эпилепсией различной этиологии (генуинной, посттравм а-гической, постинфекционной), у которых имела место длительная психотравмирующая ситуация в семье или на работе.

В заключение следует подчеркнуть, что трудно положительно воздействовать на больных эпилепсией еще и потому, что у них, как правило, наблюдаются инертность основных нервных процессов, трудность переключения корковых клеток на другой вид деятельности, особенно связанной со второй сигнальной системой, к которой мы во время гипноза апеллируем.

### ПРЕСЕНИЛЬНЫЙ ПСИХОЗ

Так как основные симптомы пресенильных психозов связаны с возрастными изменениями во всем организме ■— нарушением обмена веществ, изменениями эндокринного аппарата, а также с влиянием таких факторов^ как соматические, гинекологические заболевания,— лечение должно быть направлено в первую очередь на уравнивание, приведение к норме функций затронутых органов и систем. Больным показаны прежде всего такие препараты, как фолликулин, синэстрол, спермоль, тестостерон, метил-тестостерон. Можно применять ово-циклин, витамины (аскорбиновая кислота), кислород подкожно, инсулин, терапию сном, гидропроцедуры, а при улучшении психического состояния — трудотерапию.

401

Целесообразно применение антидспрессантов (трип-тизол и др.) в сочетании с нейролептиками (тизерцин, аминазин, трифтазин, галоперидол и др.). При ипохонд-рически-сенестопатическом синдроме со страхом и тревогой показан хлорпротиксен, френолон, этаперазин.

Эффективно, особенно при тяжелых депрессивных состояниях, лечение электрошоком.

Однако очень большое влияние может оказать и психотерапия. В связи с тем, что в происхождении пресе-нильного психоза немалую роль играют реактивные моменты, при лечении особо важно их устранение.

Задача психотерапии — воздействовать на психику больного, у которого, как правило, имеется тоскливость, боязнь, тревога, ожидание какой-то беды, несчастья. У больных наблюдается повышенная чувствительность к различным неблагоприятным внешним воздействиям.

Психотерапия у лиц, страдающих пресенильным психозом, может быть эффективной уже потому, что у этих больных сохранена способность суждения и критики. Кроме того, нет замкнутости,

отгороженности от внешнего мира, погружения в мир собственных переживаний, негативизма. Главная задача состоит в том, чтобы создать для больного наиболее благоприятные жизненные условия. В этом отношении очень важными факторами являются гарантирование каждому советскому гражданину помощи на случай болезни, полная ликвидация безработицы, обеспеченная старость.

#### ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАКС

Психотерапия особенно показана при так называемом патологическом климаксе.

Многие авторы (Т. А. Гейер, 1926; М. Н. Воронова, 1959; 1 Е. Е. Накашидзе, 1960; М. Ш. Вольф, 1962, 1964; С. А. Шубина, 1962, и др.) считают, что уже задолго (1—3 года) до полного развития клинической картины инволюционных психозов у многих больных может появиться начальная стадия этих заболеваний. По времени она совпадает с климаксом и патогенетически связана с общесоматическими проявлениями инволюции.

У женщин постепенно затухает менструальный цикл (урежение регул, олигоменорея); у некоторых еще задолго до этого появляются парестезии, сенестопатии, неприятные ощущения в области сердца, желудка, подложечной области, суставах, зуд в области половых органов и промежности, резкие приливы, на высоте приливов кокосмия, неприятные ощущения в области лица, во рту,

402

общее недомогание, плохой сон, тревожные сновидения. При этом женщины часто мерзнут, вынуждены тепло одеваться. Лицо приобретает сероватый оттенок, тургор кожи снижается, волосы лишаются естественного блеска. Артериальное давление резко колеблется. Половое чувство утрачивается.

Патологический климакс требует комплексного лечения. Психотерапия применима во всех ее видах и модификациях.

Больным разъясняется сущность возрастной нейро-эндокринной перестройки, подчеркивается временный, преходящий характер расстройств, укрепляется вера в выздоровление, то есть проводится «речевая терапия» в форме разъяснения, убеждения, ободрения. Кроме того, показаны общегигиенические мероприятия, регулирование сна, гормональная терапия, однако она одна, по мнению Е. М. Вихляевой и Ю. Ф. Змановского, М. Ш. Вольфа и др., недостаточна для урегулирования нейродинамических расстройств; особенно показано применение психотропных средств (М. Ш. Вольф, В. Н. Ильина).

Эффективна комбинация лекарств: андаксин (1—1,8); амизил (0,003—0,008 в сут); на ночь аминазин (0,05—0,1). Амизил следует назначать осторожно, начиная с малых доз — по 0,001 три раза в день и постепенно увеличивая дозу до 0,008 в сутки. Лучше аминазина действует нозинан (левомепромазин) по 0,075—0,1—0,2 в сутки

Мелипрамин и имизин малоэффективны и даже усиливают чувство тревоги (В. Е. Галенко и Р. Ш. Наджаров, А. К. Добржан-ская и М. Л. Смирнова, В. Л. Ефименко, Т. Н. Морозова).

При углублении депрессии можно осторожно применить трансамин в малых дозах (В. В. Громова), комбинировать этаперазин (15—20 мг) с триоксазином (0,8—1,0 в сутки) и френолоном (10—15 мг в сутки). При сенестопатиях, парестезиях, аллергических реакциях хорошо действуют антигистаминные препараты — дипразин (0,1—0,15 в сутки) или пипольфен с витаминами (5% раствор витамина В<sub>6</sub> по 1 мл в день), 10—30% раствор эрвита по 1 мл через день внутримышечно, рибофлавин (0,005) с никотиновой кислотой по 0,05 и глутаминовой кислотой по 0,5 три раза в день.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В последние годы увеличилась средняя продолжительность жизни: для мужчин — 65 лет, для женщин — 72 года.

Проблемой психического состояния в старческом возрасте занимается Всемирная Организация Здравоохранения. Комитет экспертов психического здоровья (1958)

403

намечен план организации специальных психоневрологических учреждений для обслуживания стариков, создания клубов для отдыха престарелых, домов для них, а также амбулаторий, стационаров. А. В. Снежневский указал на необходимость индивидуального подхода при переводе пожилых людей на пенсию, чтобы избежать психической травматизации.

В Советском Союзе ведется упорная борьба за долголетие. У нас в стране насчитывается наибольшее число долгожителей. Этому способствуют, прежде всего, прогрессивное законодательство о пенсионном обеспечении, бесплатная медицинская помощь, сохранение

общественной активности стариков.

Многие лица в старческом возрасте продолжают свою деятельность, обладают большим запасом энергии и сил.

Для психики старого человека вовсе не обязательны явления упадка, деградации. Об этом свидетельствуют биографии многих великих людей (И.-С. Бах, Г. Гельмгольц, Д. И. Менделеев, И. П. Павлов и др.). Д. Верди, например, написал знаменитую оперу «Фальстаф» в 80 лет, Микеланджело закончил скульптурные изображения собора святого Петра в Риме в 80 лет. Гете, Дарвин, Ньютон в старости создали гениальные произведения.

Здоровая физиологическая старость наступает постепенно, при медленном равномерном снижении жизненных функций организма. Наоборот, патологическая старость, как правило, преждевременна, наступление ее ускоряется различными болезнями.

С психотерапевтической точки зрения перевод стариков на пенсию не должен осуществляться автоматически, принудительно. Для многих требуется лишь уменьшить объем и темп работы, сократить рабочий день, облегчить режим и условия труда. Вообще пожилым рекомендуется трудиться строго ритмично, с дополнительным отдыхом, чередованием умственного и физического труда, лучше на свежем воздухе.

Отдых пожилых людей должен быть активным (прогулки, охота, рыбная ловля, физические упражнения). Необходимо регулировать сон. Более короткий сон у пожилых — это физиологическая норма, но он должен быть глубоким, спокойным. Следует ограничивать употребление возбуждающих напитков (кофе, чай, какао), полностью исключить спиртное, курение табака. 404

Важно сохранение семейных связей, пребывание в кругу близких.

В психотерапии нуждаются женщины, которые в преклонном возрасте болезненно переживают утрату своей красоты, привлекательности, что глубоко угнетает их, изменяет их характер.

Близкие должны окружить старых людей вниманием, заботой. Старые люди нередко душевно ранимы, обидчивы, повышено чувствительны. У них часто возникают идеи собственной неполноценности («я — лишний»). Но, с другой стороны, не следует злоупотреблять излишней опекой, ограничивать их деятельность, чтобы не вызвать и не зафиксировать чувство неполноценности и беспомощности.

Лицам старческого возраста могут принести большую пользу консультации и беседы с психотерапевтом.

При лечении старения как такового следует нормализовать обмен веществ, функции печени, желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы, склеротические явления. Так как у лиц пожилого возраста наблюдается выраженный недостаток витаминов, железа, кальция, рекомендуется вводить витамины группы В и микроэлементы.

#### ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Психотерапия во всех ее видах может быть применена при травматических повреждениях центральной нервной системы, последствиях травм черепа.

Основой психотерапии нервно-психических нарушений при боевых травмах, по В. Н. Мясищеву (1947), является «ортопедия отношений», то есть восстановление правильных отношений с окружающей средой, конечно, в сочетании с медикаментозной, трудовой терапией, которая приобретает также и определенное профилактическое значение. Гипнотерапия у больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы применялась И.\* И. Шогомом (1957).

Особого психотерапевтического подхода, чуткого, внимательного отношения требуют травматико-энцефало-паты с их взрывчатостью, неудержимостью, импульсивностью, психопатоподобным поведением. Правда, к последним могут быть применены и настойчивость,

405

требовательность, особенно если энцефалопатия сочетается со злоупотреблением алкоголем.

Большое значение во всех случаях имеет правильное трудоустройство таких больных.

Патогенетическим методом лечения истерических симптомов (висцеральных, двигательных и др.) является метод, который активизирует отстающую функцию второй сигнальной системы и процесс активного внутреннего торможения. Из этого вытекает, что основное внимание должно уделяться соответственно построенной психотерапии (лечение внушением на фоне длительного, в течение 2—10 дней, гипнотического сна). Различные фобические состояния поддавались лечению гипнотическим торможением.

При лечении отдаленных последствий черепно-мозговой травмы применяют нейролептики. Так, при эксплозивности больных применяются аминазин, нейлептил, элениум; при вялости, апатии с явлениями истощения — центедрин, фенатин; при вазовегетативных синдромах — седуксен; при дисфории — седуксен, нейлептил; при депрессии — триптизол, тизерцин, седуксен, элениум.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ, ДЕПРИВАЦИЯ, ПСИХИЧЕСКОЕ ГОЛОДАНИЕ, ФРУСТРАЦИЯ

Психотерапевту приходится сталкиваться с видами расстройств, которые фактически примыкают к психопатологии обыденной жизни.

Считается, что вынужденное отсутствие эмоциональных переживаний у детей, а также у взрослых имеет большое значение в формировании многих психопатологических явлений.

Депривацией называют состояние, возникшее в результате определенных жизненных ситуаций, лишаящих субъекта возможности удовлетворить свои витальные и психические потребности. Различают аффективную, сенсорную и социальную депривации.

Аффективная депривация — состояние, появляющееся при длительном отсутствии ласки, заботы, материнского или отцовского тепла, а также при эмоциональной изоляции, например лиц, находящихся в тюрьме, лагере и пр.

Сенсорная депривация — психическое состояние, которое обусловлено недостаточностью сенсорных раздражений (у глухих, глухонемых, у лиц, находящихся в сурдокамере, и др.) Ближе к этому стоит и «госпитализм»; так, у детей, длительное время находящихся в больницах, санаториях (туберкулезных и др.), приютах, может появиться апатичность, моторная заторможенность и даже

406

задержка психического развития. Фактически это психическое голодание (*Inanitia mentis*).

Социальная депривация обусловлена слабостью социальных связей, их дисгармоничностью (безнадзорностью, педагогической или социальной запущенностью, пребыванием среди животных, но чаще всего отсутствием материнской заботы).

Фрустрация (лат. *frustratio* — неудача, крушение надежд) — болезненное восприятие человеком неосуществленных планов, замыслов, переживания, связанные с непреодолимыми или мнимыми трудностями в достижении цели.

Неадекватное поведение ребенка может быть следствием того, что мать относится к нему с недостаточной лаской или неровно: то ласково и доброжелательно, то грубо, деспотично. При этом у ребенка могут развиваться явления так называемой анаклитической депрессии — кивание головой, колики, нейродермиты и др.

Причиной изменения поведения ребенка может быть появление второго ребенка в семье, если мать больше внимания уделяет младшему. У старшего ребенка могут появиться симптомы капризности, раздражительности, аутистичности; наблюдается состояние, близкое к депривации: дети часто плачут, ревнуют мать.

Для правильного психического развития ребенка наиболее значимым является грудной возраст (6—12 мес) и далее — до 5 лет, когда никто не может заменить мать. Существует мнение, что самая хорошая мачеха и даже самое совершенное детское учреждение приносит больше вреда, чем самая плохая мать (хотя, конечно, это и не всегда так). Иногда при насильственном разлучении ребенка с матерью могут появиться фазы «протеста», «отчаяния», «вынужденного примирения». Дети, разлученные с матерью, впоследствии могут стать равнодушными к людям, а по мнению некоторых авторов — жестокими, мстительными, аффективно бесчувственными и пр.

Патологическое поведение детей может быть вызвано и тем обстоятельством, что родители в силу занимаемого ими в обществе высокого положения слишком заняты. Такие дети за рубежом названы «кронпринцами» (M. Kos-Sramota); они часто лишены родительской ласки, так как родители заняты, кроме того, часть из них изолирована от сверстников «плебейского происхождения». В поведении детей проявляются патологические черты характера; они невротизируются, у них появляются депрессивные синдромы.

При психотерапии депривации, госпитализма, фрустраций необходимо прежде всего урегулировать всех жизненных ситуаций, которые их породили. При этом врачу, конечно, следует помнить, что не всякая разлука с матерью приводит к серьезным эмоциональным нарушениям у ребенка; с другой стороны, не всякая семья лучше благоустроенного приюта. Кроме того, не все расстройства личности у взрослых вызваны недостатком материнской ласки и заботы.



в грудном возрасте; не у всех детей, воспитывающихся в приютах, наблюдаются нарушения интерперсональных отношений (вспомним блестящие результаты «перековки» личности, описанные А. С. Макаренко).

Если у ребенка уже имеются психические отклонения, можно применить внушение наяву, желательно в сочетании с психофармакологическими средствами.

Патологические формы поведения у детей. Выделяют такие патологические синдромы: а) реакции тревоги (фобии)—боязнь темноты, грозы и пр, являющиеся следствием запугивания детей родителями, наблюдается у внебрачных детей, у детей, родители которых ссорятся, злоупотребляют спиртными напитками, разошлись; б) синдром навязчивости — порождается уродливым воспитанием, чрезмерной строгостью, «дрессировкой», подавляющей детскую активность

У детей легко возникают реактивные расстройства настроения по депрессивному типу, связанные с замечаниями близких людей, порицаниями педагогов, незаслуженными плохими отметками и пр.

Суицидальные мысли и поступки чаще всего наблюдаются у детей и подростков в возрасте 10—14 и 15—19 лет, в разрушенных семьях; при этом у девочек суицидальные мысли и поступки чаще наблюдаются при неврозах, а у мальчиков — при психозах.

Такая черта характера, как лживость, может наблюдаться уже с 4 лет, особенно у детей со склонностью к фантазированию. Вначале лживость связана с хвастовством; иногда причиной лживости может быть страх перед наказанием, стремление получить ту или иную выгоду. Причинами воровства могут быть как социально-экономические факторы, так и патологические явления — расстройства влечений (клептомания), при которой украденное никогда не используется в корыстных целях. Наблюдается и так называемое престижное воровство, когда подросток стремится этим поднять свой авторитет; «великодушное воровство» — кража, вызванная стремлением преподнести подарок любимому человеку.

Все эти расстройства поведения требуют мероприятий как воспитательного, так и психотерапевтического характера. Если те или иные патологические явления возникают на основе соматических нарушений, то лечение должно быть направлено и на основное заболевание.

Гипнотическое внушение как лечебный метод в практике детского отделения психоневрологической больницы с успехом может быть применено, во-первых, для усиления естественного сна и, во-вторых,— при различных невротических состояниях для вызывания охранительного торможения, ведущего к восстановлению равновесия нервных процессов.

Этот лечебный метод с успехом применялся у детей при: 1) истерических реакциях (астазия-абазия, афонии, слепота, припадки); 2) реактивных состояниях (ипохондрические синдромы, навязчивые состояния с фобиями); 3) зафиксированных невротических реакций в виде малосимптомных расстройств — тики лицевых мышц, заикание, энурез, рвота (Л. Н. Гелина и др.).

В. Гуськов и И. Ф. Мягков с успехом применяли психотерапию при неврозах у детей (афонии, заикание, неукротимая рвота, икота, анорексия и др.). Наиболее эффективным оказался метод внушения в гипнотическом

408

состоянии в сочетании с внушением в состоянии бодрствования и рациональной психотерапией. Аутопсихотерапию детям не применяли из-за «возможного развития легкого аутогипноза».

Периодические рвоты, которые часто наблюдаются в детском возрасте и в основе которых лежит циклически возникающее угнетение углеводного обмена, связанное с появлением в крови и тканях кетоновых тел, ацетона, Б. Ф. Тищенко рекомендует лечить комплексно: психотерапия (разъяснительная), голодная диета (от нескольких дней до двух недель); а также медикаментозная терапия — глюкоза, аскорбиновая кислота, антибиотики, психофармакологические средства, клизмы, теплые ванны, активный режим и др.

Гипнотерапия дает хорошие результаты также и при навязчивых состояниях в виде фобий, двигательных нарушений у лабильных, внушаемых личностей, хотя проявления болезни, в особенности фобии, часто не исчезают окончательно.

Психотерапия применима и при шизофрении в детском и подростковом возрасте (Е. С. Гребельская).

Что касается общего лечения детских невротических расстройств, то врач должен прежде всего исходить из анализа причин и условий их развития.

Лечение неврозов в детском и подростковом возрасте, по Г. Н. Пивоваровой и Т. П. Симеон,

должно проводиться разными путями. Так, если в картине болезни преобладает тенденция к охранительному торможению (астено-депрессивные состояния), применяется лечебный сон (медикаментозный, электросон, условнорефлекторный). Когда преобладают истерические явления и расторможенное поведение, с успехом проводится психотерапия.

Большое значение имеет создание для ребенка соответствующего режима, устранение различных раздражений, способствующих возникновению и фиксации невротических расстройств.

Важно помнить, что изменение режима и другие мероприятия, даже воспитательного характера, лучше осуществлять незаметно для ребенка, чтобы не зафиксировать его внимания на нервном явлении и условиях его развития.

409

В первый год жизни ребенка лучше вовсе не проводить нарочитых опытов воспитания. Обычно такое нарочитое ускорение психического развития приносит только вред. Многие «нервные дети» обычно сами развиваются быстро и часто подобны хилым растениям, которые дают ранние, но хилые и жалкие цветы.

Воспитание детей более старшего возраста представляет известные трудности. Прежде всего, необходимо оберегать детей от сильного возбуждения и душевных потрясений. Но нельзя, конечно, впасть в другую крайность и бояться вообще всех-сильных и глубоких душевных переживаний. Наоборот, воспитатель должен пользоваться этими переживаниями, чтобы закалить ребенка и научить его владеть собой.

Трудными для воспитания являются дети в возрасте от 12 до 14—15 лет, характеризующиеся усилением волевых процессов. В этом возрасте дети совершают иногда весьма «решительные» поступки. Их действия основаны на еще незрелых детских концепциях; своеобразно проявляется ребяческий героизм (сказочные подвиги, решимость предпринять отдаленное путешествие, побег и т. п.).

Аффективная жизнь невротических детей обычно протекает очень бурно. Наиболее действенным средством воспитания является внимательное наблюдение за ребенком, быстрое и энергичное торможение проявившегося нежелательного аффекта в самом его начале, пока он не получил полного развития. «Воспитатель должен уловить самые первые признаки наступающего аффекта и быстро принять меры, чтобы возможно скорее чем-нибудь отвлечь ребенка. Какое множество прискорбных сцен может избежать, например, разумная мать, если она умеет или какой-нибудь внезапной шуткой, или каким-нибудь интересным занятием в самом начале предотвратить надвигающуюся грозу» (Н. И. Красногорский).

Поведение близких должно быть ровным, спокойным, без всякой нервозности, тревоги, преувеличенных забот и проявлений жалости к ребенку.

Так как у ребенка еще не очень развито логическое мышление, а преобладает конкретное мышление, убеждение, апелляция к его сознанию будет малоэффективной. Полезно привести соответствующий пример, кото-

410

рый поразит воображение ребенка, иногда можно прибегнуть к быстрым и решительным внушениям в императивном тоне.

Вообще психотерапия детской нервности — это психотерапия в состоянии бодрствования, убеждения наяву.

Конечно, применение различных видов психотерапии возможно лишь при условии соответственно организованной лечебно-педагогической системы воздействия на ребенка со стороны педагогов, родителей и коллектива (В. П. Кудрявцева).

Самое важное в психотерапии детей — установить контакт с ребенком. Однако зачастую это бывает затруднительно, особенно у дошкольников и детей переходного возраста.

В детском отделении психотерапевтическое воздействие должно быть направлено в первую очередь на воспитание у детей сознательной дисциплины, общественных интересов и навыков, на развитие у них высоких человеческих качеств — дружбы, товарищества, взаимопомощи и др.

Задача врача и педагога — восстановление нарушенного социального контакта, пробуждение общественных чувств и, наконец, включение ребенка в коллектив (А. А. Сметанина).

Психиатр и педагог всегда должны иметь в виду замкнутость больных детей, их отгороженность от внешнего реального мира, негативизм, эгоцентризм, неумение и нежелание считаться с интересами окружающих, преобладание личных интересов, боязнь общества, тревожность и неуверенность в себе, неумение найти свое место в коллективе, мучительное чувство собственной неполноценности и пр.

Врач и педагог обязаны всесторонне изучить больного ребенка, познакомиться с условиями его быта, особенностями характера, интересами, запросами.

Подход к больным детям всегда должен быть сугубо индивидуальным. И, конечно, необходимо применение не только методов охранительной терапии, но, если это показано, и методов стимуляции.

В целях предупреждения рецидива болезни и приспособления к жизненным условиям излеченный ребенок должен длительное время оставаться под наблюдением специалистов психоневрологического диспансера.

• 411

Заслуживает внимания методика для лечения и исправления поведения подростков, предложенная В. August (1960). Эффективным оказалось создание «психотерапевтического климата» (профессиональное обучение, групповая терапия, школьные занятия, открытые палаты, элементы самоуправления).

В заключение коснемся еще одного вопроса. В настоящее время большинство специалистов соглашаются с тем, что лечение внушением в гипнозе малолетних вообще не причиняет никакого вреда организму ребенка (Л. Д. Штейнберг, С. М. Левин и др.). В то же время значительная быстрота смены динамического стереотипа и высокая пластичность психической деятельности ребенка говорят о том, что в большинстве случаев можно обойтись и без гипнотического воздействия или в крайнем случае применить внушение наяву, в состоянии бодрствования.

Но часто озабоченные родители приходят к врачу и просят помочь им в воспитании ребенка и даже применить гипноз. В большинстве случаев речь идет о детях, у которых отмечают: 1) непослушание, упрямство, 2) повышенное стремление к движению, 3) непостоянство внимания, 4) боязливость, 5) недостаточная устойчивость усвоенных функций, 6) плохая память, 7) недостаточное приспособление к внешней среде, 8) стремление к путешествиям (дромомания) и пр.

В нашу задачу не входит подробно останавливаться на причинах этих расстройств. Укажем лишь, что они могут быть следствием или проявлением того или иного невроза, слабого или сильного неуравновешенного типа высшей нервной деятельности, последствием психозов, перенесенной в прошлом нейроинфекции (энцефалит, менингит и др.), а также, возможно, результатом неправильного воспитания.

Что касается коррекции и лечения этих состояний, то успеха можно ожидать лишь в том случае, если одновременно обращено достаточное внимание и на правильное воспитание ребенка, и, если нужно, на общее лечение его.

С другой стороны, есть немало энтузиастов, которые считают возможным использовать гипноз для воспитания детей.

Такие попытки уже делались: некоторые гипнологи стремились помогать воспитателям в устранении тех или иных привычек и даже в исправлении аморального поведения воспитуемых. В

произведении

412

В. Я. Шишкова «Странники» описаны сеансы гипноза, которые психиатр проводил с беспризорными детьми, хулиганами, озорниками, ворами. Действительно, после нескольких сеансов гипноза хулиганы «заметно присмирели, стали с интересом заниматься учебой, не дерзили старшим», но уже с четвертого сеанса «как с цепи сорвались: стали непослушны, нахальны, били мальчиков и девочек». В конце концов, семь человек из десяти, подвергавшихся воздействию гипноза, ночью убежали, украв одеяла, ножи, вилки, часы и пр.

В этом рассказе правильно подмечено, что применение гипноза для ликвидации хулиганства, воровства и других аморальных поступков бесполезно.

Можно сказать, что при правильном воспитании заведомо нервных детей, которые перенесли те или иные болезни, гипнотическое воздействие в большинстве случаев излишне. К гипнотерапии или иному психотерапевтическому воздействию нужно прибегать лишь в отдельных случаях, например, когда у детей выражены те или иные дурные привычки и влечения, как-то: кусание ногтей, расчесывание кожи, выдергивание волос и т. п.

Но и здесь надо оговориться, что не следует придавать слишком большого значения одному симптому, переоценивать его, так как в действительности он может быть только симптомом какого-либо общего расстройства нервной системы. Необходимо определить основное расстройство. Чаще всего у детей симптоматика подобного рода бесследно исчезает без всякого вмешательства при правильном воспитании, а вернее, в результате психагогики.

Для оздоровления нервно-психической сферы детей необходимо ознакомление родителей, медико-педагогического персонала детских учреждений, широких масс населения с профилактикой невротических состояний и с психотерапией при них (Н. Т. Вешапели, 1958).

Таким образом, задача психотерапии детей и подростков заключается не только в ликвидации тех или иных болезненных симптомов, но и в создании благоприятных условий среды, реадaptации и ресoциализации.

Виды психотерапии (индивидуальную, коллективную, психотерапию наяву, самовнушение, косвенное внушение, аутогенную тренировку, наркопсихотерапию, гипнотерапию и др.) следует строго индивидуализировать, учитывая не только клиническую картину, но и возраст.

В частности, коллективную и групповую психотерапию детей младшего возраста рекомендуется проводить

413

в виде игровых и музыкальных занятий в специализированных яслях, детских садах, логопедических полустационарах (В. А. Гиляровский, Н. А. Власова, Е. Ф. Рау, Э. Н. Герценштейн, В. Е. Рожнов и Б. З. Драпкин). Детям и подросткам, страдающим неврозами и невротоподобными состояниями, показан седативный или активирующий, дозированный режим, сочетающийся с трудо-и культтерапией.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В силу того что кора больших полушарий является главным регулятором всей работы человеческого организма, путем словесного внушения в гипнозе можно воздействовать на психогенно обусловленные вегетативно-висцеральные нарушения через кортикальные и инфракортикальные области, то есть на болезненные нарушения внутренних органов.

Врач любой специальности встречается с болезненными нарушениями, связанными с психогенными моментами, причем на первый план могут выступать вегетативно-висцеральные расстройства в виде так называемых вегетативных неврозов или более тяжелые соматические заболевания, поражающие сердечно-сосудистую систему, органы кроветворения, дыхательный аппарат, пищеварительный тракт и пр.

Врач, опирающийся в своей практической деятельности на позиции нервизма, как правило, задает себе вопрос, с какими изменениями нервной деятельности могут быть связаны у больного соматические нарушения, какие патогенетические нервные механизмы лежат в их основе, задумывается над тем, какие «психогенные факторы» необходимо учесть в этиологии и патогенезе данного заболевания, какую роль они здесь играют, являются ли они основными и ведущими или лишь содействующими возникновению этого заболевания или утяжеляющими его течение. А отсюда естественно и необходимо возникает вопрос об устранении этих факторов и вместе с тем о включении в программу лечения психотерапии в самом широком смысле.

Прежде чем перейти непосредственно к специальной психотерапии различных соматических и нервно-психи-

414

ческих заболеваний, мы хотим убедить молодых психотерапевтов никогда не проявлять излишней поспешности в применении гипноза, не гипнотизировать *larga manu* там, где могут помочь иные, менее сложные процедуры.

Душевое состояние обращающегося к нам больного нередко бывает очень тяжелым. Больной надеется на исцеление, и, действительно, на большинство невротиков хорошее действие оказывает обычная беседа с врачом.

Обычно прежде чем попасть к врачу-психиатру, почти все без исключения больные в течение ряда лет мучают себя страшными предположениями, ипохондрическими мыслями о будущем, самообвинениями, граничащими с самоистязанием. Многие больные скрывают все это от окружающих и даже от врачей, специальностью которых не являются душевные болезни, ибо собственные представления и настроения кажутся больным исключительными, они осуждают себя морально и боятся осуждения со стороны окружающих, опасаются, чтобы их не приняли за настоящих душевнобольных.

И уже после первого посещения врача, сумевшего установить контакт с больным, многие больные, откровенно высказав все, что их волнует, уходят освобожденными, облегченными, прежде чем врач успеет предпринять какие-либо лечебные меры. Уже одно сознание больного, что он, наконец, встретил заботливое внимание и понимание его переживаний, приводит к уменьшению внутренней напряженности. Поэтому далеко не безразлична манера, с которой врач

говорит и выслушивает больного, все поведение врача при первой встрече с больным.

Для того чтобы больной доверил врачу свои самые сокровенные мысли, вовсе не нужно выпытывать их у него. Необходимо лишь внушить уверенность больному, что каждое сообщение принимается с полным пониманием. При этом больной часто не только делится своими переживаниями, в которых доселе боялся признаться даже самому себе, но и начинает видеть их в другом, менее мрачном освещении, они становятся для него более понятными, лишенными исключительности и т. п.

В некоторых более тяжелых случаях больные пытаются утаить свои ипохондрические переживания отчасти из боязни показаться жалкими или смешными, отчасти из-за тайного опасения, что врач может принять все всерьез, согласиться с ними и подтвердить безнадежность заболевания. Нужен определенный опыт, чтобы по поведению больного, по его тону и даже по паузам в его высказываниях заключить, что он говорит не все. Очень важно запастись терпением, ждать, проявить деликатность, не задавая больному резких и подчас травмирующих вопросов. Необходимо предупредить больного, что помощь невозможна, если врач не знает всех причин нынешнего состояния, в особенности душевного.

Однако психотерапевт должен помнить также, что не все больные удовлетворяются внушаемым врачом успокоением. Встречаются такие больные, для которых камни в печени являются темой, на которую они могут говорить очень долго и при любой возможности. Здесь болезнь является чем-то повышающим самооценку.

415

Выше уже было указано, что психотерапевтическими факторами являются внешняя среда, правильная организация работы медицинского учреждения, щадящий режим. Хорошо известно, к каким отрицательным результатам может привести игнорирование влияния внешних факторов на любого соматического больного.

Первым психотерапевтом для больного является его лечащий врач любой специальности — терапевт, хирург, акушер-гинеколог и др. Однако применение психотерапии как метода лечения требует специальных знаний и подготовки. В связи с этим возникает вопрос о совместной работе врача-психиатра, психотерапевта с врачами других специальностей.

Все наши болезни имеют свое начало, течение и исход, которые зависят от индивидуума и различных факторов. Как уже говорилось, течение болезни, условия жизни до заболевания, начальные симптомы болезни, поступление в стационар, период исследования и установления диагноза, применение различных способов лечения, его эффективность, выписка из стационара, инвалидизация, трудоустройство, последующее амбулаторное лечение — все это должно быть в поле зрения психотерапевта. К. А. Скворцов (1956) говорит, что психотерапия «должна идти неразрывно с соматическим лечением, иногда меняясь местами».

Какие же категории соматических больных нуждаются в помощи психотерапевта? Прежде всего, больные гипертонической болезнью, язвенной болезнью, пароксизмальной тахикардией, ишемической болезнью сердца, а также страдающие «необъяснимыми» рвотами, спазмами, бессонницей и т. п., а также «трудные» для врачей-соматиков ипохондрики, невротики, больные с суицидальными мыслями и поступками, депрессией, наркоманы, травматик и др.

Указанных больных психотерапевт должен самым тщательным образом всесторонне обследовать, совместно с лечащим врачом наметить программу действий, обсудить этапность лечения и, главное, организационные мероприятия; если нужно, обеспечить особый надзор за больным, индивидуальный пост, перевести с верхнего этажа на нижний п. т. д. (И. Г. Равкин).

Разумеется, психотерапия соматических больных должна быть индивидуальной, но психотерапевтические собеседования, а иногда и сеансы гипноза могут проводиться с группой больных (коллективная психотерапия). При этом врач может использовать внушаемость больных и индукцию.

Следовательно, при психотерапии соматических больных важным является учет возможных патологических личностных реакций.

416

По Л. Л. Рохлину, имеются такие варианты личностных реакций на болезнь: 1) депрессивно-астеническая, 2) тревожно-фобическая, 3) истерическая, 4) ипохондрическая, 5) эйфорически-анозогнозическая. При первых четырех имеется гиперболически-пессимистическая, патологически-эмотивная оценка своего заболевания, а при последней — патологически беспечное, пренебрежительное отношение к своей болезни.

Хирургия

Еще со времени J. Braid известно применение гипноза, основанное на том, что при нем обнаруживаются явления анестезии и анальгезии.

В литературе сообщалось о выполнении различных операций, при которых вместо наркоза был применен гипнотический сон.

Уже в начале XIX в. Resamire и Clocke производили операции больным, погруженным в гипносон.

В 1843 г. Elliot произвел более 300 хирургических операций, применяя для усыпления гипноз.

Лишь недавно А. Т. Пшоник (лаборатория К. М. Быкова) доказал специфическую роль коры мозга в формировании болевой кожной рецепции у человека: условный рефлекс оказывается способным снять реакцию на безусловный раздражитель.

А. П. Николаев с успехом пользовался гипнозом при хирургическом вмешательстве по поводу аденоидов. Многочисленные операции с усыплением больных гипнозом сделали В. П. Черяпкин, В. Н. Константинов и другие (грыжесечение, удаление червеобразного отростка и др.).

В литературе имеются упоминания о хороших результатах, полученных при психотерапии (гипнозе) после операции по поводу кардиоспазма (А. И. Кабановский,

А. А. Чернявский).

Психотерапией (самовнушение) в сочетании с физиотерапией показана при шейном остеохондрозе (Н. И. Спиридонов).

Словесное внушение в гипнозе при хирургических отори-ноларингологических, урологических вмешательствах применяли К. И. Платонов, М. В. Шац, Я. А. Тер-Овакимов, П. Л. Щеглов, Г. А. Морозов, Н. Ф. Лежнев, И. В. Гольдфарб, Н. Н. Парамонов, С. Д. Шварцман, И. С. Мастабаум, Г. М. Гуревич, Н. Н. Петров, Р. П. Герке, Г. Д. Скринник и В. М. Бенедик, М. М. Бейлькин, В. А. Лукина и др.

Необходимо отметить, что словесное внушение перед операцией, когда необходимо добиться обезболивания

14 739

417

f

операционного поля, должно быть особенно точным. Психотерапевт должен строго определить достаточно широкую операционную зону, рассказать больному о всех болезненных явлениях, которые возможны в ходе данной операции, и внушить, что их не будет.

Важно правильно диагностировать глубину гипнотического состояния, при этом показателями глубины гипноза являются каталепсия и анестезия.

Следует отметить, что гипносуггестия может принести большую пользу при неоперабельных формах злокачественных новообразований: гипноз может явиться весьма действенным методом успокоения психики, устранения навязчивых мыслей о самоубийстве и пр.

Наконец, гипноз эффективен при мучительных па-рестезиях, например после оперативного лечения мочевого пузыря, уретры, после лапаротомий (Т. Salman), а также при фантомных болях.

Известно, что больные после тотальной резекции желудка по поводу рака кардиального отрезка, а отчасти и больные с анацидным гастритом нередко страдают выраженными расстройствами настроения, раздражительностью, ипохондричностью, канцерофобией. В таких случаях В. Е. Рожнов и Г. Ф. Маркова применяли гипнотерапию. При анацидном гастрите в большинстве случаев психотерапия давала стойкий эффект. Особенно показана гипнотерапия при нарушениях сна у этих больных.

П. М. Зиновьев считает, что психотерапия наиболее показана при заболеваниях, обусловленных чрезмерной лабильностью вегетативной нервной системы. Психотерапия с успехом была им применена даже в случае хронического сепсиса, осложнившегося невротическим спазмом пищевода, а также при базедовой болезни.

При хронических болевых синдромах, поддающихся психотерапии, П. М. Зиновьев отмечает случаи, когда! 1) в больном органе поддерживаются условия, вызывающие боль и 2) физическая причина боли уже ликвидирована, но сохранился условный рефлекс, «привычка» к ощущению боли; именно при этой второй группе, психотерапия является наиболее целесообразной.

Разумеется, в широком понимании психотерапевтическое воздействие оказывается целесообразным при любом заболевании. Кому из хирургов не известна важней»

418

щр роль состояния психики больного в предоперационный период (С. М. Берг)? Очень многие больные, у которых ярко выражен пассивно-оборонительный рефлекс («боязливые», «трусливые»), не соглашаются на операцию под местной анестезией. Для некоторых больных

операция под местной анестезией может оказаться серьезной психической травмой, часто более серьезной, чем само хирургическое заболевание.

Многие больные с тревожно-мнительным характером, невротики со страхом идут на операцию, боятся боли. Подготовка к операции может вызвать функциональную травму коры больших полушарий -и даже срыв высшей нервной деятельности.

Если к этому добавить непрерывный поток отрицательных сигналов из внешней среды, которые воспринимает больной, то это еще более усугубляет его напряженное нервное состояние. Находясь в общей палате, больные осведомлены о случаях неблагоприятных исходов операций у других больных, видят больных в постнаркотическом состоянии, слышат стоны, видят промокшие кровью повязки, наблюдают различные манипуляции (уколы, переливания крови и пр.), иногда даже бывают свидетелями летального исхода. «Все это,— отмечает А. А. Бусалов (1951),— создает обстановку, способствующую развитию, мы бы сказали, своеобразного предоперационного функционального невроза с перенапряжением коры мозга».

Больные и после благополучной операции могут испытывать боли в области операционной раны, часто у них наблюдается кашель, тахикардия, метеоризм, напряжение брюшного пресса, невозможность дышать полной грудью, потливость, иногда воспаление в области операционной раны. Из зоны повреждения идет непрерывный поток патологических импульсов, истощая и перегружая кору головного мозга, вызывая в ней явления запредельного торможения, нередко срыв высшей нервной деятельности и нарушение работы ряда органов и систем.

В настоящее время многие психиатры во избежание неприятных осложнений с успехом применяют психофармакологические средства, литические смеси.

Из организационных мер весьма важно рациональное размещение больных в палатах.

14\*

419

Совершенно справедливо ставится вопрос о психопрофилактике, психотерапии и деонтологии в кардиохирургических и реанимационных отделениях (Э. М. Курлеутов, Э. М. Курлеутов и А. Т. Филатов, К. Н. Калиткин).

К сожалению, иногда хирурги, целиком поглощенные одним стремлением—выработать «технику ножа», воспитать в себе непоколебимое хладнокровие, забывают о необходимости ободрить больного, сказать ему несколько ласковых слов, побеседовать просто и не о предстоящей операции, а на отвлеченную тему — о занятиях, семье, будущем больного.

Конечно, хирургу необходимы знания и блестящая техника, но не менее важны нравственные качества, доброта, умение разобраться в психологии больного. Лишь добрым советом, ласковым словом, терпением или мягкой настойчивостью, ясным изложением своего мнения о ходе болезни врач произведет действительно магическое действие на больного.

Врачу не следует оставлять больного в кабинете и удаляться для разговора о предстоящей операции с членами семьи. Р. Лериш говорит, что это прекрасный способ вызвать у больного тревогу.

Внутренние болезни

Внушение в гипнозе, а также другие виды психотерапии с успехом могут быть применены при кортико-висцеральных синдромах, в частности при неврозах сердца (кардиалгии, френокардии, аритмии-экстрасистолии) и стенокардии. Конечно, психотерапия при кардиалгиях не исключает применения специального лечения (медикаментозного, курортного, физическими методами).

В случае выраженного эгоцентризма необходимо путем внушения добиться перестройки психики больного в сторону социальных интересов, что отвлечет его от постоянного анализа малейших ощущений в области сердца. Френокардия, которую кардиологи связывают с половой неудовлетворенностью, поддается психотерапевтическому воздействию, конечно, при одновременном регулировании половой жизни.

Аритмия, особенно пароксизмальная (экстрасистолическая), тахикардия со своеобразной картиной кортико-висцерального (двигательного) кардионевроза, другие

420

кортико-висцеральные симптомы (частые позывы к дефекации и мочеиспусканию — поллакиурия или *urina'spas-tica*, поносы, отрыжка) вполне поддаются гипнотерапии. Приведем случай из нашей практики.

Больная К., 28 лет, учительница, жалуется на внезапные «уколы в области сердца», сердцебиение, головокружение, доходящее до обмороков, бессонницу. Приступ заканчивается внезапно. Болеет в течение пяти лет. Заболевание началось после разлада в семье: муж оставил ее с ребенком. В день отъезда мужа у нее появился «сердечный приступ». С этого времени считает себя больной.

Через год опытные врачи-терапевты определили «пароксизмальную тахикардию». Действительно, во время приступа "число сердечных сокращений доходит до 250, пульс нитевидный. Приступы чаще всего появляются после волнений, а иногда после физического напряжения.

Больная вспыльчива, раздражительна, очень впечатлительна, долго не может забыть оскорбление, обиду.

Со стороны центральной нервной системы отмечаются явления вегетоневроза: потливость, большая игра зрачков, резкий красный дермографизм, высокие, равномерные сухожильные рефлексы, легкий тремор пальцев вытянутых рук

Лечение комплексное: медикаментозное (малые дозы хинидина — по 0,1 три раза в день), физиотерапия (хвойные ванны), бромиды, а также внушение в гипнозе (10 сеансов по два в неделю).. Внушение было направлено на общее успокоение нервной системы. Больную убеждали в том, что у нее никогда не будет приступов после волнений, утомления, что она не должна ждать их и испытывать страх перед ними.

К концу второго месяца лечения приступы пароксизмальной тахикардии полностью исчезли и в течение более чем трехлетнего наблюдения не появлялись.

Известно, что в этиологии невроза желудка первостепенное значение имеют психические факторы: тяжелые переживания, личные конфликты, сексуальные расстройства, расстройства нервно-эндокринной системы, некоторые органические заболевания. Больные предъявляют чрезвычайно разнообразные жалобы, детализируют свои ощущения. В большинстве случаев наблюдается несоответствие между жалобами больных и объективными данными.

При этих расстройствах наряду с мероприятиями общего характера, направленными на укрепление нервной системы (водолечение, отдых в санаторной обстановке, физическая культура, легкие спортивные упражнения, туризм, специальное лечение нервной системы, диетический режим, соответствующие медикаменты), необходимо устранение личных конфликтов, отрицательных эмоций

421

путем применения в тяжелых зафиксированных случаях гипнотерапии.

Этиологическими факторами невроза кишечника у людей с неустойчивой нервной системой являются аффекты — резкое возбуждение, испуг, рефлекторные интестинальные влияния на кишечник, исходящие из других органов (предстательной железы, придатков женских половых органов, мочевого пузыря, прямой кишки).

Невроз кишечника чаще встречается у лиц, страдающих неврастенией. Однако заболевание развивается нередко и у людей с уравновешенной центральной нервной системой под влиянием эмоциональных переживаний, глубокого личного конфликта, срыва высшей нервной деятельности.

Симптомы невроза кишечника весьма разнообразны и изменчивы: урчание в животе, резкие позывы на низ в связи с волнением, жидкий стул, иногда запоры, слабые колики.

Лечение должно быть направлено на регулирование образа жизни с чередованием умственного и физического труда, рекомендуются занятия спортом, разумный летний отдых. Необходимо устранение половых расстройств и излишеств. Кроме того, показаны диетотерапия и медикаментозное лечение. В упорных случаях прибегают к гипнозу.

Положительные результаты дает применение гипноза при лечении бронхиальной астмы, при которой наблюдаются нарушения кортико-висцеральных взаимоотношений (П. К. Булатов, К. А. Скворцов, П. И. Буль, К. И. Платонов, М. В. Черноуцкий, Б. М. Белоус, Ю. П. Фролов и др.).

Следующая история болезни может иллюстрировать вышесказанное^.

Больная Н., 48 лет, страдает астмой около 2 лет. Впервые во время общего собрания в клубе, где было очень душно, появился приступ удушья. Пароксизмы астмы стали возникать периодически один-два раза в месяц, а позже через 3—5 дней. Предписанные терапевтами лекарства (эфедрин, адреналин, келлин), принесли некоторое облегчение. Позже эти средства не оказывали действия.

Больная отличается эмоциональной возбудимостью. Несколько депримирована. Плохо спит. Ночью часто задыхается, встает и открывает окно, чтобы «подышать свежим воздухом».

Лечение внушением в гипнозе (6 сеансов) улучшило состояние больной; приступы удушья стали реже, налачился сон. В данном

422

случае гипносуггестивная терапия была дополнена противоастматическим средством (келлатрин или бенекардин), которое само по себе ранее эффекта не давало.



Имеются данные об успешном применении гипноза при гипертонической болезни. О возможности воздействовать словом на сердечно-сосудистую систему и артериальное давление указывали В. М. Бехтерев, В. Я. Данилевский, а позже К. И. Платонов, А. Г. Иванов-Смоленский, К. А. Скворцов, А. Я. Креймер, Е. С. Авербух, М. Я. Ходае, М. С. Лебединский и Л. Н. Голдман, А. С. Ефимов, А. М. Ветцнер, А. Г. Калапин, А. Lane и А. Ruskin, M. Shapiro, M. Rosenbaum и др.

Психотерапия при гипертонической болезни основана на использовании повышенной внушаемости с целью ослабления или устранения отрицательных эмоций, тягостных симптомов, углубления и продления физиологического сна как защитной реакции организма, создание бодрого настроения, спокойствия, уверенности в эффективности лечения и возможности выздоровления.

Есть также работы, свидетельствующие об успешном применении психотерапии при гипотониях (В. Т. Зайцева и др.).

Считают, что среди этиологических факторов развития тиреотоксикоза одно из центральных мест занимает психогения, психотравматизм (М. И. Кашпур и др.). Теперь выделяют еще так называемые эмоциональные тиреотоксикозы с типичными клиническими явлениями.

Эффективным методом лечения эмоциогенных тиреотоксикозов является психотерапия. Методика, по М. И. Кашпур, заключается в определении в процессе анамнестической беседы факторов, травмирующих психику, разъяснительном словесном внушении в состоянии бодрствования или внушенной дремоты с последующим длительным отдыхом во внушенном сне.

В последние годы появились работы по применению психотерапии при диабете (А. А. Мартыненко), заболеваниях печени и желчевыводящих путей — холециститах, ангиохолиазах (Е. Н. Ревенко, Л. И. Завилянская), язвенной болезни, колитах (И. М. Перекрестов, Р. И. Перекрестов, Я. М. Мушер, М. А. Мелькумова, И. М. Виш и др.).

423

Некоторые авторы (Н. Bernheim) с успехом применяли гипноз при ревматизме. Гипнотерапия особенно показана при ревматических болях.

В отношении туберкулеза акад Ф. Г. Яновский (1929) высказал в свое время блестящую мысль. «В области туберкулеза,— писал он,— идет теперь бурная работа по изучению всех сторон его... и лишь одно остается как бы в стороне от разработки — это изучение психики туберкулезного. А, между тем, именно при этой болезни она оказывает такое могучее влияние и на соматические стороны заболевания».

Вообще патология нервной системы при туберкулезе характеризуется такими же особенностями, как и при других токсемиях. Туберкулезный токсин, циркулирующий в крови, конечно, влияет как на кору больших полушарий, так и на подкорку, вызывая более или менее сложные невротические, психопатические, а может быть, и психотические состояния. Н. И. Алфеевский (1912) считает, что туберкулезный токсин — яд преимущественно нервной.

Е. Краерелин перечисляет следующие черты психики больного туберкулезом: раздражительность, подавленность, чувствительность, резко выраженный эгоизм, ревность, половое возбуждение. М. Boss' также упоминает о болезненном эгоизме, склонности к ипохондрическим жалобам, недоверии к окружающим, повышенной внушаемости.

Другие авторы отмечают частые смены настроений (от крайней депрессии до эйфории), утомляемость, вялость, истошаемость, эгоцентризм, мнительность и т. п.

Считают, что температурная эйфория, работоспособность при повышенной температуре тела иногда давали возможность многим писателям, мыслителям, композиторам особенно ярко проявить свой талант. При этом имеют в виду Чехова, Белинского, Шатобриана, Жорж Санд, Канта, Спинозу, Надсона, Шопена, Шуберта, Моцарта, у которых яркая образность, ясность мысли и глубина чувств были особенно обострены в субкомпенсаторной стадии болезненного процесса.

Больной туберкулезом — это часто труженик, преданный своему делу; он способен к творчеству, обладает живым интересом к окружающей действительности, причем нередко отличается аффективной устойчивостью, уравновешенностью.

У больного туберкулезом может наблюдаться фиксация внимания на своей болезни, «сдвиг мышления в сторону эмоционального и аутистического, застой и наплывы мыслей, интерпретации, оскудение интересов и инициативы» (К. А. Скворцов). Но все это, очевидно,

424

зависит не столько от туберкулезной интоксикации вообще, сколько от типа высшей нервной деятельности, длительности болезни, тяжести формы и других факторов.

Сейчас можно считать неоспоримым, что важную роль в развитии и обострении туберкулезного процесса играют различные психические травмы; на это указывали многие отечественные и зарубежные ученые (Г. А. Захарьин, С. П. Боткин, Ф. Г. Яновский, Н. Д. Стражеско, А. Л. Самойлович, Е. В. Миртовская, С. Б. Берлин-Чертов, R. Laennec и др.).

Многие полагают, что психическая травма может даже способствовать распространению туберкулеза и переводить латентную форму в активную.

Действительно, на больных туберкулезом обычно сам факт установления болезни и объявления им диагноза действует ошеломляюще, вызывает ужас, подавленное настроение, утрату аппетита и т. п.

Все эти явления объяснимы с точки зрения теории невризмизма.

Об эффективности психотерапии туберкулеза пишут многие авторы: Н. И. Алфеевский, К. И. Платонов, Д. Я. Эпштейн, Л. И. Айхенвальд, Р. Я. Шлифер, М. Г. Файнберг, Helios и др. Н. И. Алфеевский, например, указывает, что больные туберкулезом доступны внушению и психотерапии, подчеркивает, что параллельно улучшению самочувствия может наступить заметное улучшение и в течении легочного процесса.

К больным туберкулезом можно применить убеждение, внушение наяву или в гипнотическом состоянии, однако очень хорошие результаты получаются уже от внушения в состоянии дремоты. Может оказывать благоприятное влияние на физическое состояние туберкулезных косвенное внушение.

Психотерапией можно устранить многие невротические симптомы, которые мешают укреплению вегетативного тонуса организма больных туберкулезом.

Разумеется, в связи с тем, что невротические состояния бывают различного происхождения, необходимо сначала разобраться в их причине и, уже выяснив причину, применять тот или иной метод психотерапии.

Помимо индивидуального лечения можно проводить и психотерапию коллективную, вести психотерапевтические беседы с большой группой больных, учитывая,

425

что многие больные впадают в тяжелую реактивную депрессию вплоть до попыток к самоубийству из-за ложного убеждения в неизлечимости болезни.

Больные туберкулезом должны знать о могущественном влиянии усиленного питания, чистого воздуха, о новейших специальных средствах, о значении душевного покоя. Все это способствует соблюдению соответствующего режима и лечебных назначений.

Нужно добиваться при психотерапии, чтобы больные в самых трудных условиях сохраняли бодрость духа, веру в свои силы и в выздоровление. Безусловно, нужно запретить чтение специальной литературы, рассчитанной на врачей-фтизиатров, историй болезни и других Медицинских документов. Нужно рекомендовать больным воздерживаться от бесконечных разговоров друг с другом об их симптомах, переживаниях, которые нередко утрируются и даже придумываются, но, как правило, внушаются и самовнушаются.

Больным необходимо доказать, что заболевший туберкулезом выздоровеет, если с самого начала лечения запастся терпением и мобилизует все свои силы для борьбы с болезнью.

Беседы надо хорошо готовить, проводить уверенно, в императивном тоне, что способствует повышению нервно-психического тонуса, особенно у тех больных, у которых развилось реактивное астеническое состояние. После такой психотерапии больные, до того придиричивые, требовательные, капризные, становятся уравновешенными, спокойными, у них улучшаются аппетит и сон, повышается настроение.

Внушение в первой стадии гипноза применяется, если нужно воздействовать непосредственно на более выраженные нарушения функций вегетативной системы (сон, аппетит, пищеварение, общее настроение и пр.), при невропатических состояниях, когда беседы или внушения наяву не дают должных результатов. При гипно\* тическом воздействии депрессивные и вялые до лечения больные становятся бодрыми, у них исчезают тревога, страх, появляются интерес к жизни, уравновешенность, добродушие, ослабевает повышенная и исправляется извращенная сексуальность.

Известно, что для полного излечения от туберкулеза, как и от других хронических болезней, обычно требуется

426

I

много времени и терпения со стороны больного и врача. Долг врача — рассеивать мнительность и

паническое настроение, поддерживать оптимизм, хорошее самочувствие, уверенность в возможности полного излечения, волю к борьбе с болезнью.

Фтизиатр не должен ограничиваться применением стрептомицина, ПАСК, фтивазида, тубазида, пипразин-амида, тибона, аэро-, физио- и климатотерапии, гигиено-диетического лечения, кумысолечения, пневмоторакса и других необходимых вмешательств. Он обязан положительно воздействовать на психику больного, лечить не только легкие, но и личность. Ведь одни лекарства действуют всегда слабее, чем те же лекарства совместно с внушением.

Акушерство и гинекология

Основоположителем психопрофилактики родовых болей явился И. З. Вельвовский, ученик К. И. Платонова. Массовое применение этого метода представляет собой яркий пример внедрения в акушерскую практику материалистического учения И. П. Павлова. Однако психопрофилактика не исключает использования метода гипнотерапии при родовспоможении.

Ведение родов в гипнотическом состоянии роженицы известно еще со времени А. Mesmer. Но лишь в последние десятилетия такое применение гипноза получило распространение во всех странах мира и у нас (Б. А. Токарский, А. В. Семянников, К. И. Платонов, М. Д. Шестопал, В. И. Здравомыслов, Г. В. Эдельберг, Я. М. Ка-лашник, Я. И. Калинин, А. Д. Кудашев, Г. Н. Литвиненко, К. И. Пырский, Я. Л. Шрайбер, В. Г. Божевский, П. П. Истомина, А. П. Николаев, М. И. Коганов, Ф. Ф. Сивенко, В. Г. Дик, Р. Я. Шлифер, З. А. Копиль-Левина, А. В. Цейкинская, В. П. Федоров, Г. П. Амфитеатров, Е. И. Дубников, М. С. Малиновский, К. Л. Брауде, Е. И. Кватер, Я. А. Тер-Овакимов, М. Н. Сыркин, И. М. Топчибашев, В. Ф. Матвеева, М. Я. Милославский, П. Х. Хажинский, Б. А. Козинский, Е. Г. Щербина, Д. Е. Шмундак, М. Abramson и Heron, W. Powles, W. Liptan и др.).

Издавна привыкли к тому, что родовая боль неотвратима и неизбежна. Даже после открытия обезболивающих средств признавалось недопустимым облегчать родовые боли, так как их считали нормальным физиологическим явлением и необходимым признаком нормального течения родового акта. Но большинство фактов говорило о том, что боли вообще, а родовые в част-

ности, истощают силы организма и неблагоприятно действуют на нервно-психическую сферу, поэтому ученые стали неутомимо искать безвредные способы борьбы с родовыми болями, чтобы избавить женщину от излишних страданий. Если же принять во внимание длительные волнения и страх некоторых беременных перед будущими болями, то нужно признать, что обезболивание родов — важная часть нервно-психической профилактики.

По К. И. Платонову и А. П. Николаеву, важнейшим фактором, способствующим нарушению высшей нервной деятельности, является страх перед родами, болью, страданиями и возможными осложнениями. Этот страх, более или менее выраженный, наблюдается почти у 75% беременных. Психотерапия при таком страхе, а также при связанных с ним психосоматических расстройствах (слюнотечение, рвота, слезоточивость, запоры, изжога, судороги икроножных мышц, бессонница, головокружение, тахикардия и пр.) является своеобразным психосанирующим и психопрофилактическим мероприятием.

Учитывая явно отрицательное влияние многих фармакологических анальгетиков, большинство акушеров, естественно, считают психотерапию безвредным для матери и плода обезболивающим средством (В. Ф. Снегирев, Е. Витт и др.).

Л. П. Николаев и Г. И. Чарчян с целью обезболивания родов наряду с психотерапией рекомендуют применять андаксин.

Приведем пример эффективной психотерапии беременной.

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

Вначале задача психотерапевта заключалась в том, чтобы успокоить беременную. Внушалось, что роды — это совершенно нормальный физиологический акт и он закончится так же нормально, как и у всех других женщин. В доказательство приводились данные о нормальных показателях таза, нормальной крови, мочи, нор-

428

мальной (без осложнений) беременности, хорошей компенсации и отсутствии сердечных кризов,

отеков и т. д. Такие психопрофилактические беседы проводились один раз в неделю-две. Тревога значительно уменьшилась, если не полностью исчезла. Уже непосредственно перед родами мы провели три гипнотических сеанса, во время которых внушали больной, что роды будут проходить нормально, без выраженных болей.

Действительно, роды прошли нормально и благополучно. Важно то, что, вспоминая о родах, роженица заявила: «Я была совершенно спокойна, полностью уверена в благополучном исходе родов. Знала, что я буду жить».

Siegel учитывает влияние внушения даже при медикаментозном наркозе.

Простые формулы, произносимые врачом, например: «Вы ничего не будете чувствовать»; «Можете быть уверены в том, что, как только вам будет сделано впрыскивание, вы вскоре уснете и проснетесь, когда ребенок уже родится — эффективно влияют на роженицу, устраняя боли.

Имеются сообщения о случаях, когда даже без предварительной подготовки роженицы в разгар болей удавалось прекращать их словесным воздействием (Г. С. По-стольник, 1930).

Известно, что в развитии родовых болей имеет место и психогенный фактор, а психогенные наслоения успешно устраняются суггестивным путем.

В связи с тем, что не все женщины поддаются глубокому гипнозу, некоторые авторы (например, В. Hal-lauer) стали применять способ так называемого наркогипноза, вызывая медикаментозным путем у роженицы вначале сонное состояние, в дальнейшем поддерживая и углубляя его словесным внушением\*.

Некоторые акушеры-психотерапевты усыпляли рожениц не только в период подготовки к родам, но и во время самого родового акта. При этом методе роды проходят обычно в глубоком сне, который длится у роженицы в среднем от 20 до 30 ч.

То, что такой важный момент в жизни женщины проходит мимо ее сознания, побудило некоторых авторов высказываться против применения наркогипноза и гипноза; больше того, против такого метода выступали и сами роженицы. Действительно ли необходимы наркогипноз или обычный гипноз для обезболивания? Видимо, нет. Как указывают К. И. Платонов, И. З. Вельвовский, В. В. А. Плотицер, З. А. Шогам, под влиянием внушения

429

роженница может рожать безболезненно даже в состоянии бодрствования.

Количество подготовительных сеансов зависит от внушаемости беременной: иногда требуется не менее десяти, в других же случаях можно обойтись даже без подготовки. В предварительных сеансах нет необходимости стремиться достигнуть наступления глубокого сна, так как внушения могут действовать и наяву.

Содержание внушений сводится к систематическим беседам, в которых доказывается, что родовые боли в предстоящих родах не являются обязательным спутником родового акта, что весь родовый акт, от начала до конца, пройдет совершенно без болей.

Нужно настойчиво убеждать, что весь дальнейший период беременности, роды и послеродовой период будут протекать без всяких болей и осложнений. Беседы должны быть неторопливыми, подробными и понятными, длиться приблизительно 20 мин. После внушения предоставляется отдых на 10—15 мин. Lucas (1963), проводя психотерапевтическую подготовку женщин перед родами, считает, что она больше облегчает роды, чем гипноз или спазмолитические средства.

В гипнотическом состоянии, когда достигнута вторая стадия гипноза, каталепсия и особенно амнезия, с успехом производили в случае необходимости аборт (Г. П. Амфитеатров, П. И. Буль, А. В. Дубровский, С. Г. Фрайн-берг, В. П. Федоров и др.)

Гипносуггестивные методы в родовспоможении. В своей большой практике родовспоможения В. И. Здравомыслов пользуется различными вариантами гипносуггестивного метода.

А. Обезболивание родов гипносуггестивным методом с предварительной подготовкой внушением.

1. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, проводимые в отсутствие врача-психотерапевта.

2. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, начавшиеся в присутствии врача-психотерапевта, но заканчивающиеся в его отсутствие.

3. Роды после предварительной подготовки гипнотическим внушением, проводимые в состоянии бодрствования в присутствии врача-психотерапевта.

4. Роды после предварительной подготовки внушением, проводимые в легком гипнотическом состоянии.

430

5. Роды после предварительной подготовки внушением, проводимые в глубоком гипнотическом

сне.

Б. Обезболивание родов гипносуггестивным методом без предварительной подготовки внушением (экспромтом). 1. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в глубоком внушенном сне.

2. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в легком дремотном состоянии.

3. Роды, обезболенные словесным внушением экспромтом в состоянии бодрствования роженицы при закрытых глазах.

4. Роды, обезболенные только словесным внушением экспромтом без гипнотизирования роженицы.

В. Метод «косвенного внушения действием». Вместо гипнонаркоза врач вначале применяет непосредственное словесное внушение, а потом переходит к методу «косвенного внушения действием», заключающемуся в следующем. В граммовый шприц набирают стерильную дистиллированную воду и впрыскивают по 0,1—0,2 мл в два пункта нижней части живота и в два пункта на крестце. Чтобы усилить суггестию, впрыскивание сопровождают словами: «Мы сейчас введем вам обезболивающее вещество. Во время укола вы почувствуете легкую колющую боль, потом онемее живот и поясница, вы снова задремлете и будете спокойно продолжать рожать без боли».

Такое же «внушение действием» можно произвести, смазывая кожу роженицы ваткой с эфиром или ментоловым карандашом (по Р. В. Кипарскому), вводя внутрь индифферентные вещества в виде порошков, капель, микстур или микроклизмами (по К. И. Платонову, И. Т. Цветкову, К. В. Проняевой и др.).

Интересны появившиеся в настоящее время указания на возможность путем психотерапевтического воздействия ускорить наступление родов даже при перенашивании беременности.

Гиполактация. Факты доказывают, что внушением в гипнозе можно повлиять и при гиполактации, часто являющейся своеобразным проявлением кортико-висцеральной патологии, причем имеет значение и психотравма. Гиполактацию успешно ликвидировали методами психотерапии В. Н. Здравомыслов, Н. Т. Беляева, Г. И. Винокуров, Т. М. Кравченко и Н. И. Куимова. Большой

431 эффект был достигнут при глубоком внушенном сне. Начинали лечение не ранее чем на 6—7-й день после родов. Наилучшие результаты получены у первородящих. У молодых матерей лечение проходило успешнее. После внушения родильница могла не только полностью перейти к грудному кормлению своего ребенка, но даже иногда становилась донором.

Рвота беременных. Большинство авторов рвоту беременных рассматривают как результат интоксикации организма веществами, поступающими из плодного яйца или печени, и перестройки нервной системы. Считается, что «физиологическая» рвота, наблюдаемая в первый период беременности, может быть выражением каких-либо психогенных факторов. Собственно неукротимая рвота беременных (*hyperemesis gravidarum*) может также иметь условнорефлекторный характер, вызываться условными раздражителями коры больших полушарий после сочетания с безусловными. К неукротимой рвоте обычно присоединяются общая слабость, бледность лица, усиленное выделение пота, учащение пульса, снижение артериального давления.

Почти все, описывающие рвоту беременных, не забывают упомянуть о ее психотерапии. Уже в 1898 г. Н. Ф. Толочинов писал, что «известны случаи, когда перемена места жительства или внушение посредством гипноза прекращали рвоту».

В. Hallauer отмечал, что при рвотах беременных одним сеансом гипноза можно достигнуть если не излечения, то значительного улучшения. Е. Vumm подчеркивает, что «вся суть в психическом воздействии, и если такие меры, как выпрямление, расширение, прижигание слизистой оболочки шейки, промывание желудка, гальванизация, приносят пользу, то успех надо отнести к внушению».

Следует подчеркнуть, что по вопросу о психотерапии рвоты беременных наиболее значительными являются работы К. И. Платонова (1930, 1936, 1949). По его данным, излечение достигается в 84% случаев. Аналогичные сведения приводят в своих сообщениях В. И. Здравомыслов, М. Вигдорович, Н. И. Куимова, И. В. Сас, М. В. Цирюльников.

При рвоте беременных внушение должно сводиться к тому, что болезненные явления связаны с временной слабостью нервной системы и по мере ее укрепления ощущения тошноты и рвоты

исчезнут, а сама беременность будет способствовать общему оздоровлению организма.

Роды, вопреки распространенному мнению, пройдут легко и безболезненно, родится доношенный здоровый ребенок. Необходимо одновременно внушить аппетит, хорошее самочувствие, крепкий и спокойный ночной сон. Действительно, при таком внушении у многих беременных уже с первых сеансов гипноза появляются бодрость, хорошее самочувствие, исчезают тошнота и рвота. Это большое достижение, так как известные врачи до сих пор считают, что при неукротимой рвоте беременных «единственно правильный способ лечения с несомненно хорошими результатами — это прерывание беременности».

При лечении неукротимой рвоты всегда следует добиться глубокого гипноза. Внушение должно быть императивным и уверенным. Что касается частоты и количества сеансов, то их нужно индивидуализировать, доводя примерно до 8, в среднем же достаточно уже 3—4

С целью предупреждения поздних токсикозов беременности В. А. Плотичер и И. И. Усоскин рекомендуют применять психотерапию, состоящую из: 1) детального и своевременного выявления отрицательных эмоций у беременных; 2) выявления и лечения соматических заболеваний; 3) инструктажа беременных о соблюдении диеты; 4) применения физиотерапевтических процедур; 5) упорядочения режима жизни.

Кратким словесным воздействием в состоянии глубокого или поверхностного гипноза, а иногда даже в состоянии бодрствования у некоторых женщин удается прекращать остро развившиеся или длящиеся годами аменорею, дисменорею, метроррагию (Н. Г. Кобылян-ский, Е. И. Дубников и др.), вагинизм и пр. (И. П. Ко-заченко-Триродов). Ф. П. Кольский внушением смог вызвать менструацию. Кроме того, внушением в гипнозе с успехом могут быть устранены и такие расстройства, как зуд вульвы, поясничные боли у женщин, если они являются симптомом невроза (М. И. Мушловина и др.).

И. З. Вельвовский, Г. Н. Балтпурвин-Безуглова и другие указывают, что даже такие явления, как недонашивание, перенашивание, привычные аборт, слабость родовой деятельности, задержки мочи и кала, а в послеродовой период гипо- и гипергалактия, в большинстве случаев поддаются психотерапии.

Положительное влияние психотерапевтических мероприятий при гинекологических заболеваниях подтверж-

433

дает мнение, что действие гормонов следует рассматривать как «гуморальное звено эфферентного пути рефлекторной деятельности центральной нервной системы» (А. Г. Гинецинский и А. В. Лебединская, 1956, Е.Н. Мей-тина, 1966).

Глазные болезни

В практике врача-окулиста психотерапия (в частности, гипноз) может быть использована и в предоперационный период, и во время таких операций, как экстракция катаракты, вмешательство по поводу глаукомы, те-нотомия, энвисцерация, вмешательство на слезном мешке и пр. (А. П. Парфенов, Э. Ф. Владимирова). Э. Ф. Владимирова, применяя психотерапию в виде разъяснительных бесед и гипноза в предоперационный период, отметила, что подготовленные к операции были гораздо спокойнее, чем не подготовленные психотерапевтическими беседами и внушением. Операция у подготовленных внушением как правило, проходила без осложнений, в послеоперационный период осложнения у больных этой группы возникали значительно реже, чем в группе неподготовленных.

Дерматология

Применение гипноза в дерматологии в последнее время все больше и больше завоевывает признание. Уже накопился немалый материал о пользе гипнотерапии при самых различных кожных заболеваниях.

Ценнейший вклад в мировую науку в области суггестивной терапии кожных заболеваний внесли отечественные ученые. Еще в 1895 г. психоневролог А. Я. Кожевников сообщил об успешном излечении внушением в состоянии гипноза от вульгарного сикоза, экземы, фурункулеза. А. А. Токарский применял гипнотерапию при экземе, бородавках, симметричной гангрене. В. М. Бехтерев также излечивал внушением бородавки. Положительную оценку гипноза при различных дерматозах дают А. И. Картамышев, А. И. Зайцев, К. С. Агаджанянц, А. Г. Полотебнов, П. В. Никольский, П. П. Подъ-ямпольский, В. Н. Финне, В. А. Бахтиаров, Ю. К. Скрипкин, В. А. Суворов, Н. Г. Безюк, М. М. Желтаков, И. С. Сумбаев, Н. Г. Шереметьев, Э. Я. Мискевич и И. М. Тонконогий, Д. Лукин, М. В. Милич, Б. С. Майзель, Е. И. Дубников, И. И. Потоцкий и И. А.

Жуков, Д. А. Смирнов, Ф. Ц. Эпштейн и В. О. Лушицкий, В. Я. Арунцон, С. М. Калтград; из иностранных авторов — J. Dejerine, R. Davis, S. Kantor и др.

Об успешном применении гипносуггестивной терапии при фиброэпителиомах сообщает F, Pense (1962).

434

J. Dejerine в своем труде о психоневрозах говорит, в частности, о стойких проявлениях трофического, секреторного и вазомоторного характера под влиянием психотравм, упоминая об истерических экземах, гангренах кожи, отеках различной окраски, расстройствах пигментации, облысении, лишаях, депигментациях, экхи-мозах, геморрагиях, мышечных атрофиях.

Stranberg признает существование некоторых психогенных кожных заболеваний, требующих психотерапии во всех ее видах. Vinnemann считает, что психические факторы играют роль в развитии некоторых форм кожных заболеваний; экзема, фурункулез, псориаз могут быть излечены методом психотерапии.

J. Vonjour приводил несколько случаев излечения гнездной плешивости многолетней давности путем гипно-1 суггестивной терапии.

Однако истинное изучение гипноза в дерматологии началось после блестящих работ И. П. Павлова о высшей нервной деятельности и установления его сотрудниками М. К. Петровой на основании многочисленных и продолжительных экспериментов тесной связи некоторых дерматозов с состоянием центральной нервной системы. У кастрированных собак путем резкого ослабления нервной деятельности и выведения их из состояния равновесия под влиянием утомления, тиреоидина и пр. вызывались не только выраженные нервные явления, срывы, но и резкие дистрофические процессы, трофические язвы, различные формы экзем (экссудативные, мокнущие, сухие, шелушащиеся с облысением), фурункулез, отиты, артриты и др.

Следует заметить, что И. П. Павлов считал кожу «проекцией известного участка мозга».

Н. И. Путилин, К. К. Пунинская и А. К. Подшибякин (1951) отмечали, что кожа является целостным органом с весьма многочисленными функциями, чрезвычайно тонко реагирующими на различные раздражители. Реакции кожи должны рассматриваться в связи с реакциями целого организма.

Роль коры головного мозга в патогенезе кожных заболеваний подтверждается клиническими наблюдениями больных с развитием различных дерматозов после психических травм (А. И. Картамышев, Г. В. Архангельский и др.).

435

При некоторых психических нарушениях могут появляться следующие кожные заболевания: крапивница, красный плоский лишай, витилиго, эритема, геморрагии, буллезные дерматиты, пузырчатка, изъязвления, некрозы, экземы и атипичные формы опоясывающего лишая.

А. И. Картамышев ставил вопрос о том, в чьем ведении должны находиться больные с указанными заболеваниями — дерматологов или психиатров,— и сделал вывод, что, как и во всех пограничных областях, «трудно дать категорический ответ».

В монографии «Гипноз и внушение в терапии кожных болезней» А. И. Картамышев сообщает о применении гипноза при экземе, чешуйчатом лишае, красном плоском лишае, крапивнице, гнездной плешивости, простом лишае, пузырчатке, эритеме, кожных гангренах, кожном зуде, изменениях ногтей, менструальных дерматозах, бородавках и др.

Внушением в гипнозе успешно лечили бородавки И. Г. Манойлов, К. И. Платонов, А. И. Картамышев, Н. Г. Безюк, Н. Г. Шереметьев, Л. И. Штейн, Krafft-Ebing, Pech, Vonjour, Ramale, Turke, Carpenter и др.

Nini сообщил о лечении бородавок цирюльниками некоторых арабских племен. Делая насечки на ветке в количестве, равном числу бородавок у больного, они внушали, что бородавки исчезнут, лишь только засохнет веточка. И, действительно, бородавки исчезали.

Лозаннский психотерапевт G. Vonjour (1924), с большим успехом пользовавшийся методом косвенного внушения при лечении бородавок и достигавший излечения во всех случаях, применял прямое словесное внушение в состоянии бодрствования, наяву, а иногда в письменной форме.

Pech сообщает, что у одного пациента многочисленные бородавки исчезли только после сильного душевного потрясения.

Мы лечили больного С, 12 лет, у которого на коже обеих рук были многочисленные бородавки.

Формула внушения: «Твои бородавки с сегодняшнего дня начнут уменьшаться и исчезать. Не пройдет и месяца-двух, как они полностью исчезнут. Не останется ни одной». При этом поглаживали тыльные поверхности рук. Таких внушений было сделано три с промежутками 7—10

дней. Действительно, к концу второго месяца бородавки полностью исчезли (рис 31).

А. И. Картамышев пишет: «Мы не хотели, чтобы нас поняли так, будто бы в гипнозе видим панацею всех дерматозов и что психический анамнез должен вскрыть сущность всех кожных заболеваний. Это неверно. Однако в целом ряде случаев — и случаев, может быть, особен\*

436

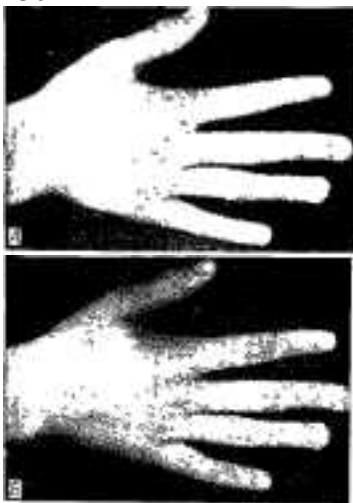


Рис. 31. Испытуемый С.

А — Явно видны множественные бородавки (снимок до лечения).

Б — Та же рука после трехразового словесного внушения. Бородавки полностью исчезли (собственное исследование).

но трудно поддающихся нашему обычному лечению,— мы найдем в собирании психического анамнеза разгадку патогенеза данного дерматоза, а в гипнозе—полезное терапевтическое вмешательство».

Психотерапия при органических повреждениях центральной нервной системы

Даже краткий обзор данных о влиянии гипноза и вообще психотерапии при органических поражениях центральной нервной системы показывает, что нельзя возлагать больших надежд на то, что гипнотерапия может изменить течение органического процесса. Но если учесть, что организм животных и особенно человека способен к замещению, компенсации даже значительных функциональных выпадений или нарушений при ведущей роли коры больших полушарий, то даже в случаях органических поражений центральной нервной системы возможно известное восстановление нарушенных двигательных или иных функций.

Еще О. О. Мочутковский и В. А. Оке (1881), применяя внушение в гипнозе, отмечали улучшение состояния больного табесом. Имеются указания на возможность психотерапевтического воздействия при сирингомиелии (уменьшение болей), энцефалитах с явлениями паркинсонизма (P. Schilder), центральных параличах (улучшение движений, по наблюдениям Н. Bernheim).

На возможность применения психотерапии при органических заболеваниях центральной нервной системы указывали В. М. Бехтерев, Л. А. Соболев (1916), М. С. Лебединский (1959), К. И. Плато-

437  
нов, Н. В. Иванов, В. Е. Рожнов, Б. Д. Карвасарский (1966), Н. П. Татаренко и К. В. Михайлова (1966), А. И. Катковников (1966), Т. Д. Демиденко и В. А. Киселев (1973, 1974), Н. К. Лип-гарт и Р. Е. Лившиц (1974), G. Grodeck, Backley, P. Dane, L. Whi-taker и другие.

В частности, В. М. Бехтерев писал: «...при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные сопутствующими функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной ткани», поэтому появляется возможность «некоторого влияния гипнотических внушений на нервные поражения органического происхождения».

По А. И. Катковникову, психотерапия (гипноз, наркопсихотерапия) показана при энцефалитах с преимущественным поражением межучного мозга. Психотерапия применяется при: а) невротических нарушениях, наблюдаемых у этих больных (обсессивно-фобические и истерические реакции); б) тяжелых переживаниях, связанных с заболеванием (переживания страха смерти, снижение либидо, потенции); в) характерологических изменениях; г) других функциональных и органических нарушениях.

О положительном влиянии психотерапии (рациональной) при субталамическом синдроме



постинфекционного генеза указывают Н. П. Татаренко и К. В. Михайлова.

В литературе имеются сведения о благоприятном лечении каузалгии внушением в гипнозе (Т. С. Лейбович и И. С. Слободянский): у больных исчезали мучительные боли. Некоторые авторы с успехом применяли психотерапию при хорее.

И. С. Сумбаев с помощью гипнотического внушения в стадии гипотаксии с успехом устранял онероидный синдром при эпидемическом энцефалите, изменяя содержание угнетающих зрительных галлюцинаций.

Ко всему сказанному необходимо добавить, что многие заболевания нервной системы, например вирусный и клещевой энцефалиты, диссеминированный склероз, церебральный артериосклероз и другие, могут служить благоприятной почвой для возникновения таких психопатологических синдромов, как навязчивость, фобии, ипохондрия, сексуальная неполноценность и пр. Именно в подобных случаях психотерапия (гипнотерапия) может быть применена лишь в комбинации с медикаментозны\* ми средствами. Мы, конечно, не можем устранить гипно»

438

вуггестиеи психопатологический синдром, обусловленный органическим процессом. В этих случаях показана рациональная, логически обоснованная психотерапия в комбинации с медикаментозной.

Врач не должен применять гипносуггестию, если заведомо знает, что в данном конкретном случае она не принесет пользы. С другой стороны, зная, что болезнь проявляется субъективно и объективно и что путем гипноза удастся устранить лишь субъективные явления (боли, страх, тревогу, неуверенность в выздоровлении и т. п.), даже при неизлечимых заболеваниях, при тяжелых органических процессах можно применять гипноз.

О целесообразности гипнотизации даже при очень! тяжелом соматическом процессе можно судить на осно- j вании следующего нашего наблюдения.

В хирургическое отделение госпиталя к оперированному боль- | ному К-, по профессии рентгентехнику, мы были приглашены для консультации. Перед этим больному была сделана операция по поводу рака двенадцатиперстной кишки. Хирург убедился в неопе-рабельности опухоли и не стал ее удалять. Больному же сказали, что опухоль удалена и оказалась незлокачественной.

Однако больной, идя на операцию, засек время ее начала, а возвратившись,— время окончания операции. Больной объявил, что такая тяжелая операция должна была длиться не менее 1,5—2 ч, в действительности же продолжалась 35—40 мин. Будучи знаком с подобными операциями, он подозревает, что врачи что-то от него скрывают, и поэтому больше не доверяет им. Далее он прямо начал высказывать мысль, что у него рак и рак неоперабельный.

В момент обследования больной был взволнован, напряжен, депримирован, с выражением горя и скорби на лице.

В данном случае положение психотерапевта было несколько необычным. Было ясно, что перед нами тяжелобольной с выраженной раковой интоксикацией. Вполне понятно, что не могло быть и речи об излечении основной болезни, можно было лишь попытаться успокоить больного, снизить возбудимость центральной нервной системы. Перед психиатром стоял только один вопрос: как помочь этому несчастному человеку прожить оставшийся срок без болей, тревоги, страха, отчаяния, сомнений.

Уже при первом обследовании был проведен сеанс гипноза. После усыпления больной впервые за много недель проспал более 6 ч и пробудился в хорошем, бодром настроении; боли в области живота уменьшились. То же наблюдалось и после дальнейших сеансов.

Затем больного по настоянию близких выписали, и через некоторое время он умер.

Как видим, здесь не существовало прямых показаний для гипнотерапии, но примененный по косвенным показаниям гипноз оказал положительное влияние в смысле

439

устранения добавочных симптомов. Смерть наступила, но незаметно для больного. А разве не справедливы слова Паскаля, что легче перенести смерть, не думая о ней, чем мысль о смерти, даже не угрожающей нам?

#### ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

Как указывалось выше, принцип комплексного лечения болезней предусматривает применение, помимо психотерапии, и других лечебных средств и методов, в частности психотропных средств.

Хотя психотропная терапия не приводит к полному излечению психически больных, все же этот вид терапии прочно вошел в медицинскую практику. Особенно эффективно сочетание

психотерапии с психофармакологией.

Применяя психофармакологические средства, можно, в частности, достигнуть следующего:

- а) улучшить настроение больного, активизировать эмоционально-волевые процессы и нормализовать расстройства мышления;
- б) уменьшить или устранить галлюцинации, сенесто-патические, а также сенестопатически-ипохондрические переживания;
- в) уменьшить или устранить навязчивость, фобические и дисфорические явления;
- г) купировать явления ажитации, враждебность, негативизм;
- д) улучшить сон, аппетит и др.

Конечно, эти или часть из этих психопатологических феноменов могут быть сняты и психотерапией, однако психофармакологическими средствами это может быть достигнуто гораздо быстрее, причем на любом этапе болезни — в начале, в разгаре болезни и в фазе реабилитации и ресоциализации.

Психофармакологические средства значительно расширяют возможности и повышают эффективность психотерапии. Устранив психофармакологическими препаратами ми многие патологические феномены, психотерапевту уже легче «снять» остальную психотическую симптоматику. Психотропные средства могут ослабить аффективный заряд, в результате чего психопатологическая симптоматика становится более доступной для коррекции словом врача; при этом налаживается эмоциональный контакт

440

врача с больным; создаются предпосылки и условия для более глубокого изучения и понимания личности больного и условий, сформировавших его болезнь, для преодоления и смягчения конфликтных ситуаций, в которых находится больной.

С другой стороны, психотерапия помогает более полному проявлению психофармакологического воздействия, способствует укреплению доверия больного к врачу, ведет к выздоровлению. Вообще психотерапия и психофармакологические средства должны применяться [параллельно, хотя иногда один метод лечения может опережать другой.

Психотерапия и психотропные средства при соматогенно обусловленных психопатологических синдромах. Известно, что многие соматические заболевания могут сопровождаться различными психопатологическими явлениями, синдромами, реакциями.

Такие психические реакции могут формироваться в ответ на сам факт болезни, утрату трудоспособности, отрыв от трудовых процессов, разлуку с близкими, родными, а также на реальную угрозу неблагоприятного исхода болезни. При этом наблюдаются различные реакции: невротические, истерические, фобические, кардиофобические, канцерофобические, ипохондрические (развития личности), депрессивные, тревожно-депрессивные, инсомнические, сомато-вегетативные, рвоты, анорексии, парезы и др. Возникают, хотя и редко, и истинные психозы с нарушением сознания, галлюцинациями, двигательным возбуждением и пр.

Как справедливо указывает Т. А. Невзорова, при таких состояниях терапевтическое воздействие врача должно начинаться с психотерапевтических бесед, направленных на то, чтобы успокоить больного, избавить его от сомнений, тревожных состояний, вселить уверенность в благополучном исходе болезни. После этого назначаются психотропные средства в качестве дополнительного воздействия, нормализующего психическую деятельность.

Т. А. Невзорова рекомендует при назначении психотропных средств соматическим больным придерживаться следующих принципов:

- а) применение минимальных доз;
- б) правильное распределение дозы в течение дня;
- в) при невротической симптоматике (опасения, тревога, фобии) транквилизаторы или нейролептики следует применять с таким расчетом, чтобы большая доза приходилась на время усиления указанных симптомов;
- г) при депрессиях антидепрессанты назначаются в утренние и дневные часы (за исключением триптизола);
- д) чтобы избежать адаптации к препарату, рекомендуется изменить время приема препарата при сохранении той же суточной дозы (вместо приема утром и вечером соединить обе дозы в один прием или предельно сблизить их) или увеличить суточную дозу.

441

! i

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Целью поддерживающей терапии (лекарственной и пр.) является закрепление, продление достигнутого терапевтического эффекта, предупреждение рецидива заболевания.

Поддерживающая терапия будет более действенной, если она сочетает в себе психотерапию и лекарственные (в частности, психофармакологические) средства, а также социотерапию.

После выписки из стационара многие больные нуждаются в контакте с врачом. Последний поможет преодолеть чувство изолированности и опустошенности, приблизить к семье, товарищам по работе, устранить мнительность, неуверенность, стыд, сомнения, часто уже не психотического характера (может быть, и иронические намеки людей).

Врач-психотерапевт должен обратить особое внимание на налаживание контакта с близкими, членами семьи, чтобы устранить недопонимание, недостаточную чуткость к больному с их стороны (см. «Семейная психотерапия») и т. п.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ В КУРОРТОЛОГИИ

Научная психотерапия в практику лечения больных на курортах и санаториях внедряется давно (Н. А. Вырубов, Д. А. Смирнов, П. П. Истомина и др.). Однако лишь с 1958 года, благодаря усилиям И. З. Вельвовского и его сотрудников, психотерапия в санаторно-курортной системе начала широко развиваться. На многих курортах страны уже имеются психотерапевтические центры, где врачи проводят большую как практическую, так и научную работу (И. З. Вельвовский, И. А. Жуков, А. Р. Довженко, А. Ф. Леута, В. Я. Ткаченко и Я. И. Бараш, О. С. Диденко, И. И. Пильвинский, Ф. Е. Штейн и др.).

Для многих больных может быть эффективной уже одна перемена обстановки, места, климата. Так, С. П. Боткин писал, что главное при перемене места и климата — не чистый воздух и атмосферные явления, а отсутствие привычных раздражителей.

Г. А. Захарьин указывал, что в действии, например, минеральных вод играют роль не только качества самих вод, но и местность (климат, диета, быт), а также перемена образа жизни.

Известно, что в санаторно-курортных условиях на больного воздействует целый комплекс факторов: могучие силы непреформированной природы (солнце, воды, грязи, климат), преформированные природные воздей-

442

ствия (свето-, электро-, теплолечение), а также режим, лечебная гимнастика, культтерапия, прогулки, экскурсии и др. В этом комплексе положительных факторов большое значение приобретает и психотерапия (см. выше: «Стимулирующий (тренирующий) режим»).

Психотерапия на курортах показана при всех завоеваниях с функционально-невротической симптомати-кой. Психотерапия может проводиться как в форме инди-зидуальной (аутопсихотерапия, гетеропсихотерапия), так и коллективно-групповой.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВОЕННОГО ВРАЧА

Психотерапевтическая практика военного врача отличается некоторой спецификой. Необходимо принимать во внимание, что военный врач должен оценивать состояние призывника, военнотружущего или демобилизуемых, причем и в мирное, и в военное время.

Задачей военно-психиатрической экспертизы является, прежде всего, недопущение в армию психически больных и лиц с неустойчивой психикой. В основе военно-психиатрической экспертизы лежит принцип индивидуально-функциональной оценки при определении годности к службе в армии. При этом устанавливается не только форма заболевания, но и тип течения его, ведущая симптоматика, а также степень компенсации имеющихся нарушений.

В Советской Армии созданы условия, исключаяющие моменты, травмирующие психику. Однако и в полностью благоприятной среде еще можно наблюдать неадекватность поведения отдельных индивидуумов с вариантами различных душевных реакций. Поэтому каждый военный врач и фельдшер, независимо от должности, могут сталкиваться с проблемами психиатрии и психотерапии.

Общий медицинский персонал гораздо раньше военного врача-психиатра может встретиться как с настоящими психическими нарушениями, так и с психическими состояниями на грани нормы и патологии, которые подчас переходят в расстройство при сравнительно небольших отрицательных внешних воздействиях. Не исключается возможность отдельных случаев истинных психозов типа шизофрении, циркулярного психоза, эпилептического

443

психоза, психических расстройств соматогенного происхождения (желудочно-кишечных, сердечно-сосудистых и т. п.), состояний после ранений, контузий, когда у выздоровевшего

остаются определенные эмоциональные расстройства (раздражительность, психопатизация и пр.). Далее, возможны постинфекционные душевные расстройства, реактивные состояния в виде шоковых психических реакций (психогенный ступор, фугиформные реакции, су-<sup>1</sup> меречные состояния), навязчивые идеи, резкое беспокойство, особенно перед выполнением трудного задания. Наконец, в поле зрения военных медицинских работников попадают субъекты с психопатическим, «плохим» поведением, симулянты, недисциплинированные. Последние, конечно, должны быть в ведении представителей не медицинской, а административной службы, но нередко своевременное вмешательство психотерапевта приносит большую пользу, чем административно-дисциплинарные меры.

Не подлежит сомнению, что для всех военно-медицинских стационарных и амбулаторных организаций общие принципы и методы психотерапии те же, что и для учреждений гражданской медицины. Военные врачи должны помнить о психотерапевтической роли фактора внешней среды, о целостном подходе к больному человеку, об огромной терапевтической роли слова, чутком, гуманном и внимательном отношении к больным и установлении с ними эмоционального контакта. Что же касается специальных методов психотерапии, то гири соответствующих показаниях с успехом могут применяться: а) рациональная психотерапия, внушение в состоянии бодрствования и самовнушение; б) функциональная тренировка или методическая терапия при помощи упражнений, трудотерапия и культтерапия; в) отвлечение и дисциплинирование; г) замаскированное, косвенное внушение; д) условнорефлекторный сон; е) внушение и гипноз" во всех видах и модификациях.

Офицеры-медики, имеющие дело в основном со здоровыми субъектами, должны очень внимательно прислушиваться ко всем жалобам обращающихся в санитарную часть. Вовсе не психотерапевтическим подходом будет поспешное обвинение или же унижение достоинства в какой бы то ни было форме, особенно если окончательный диагноз еще не поставлен или сомнителен.

444

Не всегда правильно, однако, и проявление повышенного интереса к больному, особенно к больному с истерическими реакциями. Для такого больного иногда даже бывает вредным чрезмерно кропотливое исследование. Известно, что длительная госпитализация и множество проводимых исследований слишком фиксируют внимание на болезни» и обследуемый, будучи практически здоровым, вследствие особой внушаемости и аффективности может стать истинным невротиком. Более того, для определенной группы больных неврастенией даже обычная госпитализация может явиться причиной ухудшения состояния. К тому же у таких невротиков и больных с так называемыми невротами органов состояние ухудшается, если они, находясь в госпитале, не имеют какой-либо нагрузки, не занимаются определенной деятельностью.

В очень многих случаях госпитализация в психиатрический стационар окажется ненужной, если врач или командир части примут определенные разумные меры на месте. Вообще госпитализации должны подвергаться только больные со сложной симптоматикой, требующие глубокого обследования и серьезного лечения. Во многих случаях эффективна амбулаторная психиатрическая помощь или даже простая психотерапевтическая беседа.

Психиатру и врачам других специальностей следует помнить, что невротические реакции могут встречаться и у здоровых людей. Однако военный врач должен уметь отличать притворство, аггравацию от действительного заболевания, что подчас очень трудно. Следует учитывать наличие чисто соматических расстройств, реактивные наслоения, тип высшей нервной деятельности больного, фактор сознания, отношение к службе в армии и другие факторы.

Психотерапевтическому воздействию в том или ином виде могут подвергаться даже некоторые хирургические больные, невротики с предоперационным беспокойством, страхом, послеоперационными жалобами, больные после ампутаций и пластических операций.

Чрезвычайно важно, чтобы врачи умели распознавать степень приспособляемости призывника к новым условиям. Психоневротические реакции при отсутствии рационального психотерапевтического подхода могут усиливаться. При надлежащем же психотерапевтическом подходе часто можно невротика и субъекта с психопатическими

445

чертами характера превратить в хорошего, дисциплину рованного воина. Опытные офицеры хорошо знают, что своеобразные «взрослые дети» при хорошем и тактичном подходе к ним прекрасно несут службу и не являются плохим примером для окружающих. С другой стороны, следует помнить, что нельзя изменить поведение некоторых невротических или психопатических

субъектов, прибегая только к приказаниям, выговорам, содержанию на гауптвахте. В таких случаях сильный неуравновешенный субъект с психопатическими чертами лишь противопоставляет себя окружающему; он не только не подчиняется, но начинает относиться враждебно к нака-зующему.

Врач должен, проводя психотерапевтические беседы, самым тщательным образом изучить все моменты служебного, бытового и личного характера, которые могут способствовать проявлению нервно-психической неустойчивости. Иногда устранение этих моментов сразу же приводит к полной уравновешенности. Конечно, действия врача, командира, политработников части по отношению к таким субъектам должны быть согласованы.

Нерационально стремление некоторых строевых офицеров использовать психиатра в качестве дисциплинирующего лица. Но, с другой стороны, невнимательное врачебное обследование, плохо собранный анамнез могут дать командиру неправильное представление о больном и стать поводом для неправильных установок в отношении некоторых подчиненных.

В настоящее время во всех отделениях госпиталей (терапевтическом, хирургическом и др.) должна проводиться ранняя психоневрологическая консультация по поводу многих или даже всех больных. Совместные обходы терапевта и психиатра приносят большую пользу и позволяют своевременно сделать правильные практические выводы.

Важным психотерапевтическим моментом является распределение (профилизация) невротиков по палатам. Вообще в целях ограничения возможностей взаимной индукции и невольного или даже установочного заимствования болезненных симптомов, а также для лучшего наблюдения целесообразно содержать больных, находящихся под наблюдением психоневролога, не в общих больших палатах, а в малых, иногда в отдельных.

446

Особо серьезно нужно относиться к выписке больного из госпиталя. Врач всегда должен присутствовать при выписке, еще раз в доходчивой форме разъяснить больному характер болезни, не вызывая, конечно, ятрогении, дать совет относительно поведения после выхода из госпиталя, режима, выполнения медицинских назначений. Неосторожное сообщение бывшему больному некоторых медицинских заключений, свидетельств, иногда выдача их на руки с указанием диагноза могут очень повредить делу.

| Необходимо подчеркнуть, что психоневролог, как во-обще каждый офицер медицинской службы, должен иметь не только специальную медицинскую психиатрическую подготовку, но и знать специфику военной психиатрии, а также армейские и административные законы, уставы, правила.

Психотерапевтическая работа проводится в частях врачами при участии командиров и политработников. При этом очень большое значение имеют уставные нормы.

Воспитание и совершенствование у солдат моральных и боевых качеств, уставная требовательность к подчиненным, но в то же время чуткое и заботливое отношение к ним — очень важные моменты психотерапии невротических и психотических реакций.

Н. Тимофеев (1962), говоря о психогигиене и психопрофилактике в войсковых частях, подчеркивает, что важным разделом работы является разъяснение причин плохого самочувствия, обучение способам преодоления трудностей с помощью коллектива.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ В СПОРТИВНОЙ ПРАКТИКЕ

Пребывание спортсменов в чрезвычайно напряженных ситуациях часто обуславливает возникновение у них эпизодических, а иногда и длительных невротических состояний, негативных характерологических черт.

В связи с этим необходима как психопрофилактическая, так и психотерапевтическая работа (индивидуальная или групповая) со спортсменами. Для этих целей применяют различные виды воздействий: аутогенную тренировку — для успокоения и мобилизации спортсмена в предстартовых, стартовых и постстартовых состояниях (Е. Генова, Г. Д. Гиссен, А. В. Алексеев, А. Т. Филатов и др.), внушенный сон-отдых (В. В. Кузьмин и др.).

447

У спортсменов могут наблюдаться психогенные соматические расстройства (анорексия, тошнота, рвота), невротические реакции (нарушения сна, фобии, obsессии), а также неврастенические и истерические реакции. Для лечения подобных нарушений А. Т. Филатов рекомендует применять самовнушение, рассудочную психотерапию, мотивированное внушение в гипнозе.

Важную роль в успехе или неуспехе спортивной команды играют интерперсональные отношения. Уже давно доказано, что поведение спортсмена и его способность успешно решать коллективные

задачи связаны как со степенью индивидуального мастерства, так и со степенью взаимодействия и взаимопонимания спортсменов в процессе совместной деятельности (игры, выступления и пр.). Поэтому тренер должен знать психологическое состояние команды, подбирать участников с учетом их эмоциональной настроенности. Неправильное комплектование команды может привести к пассивности, напряженности во время игры, несогласованности и даже к конфликтным ситуациям.

Врач спортивной команды должен быть не только или не столько соматиком, сколько психологом, психотерапевтом. Такой врач может и должен соответствующим образом влиять на духовные качества отдельного спортсмена и всего коллектива (команды). Знающий психологию врач может поддерживать боевую активность в наиболее напряженные моменты игры и даже при проигрыше снимать появившиеся признаки беспокойства, нервозности и пр.

#### ПСИХОТЕРАПИЯ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Задачей психотерапии в экспертной практике является прежде всего укрепление у исследуемого трудовой установки. Особенно это касается больных с различными невротами, психопатов, больных с последствиями черепно-мозговой травмы (энцефалопатии и пр.).

Врачу-эксперту нередко нужно добиваться, чтобы тот или иной больной прекратил работу на определенный срок. Это относится к страдающим циркулярным психозом, шизофренией, некоторыми формами эпилепсии, тяжелыми формами гипертонии, перенесшим инфаркт миокарда и т. д. С другой стороны, встречаются случаи, когда необходимо противостоять установке исследуемого на болезнь и инвалидность без достаточных оснований (невроты, психопатии, алкоголизм и т. п.).

448

Чтобы правильно решить эти задачи, врач-эксперт любой специальности должен учитывать очень многие данные. Нужно оценивать не только расстройство отдельных функций или определенных органов, не только состояние организма в целом, но и весь жизненный путь больного с биологической, характерологической, психопатологической и социальной точек зрения. Именно поэтому работа врача-эксперта весьма близка к работе эксперта-психиатра. (М. З. Каплинский и Я. П. Фрумкин, 1934).

Психотерапевтическое воздействие на подэкспертных больных должно начинаться с чуткого, гуманного, тактичного и объективного отношения всего медицинского персонала к подэкспертному. Должна быть организована соответствующая психотерапевтическая обстановка по типу предложенной А. С. Борзуновой, А. В. Сайфут-диновой, З. Н. Ахметовой, А. И. Климович и А. И. Санниковой (1958). В приемных и кабинетах ВТЭК нужно вывесить плакаты с высказываниями ученых о значении труда, установить фотовитрины, оформить фотомонтажи, иллюстрирующие жизненный путь инвалидов, которые, несмотря на свою инвалидность, в настоящее время являются социально полноценными людьми.

Не всегда нужно душевнобольного направлять на обследование в стационар, из которого он, возможно, недавно вышел, так как это может нанести ему психическую травму. Тем более не следует при таком больном читать относящиеся к его болезни медицинские документы, обмениваться вслух мнениями о его состоянии, подвергать излишним расспросам.

Перед обследованием больного с определенной психической симптоматикой эксперты должны ознакомиться с историей его болезни и другой документацией и даже, если нужно, установить определенную группу инвалидности. Тут же следует подумать "о посильной для больного работе, выяснить, какая деятельность ему ближе, дать понять, что он не отстраняется надолго или навсегда от трудовой жизни.

#### ПСИХОГИГИЕНА, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Психогигиена— это наука об укреплении и сохранении нервно-психического здоровья человека, предупреждении психических заболеваний.

Психопрофилактика — это раздел общей профилактики, включающий сложную систему различных

15 739

449

мероприятий для предупреждения психических заболеваний.

Психогигиена и психопрофилактика очень тесно между собой связаны, и разграничивать их можно лишь условно.

В частности, различают первичную, вторичную и третичную психопрофилактику.

К первичной относятся: а) провизорная (оздоровление окружающей среды, социальных условий, семьи, трудовых процессов); б) генетическая (генетические консультации); в) эмбриологическая

(оздоровление женщин, гигиена брака, беременности и пр.); г) пост-натальная (выявление пороков развития).

Целью вторичной психопрофилактики является купирование начавшегося психического заболевания. Сюда входит: ранняя диагностика и лечение, вплоть до выздоровления; длительное поддерживающее лечение.

К третичной психопрофилактике относятся мероприятия по предупреждению хронических заболеваний. С этой целью применяют лекарственную терапию, оздоровление среды, быта больных, урегулирование межличностных отношений, реабилитацию, трудоустройство больных.

#### **ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Медицинская психология как отрасль общей психологии является сравнительно молодой (С. С. Либих, 1974). Медицинская психология — это совокупность психологических данных и методов исследования, применяемых в медицине.

Психотерапия и, медицинская психология опираются на общую психологию — науку, изучающую закономерности, развитие и формы внутреннего отражения объективной действительности, присущего высокоорганизованной материи — мозгу.

Медицинская психология изучает: а) роль психического фактора в возникновении и течении соматических и нервно-психических заболеваний, б) психические проявления болезней, в) роль психических факторов в предупреждении болезней, г) роль психики в их лечении.

Задачей медицинской психологии является изучение темперамента, характера, личности, типологии, акселерации, депривации, фрустрации, психотерапия «биосоциальных аритмий» и др.

Как видим, психотерапия и медицинская психология—родственные отрасли науки.

450

#### **ВНУШЕНИЕ В ГИПНОЗЕ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ**

При диагностическом применении гипноза можно устранять те или другие симптомы болезни или выявлять симптомы, которые существовали у данного больного раньше.

Известно, что при некоторых невротических состояниях существуют периоды, когда клиническая картина может очень напоминать то или иное органическое страдание. С другой стороны, в начальных стадиях некоторых органических заболеваний (прогрессивный паралич, сифилис мозга, шизофрения, опухоли мозга, рассеянный склероз и т. п.) могут наблюдаться симптомы «функциональных» расстройств.

В связи с тем, что невротические, в частности истерические, симптомы являются лишь надстройкой на органической основе, при помощи гипносуггестивной терапии можно у истинного органика устранить те или иные невротические симптомы.

Особенное значение внушение в гипнозе может приобрести при судорожных синдромах невыясненной этиологии (J. Schultz, 1957). Если в состоянии гипноза удастся вызвать симптомы, которых в состоянии бодрствования у больного не отмечалось, то, по всей вероятности, перед нами больной с функциональным расстройством, хотя, конечно, могут быть и смешанные состояния. Но когда и в состоянии глубокого гипноза при энергичном провоцировании не вызываются те или иные симптомы определенного невротического синдрома, можно думать об органической, в частности эпилептической, природе припадков.

Гипнотическим внушением можно в значительной степени проверить и такие патологические состояния, как приступы мигрени, стенокардии и пр.

Ценную услугу гипноз может оказать и в хирургической практике. В гипнотическом сне легко удастся вызвать расслабление той или иной мышечной группы, что может быть использовано, например, при пальпации брюшной полости. Такое совершенно безвредное исследование вполне может заменить медикаментозный наркоз, а это особенно важно, если по той или иной причине наркотизация противопоказана. Важно, что таким образом представляется возможность решить вопрос о

15\*

451

характере имеющегося поражения с отграничением функционального от органического.

При помощи гипноза можно вскрыть ошибочный соматический диагноз в тех случаях, когда не учитывается психический характер физического расстройства и когда это расстройство имитирует картину органических нарушений («псевдоорганические синдромы» J. Dejerine).

#### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ**

#### **ВОЗДЕЙСТВИЯ В ГИПНОЗЕ. О МЕХАНИЗМАХ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ**

В настоящее время в общей патологии различают такие группы механизмов выздоровления:

- 1) «аварийные», срочные, непродолжительные (в течение секунд, минут), неустойчивые защитно-компенсаторные процессы или реакции;
- 2) относительно устойчивые защитно-компенсаторные механизмы (фаза адаптации по Н. Selye, «фаза закрепления» по А. И. Струкову) умеренной длительности, протекающие дни, недели;
- 3) продолжительные и устойчивые защитно-компенсаторные процессы, продолжающиеся месяцы, иногда годы. К этой группе механизмов относятся и пластические реакции центральной нервной системы. Они осуществляют в поврежденном организме деятельность, направленную на приспособление к среде. Эти последние слагаются из следующих механизмов: а) охранительного торможения в центральной нервной системе, б) защитно-оборонительных (условных и безусловных) рефлексов, в) защитной пластической функции центральной нервной системы.

Психотерапия направлена на выработку продолжительных и устойчивых защитно-компенсаторных процессов.

Мы видели выше, какие разнообразные изменения могут произойти в организме человека под влиянием только словесного воздействия. Все эти факты, доказанные экспериментально и клинически, никем уже сейчас не оспариваются. Но каковы же более интимные физиологические механизмы, посредством которых достигаются такие изменения в организме гипнотика?

452

Этот вопрос может быть правильно разрешен, если обратиться к основным законам функционирования центральной нервной системы.

Согласно рефлекторной теории, раздражение, действующее на тот или иной прибор-рецептор, вызывает нервный процесс. Последний по афферентным путям достигает нервных центров, вызывая в них возбуждение, направляющееся по эфферентным путям к исполнительному органу —■ сосуду, железе, мышце и т. п. Это положение верно как для состояния бодрствования, так и для гипнотического состояния.

Терапевтический эффект при гипносуггестии обуславливается, во-первых, покоем клеток больших полушарий, а во-вторых,— воздействием на различные патологические образования при том или ином заболевании. Слова-раздражители вызывают доминантный очаг или концентрированное возбуждение определенного пункта коры мозга, что приводит к выраженной отрицательной индукции больших пунктов или очагов.

Если нейролептические средства разъединяют синапсы «снизу», со стороны промежуточного мозга, то психотерапия производит десинапсию «сверху» и, как говорит F. Volgyesi, представляет специфическую активацию нео-кортикально-субкортикальных областей.

Для объяснения терапевтического действия в гипнозе можно применить теорию К. М. Быкова о корковом пусковом и корковом корригирующем механизмах. При лечении словесным внушением всегда выступают эти два механизма. Посылая импульсы в кору больших полушарий, включается корковый пусковой механизм, который „воздействует на функции органов, приводя их в деятельное состояние. Если же через кору усиливается или ослабляется функция действующего органа, то проявляется влияние коркового корригирующего механизма.

Если учесть, что функциональная связь коры больших полушарий с внутренними органами является двусторонней, в чем существенную роль играет ретикулярная формация, то использование учения о корковых пусковых и корригирующих механизмах для объяснения действия психотерапии вполне обоснованно.

Помимо этого, из учения А. А. Ухтомского известно, что в том случае, когда в центральную нервную систему поступают постоянно одни и те же раздражения или

453

хотя бы кратковременные, но сильные импульсы, то в корковых отделах, как правило, возникает фокус стационарного возбуждения и повышения реактивности. В нервные клетки этого фокуса стационарного возбуждения как бы притягиваются другие раздражения, которые усиливают этот очаг доминанты, а сами остаются без ответа.

Аналогично этому при гипносуггестии мы посылаем в центральную нервную систему словесную информацию, определенные импульсы. Они вызывают определенный фокус стационарного возбуждения и повышенной реактивности в центрах. В нервные клетки данного фокуса притягиваются и другие раздражения, которые могут усиливать очаг доминанты. Благодаря этой закономерности в гипнозе имеется возможность перестроить реакции и направить их в нужную сторону.

Здесь мы можем вспомнить и теорию Н. Е. Введенского, согласно которой функциональная



подвижность может по ходу приходящих раздражений то увеличиваться, то уменьшаться в зависимости от силы и частоты приходящих импульсов. При психотерапии создается состояние то повышенной, то пониженной активности.

Кроме того, при интерпретации терапевтического действия в гипнозе можно исходить из понятия «усвоения ритма» (А. А. Ухтомский), которое является ни чем иным, как повышенной функциональной подвижностью физиологического субстрата под влиянием текущих раздражений. А. А. Ухтомский говорит, что в этом случае «дело идет о навязывании ткани некоторого нового ритма работы, в особенности несколько более высокого ритма, чем бывший в ней до сих пор». И в состоянии гипноза мы имеем то же самое: воздействуя словом, навязываем корково-ретикулярным образованиям прежний, нормальный ритм.

Как объяснить, что обычно процесс внушения длится очень малый срок, действие же внушения держится дни, недели, месяцы? Для объяснения данного явления может быть использован тот факт, что образованная в коре временная связь может сохраняться чуть не в миллион раз более длительный срок, чем действие условного раздражителя.

Если же вспомнить, что для выработанных через кору больших полушарий временных связей характерна обобщенность их влияния на ряд функционально объединен-

454

ных процессов, то и с этой точки зрения механизм терапевтического действия может стать более ясным.

Выработанные в процессе психотерапии условные связи уже будут функционировать по типу длительно текущих реакций с большой инертностью. Приведенные в действие словом, эти процессы протекают очень долго и затухают весьма медленно. Если же психотерапевтические воздействия повторяются, то вновь возникшие раздражения снова создают стойкие очаги возбуждения, или доминанту.

Все сказанное выше согласуется и с современным учением об информации (П. К. Анохин, 1961; N. Wiener, 1958; Shannon, 1963, и др.). Ведь согласно теории информации, наш мозг представляет сложную кибернетическую систему с огромным количеством нейронов (порядка  $10^{10}$ — $10^{14}$ ), получающую, хранящую и перерабатывающую информацию из внешнего и внутреннего мира. Именно свойство мозга отражать и познавать внешний мир представляет собой звено в развитии процессов, связанных с передачей и переработкой информации.

Важно то (и это имеет отношение к разбираемому нами вопросу), что принципы переработки информации в мозге характеризуются двумя особенностями: способностью мозга к отбору только полезных сигналов, основанной на принципах временного совпадения нового сигнала с уже известным (условнорефлекторные связи), и способностью к быстрому «обзору» уже хранящейся в мозге информации.

Течение процесса выздоровления наших больных зависит от многих условий: от лечебных мероприятий, среды, в которой находится больной во время лечения, и особенно от той среды, в которую он попадает после лечения. Мы знаем, что именно социальный фактор является ведущим как в норме, так и в патологии. Процесс выздоровления имеет свои специфические закономерности, свои механизмы, и они связаны с активностью и прежде всего компенсаторной функцией центральной нервной системы. В этом процессе проявляется и широкая приспособляемость организма (Э. А. Асратян), и тот или иной диапазон перестройки функциональных отпавлений, и, наконец, пластичность тканей, органов и систем.

455

Каким же становится организм после лечения? Таким, каким был до лечения, или иным? А. Д. Сперанский говорит, что выздоровевший организм после болезни не тождествен организму до болезни. Соотношение и взаимосвязь между текущими отправлениями в нем осуществляются уже при иных условиях. С этими выводами в основном, конечно, нужно согласиться. Но все же, когда мы наблюдаем полное выздоровление психически или нервнобольного, когда все процессы высшей и низшей нервной деятельности, первой и второй сигнальной системы протекают так же, как и до заболевания, когда налицо правильное отражение объективной действительности, мы вправе утверждать, что после излечения высшая нервная система может быть тождественна таковой до заболевания.

Напомним слова А. Д. Зурабшвили (1965) о том, что для восстановления функции не обязательно полное восстановление всех деталей структурно-морфологических предпосылок: в силу викарно-компенсаторных факторов восстановление функции возможно и при частично «поломанном» аппарате.

Итак, психотерапевтическими воздействиями мы можем усилить физиологические меры защиты против болезни, создать условия для охранительного торможения, повысить (или понизить) тонус коры больших полушарий, усилить ее функциональную деятельность и активность всего организма. Мы можем также упражнять функциональные отправления и выработать компенсацию и активное уравнивание процессов высшей нервной деятельности с условиями внешней среды. Наконец, возможно выработать новый стойкий динамический стереотип.

#### ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Для психотерапевта и, в частности, гипнотизера не требуется никаких особых личных качеств, кроме обычных качеств врача. Гипнотизирование — это техника, которую может изучить каждый врач. Гипнотизером может быть как мужчина, так и женщина.

В прежние времена существовало мнение, что внешний облик психотерапевта чаще всего характеризуется церебральным типом строения, но это утверждение ни на

456

чем не основано: строение тела не всегда сочетается с каким-то определенным психическим складом личности, типом высшей нервной деятельности.

Другое утверждение, будто гипнотизер с серыми глазами, особенно со стальным оттенком, имеет преимущество перед гипнотизером с глазами другого цвета, пытались обосновать тем, что при фиксации взгляда серые глаза более похожи на блестящий предмет. Некоторые считали, что для успешной психотерапии лучше всего, чтобы психотерапевт был жгучим брюнетом. Все это не имеет никакого отношения к науке.

Что же касается голоса, то, действительно, может быть слишком низкий и громкий голос, особенно резкий, а также высокий и визгливый могут раздражающе действовать на больного. Пожалуй, лучше всего воздействует внушение, производимое голосом средней высоты и слегка приглушенным. Техникou постановки голоса психотерапевт должен овладеть.

Некоторые гипнологи говорили о какой-то «особенной» энергии, требуемой от гипнотизера. Это можно считать справедливым лишь в том смысле, что гипнотизер всегда должен обладать спокойной уверенностью в достижении цели, не должен смущаться, отчаиваться в случае отклонений в ожидаемом течении сеанса, не впадать в уныние при неудачах. Иными словами, нужны определенные волевые качества, хладнокровие и выдержка, воспитание которых доступно каждому врачу.

Гипнотерапевт не должен смотреть на себя как на носителя каких-то магических влияний. Справедливы слова P. Schilder, что «плох тот гипнотизер, который выступает в роли мага и чародея, держит своего пациента в унижительном состоянии детской зависимости, вместо того, чтобы вести к самообладанию и новой дифференцировке». Нет надобности доказывать, что если любой врач гипнотизером может и не быть, то психотерапевтом он должен быть, обязательно.

С. С. Корсаков ставит вполне определенные требования перед врачом-психиатром, и эти же требования могут быть предъявлены каждому врачу-гипнотизеру. «Требуются, кроме знания своего чисто медицинского дела, и сведения по хозяйству, по различным отраслям работ, требуется значительное общее образование, чтобы не производить на некоторых интеллигентных больных впечатление человека неразвитого; затем он (врач-психиатр — А. С.) должен обладать известными свойствами характера и ума, должен обладать

457

тактом и самообладанием и, главное, должен очень любить свое дело. Он должен иметь способность внушить к себе доверие и найти доступ к душе больного, в общении с больными должен руководствоваться стремлением сделать все полезное для больного и разумным пониманием свойств болезни. Одним из главных свойств психиатра должно быть постоянно ясное сознание цели своих слов и действий, приспособляемость ко всем мелочам в жизни больного и способность приспособлять окружающее для удобств больных. В своей деятельности он не должен быть суетлив, должен быть вдумчив и внимателен и в исполнительности служить примером для других».

Действительно, для успешности психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, чрезвычайное значение имеют авторитет врача и взаимоотношения, устанавливающиеся между ним и больным.

Целый ряд психоневрологов — J. Charcot, В. М. Бехтерев, J. Dejerine, A. Forel, P. Dubois, O. Knonfeld и др., — которые занимались психотерапией, указывали, что, помимо знаний, для успеха терапии необходимо еще «нечто», что определяет заранее успех лечения вообще, в особенности психотерапевтического воздействия. Говорили о симпатии больного к врачу, доверии, об

установлении связи между больным и врачом, «о чувствовании больным желания врача помочь ему» и т. п. J. Dejeigne придавал большое значение первой встрече врача с больным. «От первого обмена оружием,— писал он,— между врачом и невротиком зависит весь исход сражения. Если из первых разговоров не рождается взаимная симпатия, то бесполезно идти дальше». По P. Dubois, «чтобы достичь своей цели, врач должен всецело овладеть своим больным. Необходимо, чтобы с самого начала между врачом и пациентом установилась крепкая, основанная на доверии и симпатии связь». По убеждению Leak, истинный врач должен брать на себя лечение больного только тогда, когда между ним и больным устанавливаются душевные связи. Наконец, A. Forel, говоря об исцелениях, находящихся в зависимости от всех неощутимых условий, отмечает, что все эти исцеления имеют какую-то общую причину, вызываются каким-то однообразным механизмом. Сущность «какого-то однообразного механизма» и «какой-то общей причины» для этих авторов так и осталась загадкой, но ясно, что все авторы придают большое значение эмоциональной сфере, аффективной связи между врачом и больным.

458

То, что личные качества врача как человека оказывают значительное влияние на ход лечения, подчеркивается также и современным американским психиатром J. B. Furst; последний полагает, что это влияние будет разным, если учесть, подходит ли врач к пациенту конструктивно или, наоборот, подчеркивает деструктивные моменты и критикует его, обладает ли он душевной теплотой и общительностью или же он замкнут и необщителен, завязывает ли с пациентом непосредственные отношения или предпочитает оставаться в стороне и действовать косвенно, придерживается ли врач индивидуалистической или общественной точки зрения, имеет ли он правильное представление о взаимоотношениях мужчины и женщины и т. д.

Каждый врач для больного — сложный условный раздражитель, вызывающий адекватные реакции со стороны нервной системы пришедшего к нему больного.

Больной является к врачу, как говорил В. М. Бехтерев, «с эмоцией ожидания». Нервная система больного находится уже в состоянии «готовности» с «тенденцией» реагировать на строго определенный раздражитель. Физиологически нервная система больного пребывает уже как бы в рудиментарном гипноидном состоянии. Это состояние, говорит К. И. Платонов, и способствует образованию условных связей и реакций в коре мозга под влиянием слов авторитета — могучего условного раздражителя для больного человека.

Для того чтобы добиться тех или иных сдвигов в организме больного, психотерапевт должен, как говорит В. Я. Данилевский, аналитически разобраться в признаках и явлениях болезни, критически оценить смысл и значение каждого из них и, наконец, синтетически воспроизвести картину болезни в настоящий момент. После собирания анамнеза (соматического, неврологического и психического) врач должен тщательно обследовать больного, воздействовать на целостный организм, наличность, которая к тому же находится в определенных условиях (быт, профессия, среда и т. п.). Необходимо историческое познание развития данной болезни, возможно более полный учет всех факторов и влияний, способствовавших ее оформлению, учет отрицательных этиологических моментов, психических травм, относящихся к прошлому и к актуальной ситуации.

459

ii

Психотерапевт-гипнотизер должен уметь тонко разобраться в человеческих переживаниях, но в то же время его взгляд и голос, любое действие должны ясно выражать только то чувство, которое наиболее положительно влияет на больного.

Пациент часто находится как бы в состоянии «нравственного одеревенения», подавленности, вызванной болезнью. Он полон различных страхов, опасений, сомнений и пр. И если врач проявит действительное понимание того, что происходит с больным, и больной почувствует, что врач стремится помочь ему, то, несомненно, такой врач сразу станет авторитетом для больного.

Врач-психотерапевт должен поддерживать состояние душевного покоя у больного. Когда этого покоя нет, врач не должен допустить отгорожения больного от реальности, от окружающей действительности, погружения в мир собственных переживаний. Если болезнь уже вырвала больного из окружающей среды, больной «живет» болезнью, его сознание ею поглощено, то и на этом этапе врач должен проникнуть в глубины душевного хаоса, вырвать больного из одиночества и нравственной пустоты, своим влиянием устранить одни впечатления и внушить другие, постараться придать правильное направление его мыслям, действиям, сделать его полноценным членом общества.

Особенно важно, чтобы психотерапевт не проявлял по отношению к больным ни гнева, ни неудовольствия, всегда оставался сердечным, простым в обращении. Если даже случится, что иной больной нанесет врачу оскорбление, нужно отнестись к этому спокойно, проявить находчивость и такт, найти такие слова, которые подействовали бы на больного сильнее, чем резкая отповедь.

Наряду с этим психотерапевт должен быть откровенным, бесхитростным, принципиальным, особенно твердым и настойчивым в достижении намеченной цели.

Кроме всех этих качеств психотерапевту нужна солидная общетерапевтическая, психиатрическая, неврологическая, психологическая и художественная подготовка.

Необходима пытливая наблюдательность, нужно избегать готовых формул и шаблонов, схем и рецептов, индивидуализировать лечение.

При всесторонней образованности, глубококом умственном развитии нужен еще, как говорит В. Я. Данилев-

460

ский, «ясный, трезвый, пронизательный взгляд, от которого не скроется ничего существенного, важного. Недостаточно уметь мыслить,— надо еще уметь наблюдать, уметь подмечать все то, что важно для характеристики больного человека вообще и для разных отклонений от нормы как признаков заболевания».

Психотерапевт должен быть таким врачом, каким был С. П. Боткин,— «лучшим олицетворением законченного и плодотворного союза медицины и физиологии, тех двух родов человеческой деятельности, которые на наших глазах воздвигают здание науки о человеческом организме и сулят в будущем обеспечить человеку его лучшее счастье — здоровье и жизнь» (И. П. Павлов).

Психотерапевт, как и каждый врач, должен быть тонким диагностом и терапевтом, не схоластом, а истинным ученым, не теоретиком, оторванным от жизни, а практиком, всегда идущим в ногу с жизнью, народом, прогрессом.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Фактическим началом организации психотерапевтической помощи в нашей стране можно считать деятельность В. М. Бехтерева и А. А. Токарского (организация гипнотариев и др.).

Однако серьезно начали заниматься этой проблемой несколько позже (В. Е. Рожнов, И. З. Вельвовский, И. К. Янушевский, Г. В. Зеневич, М. Х. Гонопольский, И. А. Жуков, В. В. Плавинская и др.).

Известно, что психиатрическая помощь осуществляется в больницах (стационарах) и внебольничных учреждениях (в диспансерах— районных, городских, областных, краевых и республиканских). В диспансерах работа строится по принципу участковости.

И. З. Вельвовский считает, что основной организационной ячейкой системы «поэтапно-реконструктивной психотерапии» должен быть психотерапевтический кабинет.

В поликлиническом звене имеется три типа кабинетов: 1) кабинет психотерапии в психоневрологическом диспансере; 2) кабинет психотерапии в поликлиниках общемедицинского типа; 3) кабинет психотерапии в учреждениях специального назначения (наркологические,

461

логопедические, сексологические, женские консультации, педиатрические, эндокринологические, фтизиатрические, дерматологические и др.).

#### ПСИХОТЕРАПИЯ И ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Нужно признаться, что многие молодые врачи по окончании медицинского института мало осведомлены о принципах психотерапии. Больше того, некоторые врачи, применяющие психотерапию, особенно гипнотерапию, проводят ее, как говорил К. И. Платонов, кустарно.

Вообще вопрос о психотерапевтической подготовке врачей не является новым. Еще в 1898 г. на Международном конгрессе в Париже при активном участии акад. В. М. Бехтерева было принято постановление о необходимости обязательного курса гипноза во всех высших медицинских учебных заведениях. С тех пор этот вопрос неоднократно поднимался в литературе.

М. В. Черноруцкий, соглашаясь с М. И. Аствацатуровым, говорит, что психотерапия в своих элементарных формах должна применяться всеми врачами вообще, и предлагает ряд организационных мероприятий в области психотерапии: преподавание в медицинских институтах медицинской психологии, общеклинической психопатологии, разработка методики обследования больного с уделением особого внимания анамнезу, что является уже началом психотерапии.

К. И. Платонов (1930) также писал о необходимости преподавания в медицинских вузах краткого курса общей психотерапии, а в институтах усовершенствования врачей — частных курсов

психотерапии по специальности.

Действительно, сейчас каждому должно быть ясно, что общая психотерапевтическая работа во всех разделах лечебной медицины должна проводиться самим лечащим врачом и, основное, не от случая к случаю, не эпизодически, а систематически и повседневно.

Задача врача заключается в том, чтобы поднять тонус больного как активной социальной личности, учитывая все его индивидуальные психические особенности и переживания, степень реакций на боль и т. п., устрани-

462

нить нежелательные установки и умозаключения больного, повысить общий биотонус организма. Эта важная часть лечебной работы не находит еще должного отражения в системе подготовки врачей в медицинских вузах, на курсах специализации, усовершенствования и в работе органов здравоохранения.

Психотерапию в медицинском институте необходимо преподавать в связи с отсутствием у некоторых студентов-медиков и молодых врачей сознания важности умелого подхода к больному человеку и значения психического воздействия.

Высшая медицинская школа должна воспитать у будущего врача гуманное, чуткое, внимательное отношение к больному.

Вообще подготовка по психотерапии должна вестись не только на кафедре психиатрии, а и на всех клинических кафедрах медицинских учебных заведений с учетом, конечно, специфических особенностей той или иной специальности. Преподаватели в своих лекциях должны объяснить студентам большое значение психического состояния больного для всего хода лечения, роль психогенных факторов в течении болезненного процесса, освещать вопросы профилактики различных невротических наслоений.

Иначе говоря, постановка медицинского образования должна быть такой, чтобы учащийся приобретал необходимые сведения о применении того или иного вида психотерапии в пределах своей специальности и наряду с этим мог пользоваться всеми методами лечения, не относящимися к ней.

Но если даже врач не сможет в своей практической деятельности лично применить тот или иной специальный метод психотерапии, он все же должен быть знаком с ее общими положениями и техническими приемами, чтобы в случае надобности оказать необходимую психотерапевтическую помощь.

Настало время пересмотреть вопрос об исключительном праве психотерапевтов пользоваться методами психотерапии, включая гипноз.

И совершенно прав О. Витке, который говорит: «Не думайте, однако, что я желал бы сохранить психотерапию больных только для нас, невропатологов, или же что я считаю, что мы во всяком случае должны в ней

463

больше разбираться. Психотерапией должен заниматься всякий, желающий быть врачом, а не ремесленником».

С вопросами психотерапии и психотерапевтического подхода к больным должны быть ознакомлены не только студенты и молодые врачи, но и, как указывалось выше, средний и младший медицинский персонал, причем не только психоневрологических учреждений, но и общесоматических лечебных учреждений, больниц, диспансеров, поликлиник. При этом особенно ценным будет анализ конкретных случаев психотравматизации больных, в которой наиболее часто бывает виновен именно медицинский персонал, особенно при отсутствии врача в отделении. Ознакомление медицинского персонала с общими и частными вопросами психотерапии, с учением о неврозах может явиться важной предпосылкой предупреждения ятрогений, психотравматизации больных и даже повышения уровня профилактики нервно-психических заболеваний.

С другой стороны, углубление знаний врача по этим вопросам послужит одним из факторов улучшения специализированной медицинской помощи сельскому населению.

Как видно из сказанного, именно организационная сторона психотерапии явно отстает от возросших требований нашего здравоохранения. Поэтому вполне рационально создать сеть диспансерных и поликлинических психотерапевтических амбулаторий (К. И. Платонов), особенно для больных-невротиков, которым, как известно, не всегда показано стационарное лечение. Кроме того, сейчас считают целесообразным открыть специальные психотерапевтические амбулатории и

при психоневрологических клиниках. Такие амбулатории были при клиниках С. С. Корсакова и В. М. Бехтерева. Наконец, психотерапевтическая помощь должна быть организована в санаториях, на курортах, в госпиталях.

Уже в первые годы после Октябрьской революции В. П. Осипов ставил вопрос о том, что для широкого применения психотерапевтических методов необходимо открыть даже специальные лечебные или, в крайнем случае, особые отделения при лечебницах. В. П. Осипов считал, что в таких лечебницах персонал «должен быть особо подобран и обучен, чтобы те благоприятные и иногда трудно получаемые результаты, которых удастся

464

достигнуть, не были разрушены случайным и неуместным вмешательством».

Большинство психотерапевтов сейчас считают, что изданную в 1923 г. НКЗ РСФСР инструкцию, ограничивающую применение гипноза, необходимо отменить: она, во-первых, не соответствует современному научному обоснованию гипноза, а во-вторых, подрывает доверие и к врачу, и к самому методу.

В настоящее время существует инструктивный документ, составленный В. Е. Рожновым (1957 г.) — «Методическое письмо», который является руководством к применению гипноза в лечебных целях во всех лечебных учреждениях СССР.

Итак, подводя итог, необходимо отметить следующее. Вопросы психотерапии чрезвычайно сложны. Много еще потребуется труда, чтобы они были окончательно разрешены. На современном уровне знаний психотерапия вовсе не является совершенной, но теоретически достаточно обоснована и имеет достаточно твердую базу и прочный фундамент — физиологическое учение и идеи нервизма.

Одной из основных задач современной теории психотерапии является выяснение сущности гипнотического торможения. Разрешение этого вопроса может пролить свет и на сущность других видов торможения.

В связи с этим необходимо, чтобы проблемами гипноза занимались не только клиницисты, но и физиологи и патофизиологи. Именно применение гипноза может явиться важным средством изучения многих вопросов физиологии и патофизиологии и, в частности, основных нервных процессов — торможения и возбуждения. Ведь гипнометодика является наиболее «чистой» по сравнению, например, с другими средствами, вызывающими торможение и парализ.

Необходимо дальнейшее изучение влияния условий внешней среды как психотерапевтического фактора, их взаимоотношений с внутренней средой, проблем рациональной психотерапии, косвенной психотерапии, коллективной психотерапии, самовнушения, аутогенной тренировки и др.

Из более узких и специальных вопросов психотерапии нуждается в разработке проблема внушения и внушаемости в связи с типом высшей нервной деятельности; да-

465

лее, необходимо изучить влияние гипноза на высшую нервную деятельность при различных патологических состояниях, на кору, подкорку, вегетативную нервную систему, интеллект, причем в разных гипнотических фазах. Разумеется, требуется еще тщательное изучение сигнальных систем действительности (в разных фазах гипноза), а также «сторожевых пунктов», диагностики стадий гипноза, их тонких градаций, физиологических и соматических изменений при них.

Когда ставится вопрос об изучении физиологии и психологии гипноза и вообще психотерапии, то здесь прежде всего речь должна идти об изучении клинического, физиологического, биохимического (физико-химического), и, конечно, оно должно быть комплексным, с применением не одной, а ряда методик (электроэнцефалография, хрононаксиметрия, капилляроскопия, ассоциативный эксперимент, условнорефлекторные методики и пр.).

Необходимо проследить за поведением радиоактивных изотопов в организме гипнотика при различных стадиях гипноза в норме и патологии.

Задача советской психотерапевтической школы — выработать показания и противопоказания в отношении каждого вида психотерапевтического воздействия, щадящего (охранительного) и стимулирующего (тренирующего) режима.

Не менее важно изучение методики психотерапии. Методик психотерапевтического воздействия существует достаточно много, но еще не выяснено, какая из них наиболее успешно может быть применена при той или иной нозологической единице, при том или ином синдроме. Выбор психотерапевтического метода в каждом отдельном случае должен зависеть от специальной

индикации (L. Haas, 1960).

Психотерапия должна научить смотреть на явления, происходящие в гипнозе, с позиций нервизма, подмечать в этих явлениях не только новые факты, но и такие, которые противоречат привычным взглядам и установкам старых психотерапевтов, гипнологов. Факт и опыт — это уже много. Но и факт, и опытами по себе объясняют далеко не все, и наши взгляды останутся поверхностными, если эти факты и опыты из психотерапевтической практики не будут проанализированы на основе подхода к ним с позиций физиологической науки.

466

Собственно психотерапия должна основываться на научном обобщении психотерапевтической практики. Вдумчивый, прогрессивный психотерапевт обязан постоянно вести борьбу с поверхностной, «рецептурной» психотерапией.

Как видим, перед психотерапией стоят трудные и сложные задачи. Но сложность задач не останавливает передовую научную мысль, загадочность лишь мобилизует на поиски новых и новых истин. И недалек тот час, когда, как говорил Н. Г. Чернышевский, «диалектика души» человеческой будет раскрыта и человечество познает не только внешнее, объективное, макро- и микрокосмос, но и внутреннее, субъективное, духовное.

Список

рекомендуемой литературы

Алексеев А. В. О мобилизующем самовнушении.— В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968.

Андреевкова Н. Роль семьи на различных этапах социализации индивида. 12-й Международный семинар по исследованию семьи. М., Медгиз, 1958.

Анохин П. К. Эмоциональные напряжения как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы.— «Вестн. АМН СССР», 1965, № 6.

Аптер И. М. О психотерапии психогенной импотенции.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., Медгиз, 1958.

Аптер И. М. Некоторые итоги психотерапии сексуальной патологии у мужчин и женщин.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.

Артамонов В. П. К вопросу о психотерапии шизофрении.— В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968.

Арутюнов В. Я., Калтград С. М. Охранительный режим с длительным гипнотическим сном при лечении некоторых дерматозов.— «Вестн. дерматол.», 1956, № 1, с. 8.

Архангельский Г. В. Физиологические основы изучения состояния нервной системы больных в дерматологической клинике. «Ж. высш. нерв. деят.», 1952, т. 2, вып. 5.

Асатиани Н. М. Психотерапия невроза навязчивых состояний.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Астахов С. Н. Лечебное действие слова. Л., «Медицина», 1962.

Балтпурвин-Безуглова Г. И. Психопрофилактическое обслуживание беременных.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.

Бамбас Б. С. Психотерапия неврастения и астенических состояний.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. М., «Медицина», 1967.

Бараш Я. И. Лечение больных с функциональными нарушениями половой сферы в условиях курорта.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.

Барашевская О. П., Ромен А. С., Свядоц А. М. Электрическая активность мозга во время аутогенной тренировки.— В кн.: Материалы научной конференции психиатров республик Средней Азии и Казахстана. Фрунзе, 1961. .

Бассин Ф. В. Проблема бессознательного. М., «Медицина», 1968.

Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А. К современному пони-

468

манию психической травмы и общих принципов ее психотерапии.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Бехтерева Н. П. Вступительное слово.— В кн.: Нейрофизиологические механизмы психической деятельности человека. Л., «Медицина», 1974.

Бехтерева Н. П., Бундзен П. В. Нейрофизиологическая организация психической деятельности человека.— В кн.: Нейрофизиологические механизмы психической деятельности человека. Л., «Медицина», 1974.

Брусиловский Л. С. Опыт использования музыкально-ритмической активности в комплексной восстановительной терапии больных шизофренией с хроническим течением.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.

Буль П. И. Основы психотерапии. Л., «Медицина», 1974.

Бурно М. Е. Внушение и самовнушение.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Бурно М. Е. Психотерапия психастении.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Буртянский Д. Л., Кришталь В. В. Некоторые вопросы психогигиены и психопрофилактики первичной мужской импотенции.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия. Л., «Медицина», 1973.

Васильченко Г. С. Различные клинические типы мастурбации и их идентификационные критерии.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Вейн А. М. Нарушения сна и бодрствования. М., «Медицина», 1974.

Вельвовский И. З. «Чреспредметное» внушение.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Вельвовский И. З. Вопросы организации психотерапевтической помощи.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Вельвовский И. З. Психотерапия в акушерстве и обезболивание родов.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

Вид В. Д. Групповая психотерапия и клубные методы в реабилитации больных шизофренией.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.

Владимиров-Клячко С. В. О некоторых возможностях устранения половой дисгармонии между супругами в процессе лечения импотенции.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Воловик В. М. Семейная психотерапия в комплексном лечении больных в инициальном периоде шизофрении (клинические предпосылки и принципы).— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.

Воловик В. М., Вид В. Д. Роль групповой психотерапии в восстановлении общения у больных шизофренией.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1974, т. 74, вып. 5.

Вольперт И. Е. Психотерапия. Л., «Медицина», 1972.

Вольперт И. Е., Говоров Н. С. К вопросу о методах театрализации

469  
в психотерапии.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.

Востриков Е. Г. Психотерапия больных некоторыми сердечно-сосудистыми заболеваниями и неврозами на соматически измененной почве с ведущим кардиофобическим синдромом.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов 1974.

Гапонова В. Д., Осипова Т. А. Музыкалотерапия в комплексном лечении больных клиники неврозов.— В кн.: Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии. Вып. 14, Л., «Медицина», 1970.

Гатауллин М. М. Комбинированное лечение половых расстройств у мужчин.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.

Гиляревский С. А., Тарасов К. Ф. Диалектический материализм и медицинская диагностика. М., «Медицина», 1973.

Голанд Я-Г. О ступенчатом построении психотерапии при гомосексуализме.— В кн.: Актуальные вопросы клинической психиатрии. Горький, 1972.

Горбачева С. П., Момот М. И. Роль психотерапии среди супружеских пар при дисгамии и вагинизме.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Гоштаутас А. А., Пурас А. А. Тревога, экстраверсия и неврозы. Сосудистая патология головного мозга. Вильнюс, 1974.

Гудкович Л. Н., Мейтина Е. Н. Аноргазмия — причина и следствие дезадаптации в браке и методы ее психотерапии.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.

Деглин В. Я. Основы клинической психотерапии неврозов.— Ё кн.: Руководство по психотерапии.



- М., «Медицина», 1971.
- Демиденко Т. Д., Киселев В. А., Львова Р. И. Психотерапия в сочетании с трудовой терапией в системе реабилитации постинсультных больных.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Демиденко Т. Д., Киселев В. А. Применение психотерапии в клинике нервных болезней.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Дмитриева И. В. Опыт применения групповой психотерапии при неврозах детского возраста.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Днепровская С. В. Психотерапия затяжных депрессий.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Жунко В. В. К особенностям психотерапии алкоголизма в лечебно-трудовых профилакториях.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Загородный П. И. Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. Л., «Медицина», 1970.
- Зайцева В. Т. Психопрофилактика при гипотонических состояниях среди сельского населения.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Зайцева В. Т., Злуникина М. К. Электросон и психотерапия в комплексе лечебных средств при неврастении.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Захаров А. И. Динамика семейной психотерапии в клинике неврозов детского возраста.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Зачепиский Р. А. Психотерапия истерии.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Иванов Н. В. Амбулаторная психотерапия неврозов.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Карандашева Э. А., Мишина Т. М. Психологический анализ вариантов исхода психотерапии больных с невротическими фобиями.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапия в клинике нервных болезней.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1971.
- Картамышев А. И. Психотерапия в кожной клинике.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Касаткин В. Н. Теория сновидений. Изд. 2-е. Л., «Медицина», 1972.
- Ковалев А. Г. Психология личности. М., «Медицина», 1970.
- Корин Г. Г. Половые расстройства у мужчин. Л., «Медицина», 1973.
- Котяева Т. В. Психотерапия в системе восстановительного лечения больных неврозами с профессиональными дискинезиями.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Коцафанэ Т. Н. Опыт организации и проведения психотерапии больных неврозами в условиях специализированного санатория.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Курлеутов З. М. Некоторые психологические факторы, возможно, влияющие на исход реанимации.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Лебединский М. С. Очерки психотерапии. Изд. 2-е. М., «Медицина», 1971.
- Лебединский В. В., Олихейко О. С. Игротерапия при шизофрении раннего детского возраста.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1972, № 11.
- Либих С. С. Психотерапия психозов (ее место, задачи, методы).— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Либих С. С. Психотерапия и медицинская психология.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Либих С. С. Коллективная и групповая психотерапия.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Липгарт Н. К., Лившиц Р. Е. Значение психотерапии в амбулаторном лечении неврозоподобных состояний при органической патологии головного мозга.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Личко А. Е., Богдановская Л. В., Эйдемиллер Э. Г. Некоторые особенности

- психотерапевтического подхода в подростковой психиатрической клинике,— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Маковский И. М. К вопросу классификации половых расстройств.— В кн.: Неврозы. Материалы Респ. конфер. невропатол. и психиатр. УССР. Харьков, 1974.
- Мартыненко А. А. Методика психотерапии при сахарном диабете в условиях курорта.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Мелехов Д. Е. Проблемы реабилитации психически больных.— 471
- В кн.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М., «Медицина», 1974.
- \*
- Мелькумова М. А., Виш И. М. Применение психотерапии в лечении хронических колитов.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Мельницкая П. К. Психотерапия некоторых болевых синдромов.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Мирзоян А. С. О психотерапевтическом значении сексуального образования в общем комплексе психотерапии сексуальных расстройств у мужчин.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Митрохин Л. Н. «Социальная терапия» Билли Грейэма.— «Вопр. филос», 1973, № 6.
- Момот М. И., Некрасова Е. С. Иглотерапия, потенцированная психотерапией как метод лечения функциональных сексуальных расстройств при органических заболеваниях головного мозга.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Момот М. И., Помка Г. И. Сравнительная характеристика сексуальных нарушений у больных^ неврозами и у больных с невро-зоподобными расстройствами при органических заболеваниях головного мозга.— В кн.: Неврозы. Материалы Республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974.
- Мушер Я. М. Психотерапия в комплексе санаторно-курортного лечения больных неврозами и неврозоподобными расстройствами при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.— В кн.: Неврозы. Материалы республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974.
- Невзорова Т. А. Психотропные средства в стоматической медицине. М., «Медицина», 1971.
- Нешков Н. С. К вопросу психопрофилактики и психотерапии сексуальных дисгармоний у женщин.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Орлова Э. Некоторые методологические предпосылки исследования неблагополучных семейных отношений. 12-й Междунар. семинар по исследованию семьи. М., 1972^
- Павлов И. П. Двадцатилетний опытобъективного изучения в н. д. (поведения) животных. М.— Л., 1938.
- Павлов Н. В. и Поворинский Ю. А. К вопросу о взаимодействии первой и второй сигнальных систем в сомнамбулической фазе гипноза.— «Ж. высш. нерв, деят.», 1953, т. 3, вып. 3.
- Павловские клинические среды. Т. 1. М.— Л., Изд-во АН СССР, 1949.
- Павловские клинические среды. Т. 3, М.— Л., Изд-во АН СССР, 1954.
- Пайкин М. О. К вопросу о применении словесной терапии при рвоте беременных.— «Гр. Украинского психоневрологического института», 1930, т. 19.
- Паламарчук В. М. Опыт психотерапии хронического алкоголизма в поликлинических условиях.— В кн.: Вопросы психотерапии, М., «Медицина», 1966.
- Панков Д. В. Рациональная психотерапия.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- 472
- Первомайский Б. Я., Кузнецова Г. В. О дифференцированном применении психотерапевтических методик в практике «неврозо-логии».— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Перекрестов И. М., Перекрестов Р. И. Аутогенная тренировка при диссомническом синдроме у больных язвенной болезнью.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Перекрестов И. М., Перекрестов Р. И. Некоторые вопросы аутогенной тренировки при мужской импотенции.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Посвянский П. Б. Психотерапия психогенно-функциональных форм мужской половой слабости.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

- Посвянский П. Б. Психотерапия шизофрении.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Прачик Г. П., Котляр Р. А. Наркопсихотерапия больных невротами в условиях психоневрологического диспансера.— В кн.: Невроты. Материалы Республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974.
- Притчин П. К. О роли психотерапии в период реабилитации больных в системе лечебно-трудового профилактория.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Ревенок Е. И., Завилянская Л. И. Психотерапия в комплексном лечении заболеваний печени и желчевыводящих путей.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Решетник Ю. А. К вопросу о психотерапии мужчин, длительно страдающих половыми расстройствами.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Рожановская З. В. Психотерапия при половых нарушениях у женщин.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Рождественская Г. Г. О применении некоторых антидепрессантов при лечении логоневрозов.— В кн.: Невроты. Материалы Республиканской конференции невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1974.
- Рожнов В. Е. Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом.— В кн.: Проблемы алкоголизма (научн. труды ин-та им. В. П. Сербского). М., «Медицина», 1971.
- Рожнов В. Е. Медицинская деонтология и психотерапия.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Рожнов В. Е. Гипнотерапия.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Рожнов В. Е. Психотерапия алкоголизма и других наркоманий.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Рожнов В. Е., Драпкин Б. З. Особенности психотерапии детей и подростков.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Рожнов В. Е., Чаргейшвили Ю. П. Психотерапия, психопрофилактика, психогигиена.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.

473

- Ромен А. С. Самовнушение и его влияние на организм человека. Алма-Ата, 1970.
- Ромен А. С. Психическая саморегуляция, ее значение и возможности.— В кн.: Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973.
- Свядош А. М. Аутогенная тренировка.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Свядош А. М. Психотерапия неврозов военного времени.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Силин Л. Ф. К объективной оценке глубины гипнотического сна.—■ «Казанский мед. ж.», 1970, № 6.
- Слободяник А. П. Применение гирепина при параноидной форме шизофрении с затяжным течением.— В кн.: Дифференциальное применение психотропных средств в психоневрологии. Львов, 1971.
- Слободяник А. П. Состояние реактивности организма у больных шизофренией, резистентных к активным методам лечения.—■ «Тр. 3-го съезда невропатологов и психиатров». Харьков, 1959.
- Слободяник А. П. К вопросу о физиологической трактовке гипноза в свете учения Н. Е. Введенского о парабиозе. Вопросы психоневрологии.— «Тр. Гос. н.-и. психоневролог, ин-та им. В. М. Бехтерева», 1962, т. 30.
- Слободяник О. П. Судова психотерапия. Учебный пособие для студентов юридических специальностей вузов. Львів, Вид-во Львівського університету, 1963.
- Слободяник А. П. с соавт. Клинико-этиологическая характеристика эпилепсии у детей и подростков по Львову и Львовской области.— В кн.: Сборник научных работ. Эпилепсия. Т. 2. М., «Медицина», 1964.
- Слободяник А. П. Психотерапия геронтологических больных.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.
- Слободяник А. П. с соавт. Роль и взаимоотношение эндогенных и экзогенных факторов в этиологии шизофрении.— В кн.: Вопросы неврологии и психиатрии. Львов, 1966.

- Слободяник А. П. с соавт. Хронический алкоголизм и изыскание эффективных методов лечения его.— В кн.: Сборник научных работ Ужгородского университета. Ужгород, 1966.
- Слободяник А. П. с соавт. Клинические особенности и патогенез ипохондрического синдрома при психических и соматических заболеваниях.— В кн.: Проблемы психоневрологии. М., «Медицина», 1969.
- Слободяник А. П., Маслов Е. В., Николин Р. И. О клинических видах и формах алкоголизма и методах борьбы с ним.— В кн.: Алкоголизм. Киев, «Здоров'я», 1970.
- Слободяник А. П., Маслов Е. В., Николин Р. И., Полякова Е. П. О функциональном состоянии щитовидной железы при затяжных формах шизофрении с апатико-абулическим и кататоническим синдромами.— В кн.: Актуальные проблемы медицины. Киев, «Здоров'я», 1965.
- Слободяник О. П., Кротова З. А., Полякова Е. П. До питания хро-щного алкопшзму і бшо! гарячки у жшок.— В кн.: Акту-альн1 питания невролога та пашатрп. Кшв, «Здоров'я», 1973.
- Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов.— «Ж. невропатол. и психиатр.», 1960, № 1.
- 474
- (Снежневский А. В.) Sneznevsky A. V. Nosos et pathos schizophre-niae.— В кн.: Шизофрения. М., «Медицина», 1972.
- Соборное Г. Н. Вопросы организации и проведения занятий по аутогенной тренировке.— В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. Харьков, 1968.
- Спиридонов Н. И. Психотерапия в сочетании с физическими факторами при шейном остеохондрозе.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Срезневский В. В. Гипноз и внушение. Л., 1927.
- Страумит А. Я-, Либих С. С. Место и значение гипноза в индивидуальной и коллективной психотерапии невротозов.— В кн.: Вопросы психотерапии. М., «Медицина», 1966.
- Табачников С. И. Характеристика этапов коллективно-групповой психотерапии при лечении алкоголизма в условиях лечебно-трудового профилактория.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Ташлыков В. А. Клинико-психологическое исследование'представлений об образе врача в предстоящем лечении у больных невротами и психопатиями.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Телешевская М. Э., Виш И. М. Психотерапия в эндокринологии.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Тонконогий И. М. Введение в клиническую нейропсихологию. Л., «Медицина», 1973.
- Тупицын Ю. Я. Клинико-психологические аспекты диагностики и лечения истерии.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Фельдман М. И. Организация противоалкогольной помощи населению Дарницкого района Киева.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Черниловская И. М., Костерева В. Я. Исследование внутрисемейных отношений больных шизофренией (в связи с задачами семейной психотерапии).— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Шепунова Л. П., Качурова В. А. О месте психотерапии при лечении истерии и истерического синдрома при отдаленных последствиях закрытой черепно-мозговой травмы.— В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов, 1974.
- Шкловский В. М. Психотерапия логоневротозов.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Шкловский В. М. Психотерапия в комплексной системе лечения логоневротозов.— В кн.: Руководство по психотерапии. М., «Медицина», 1974.
- Эйдемиллер Э. Г. Особенности семейной психотерапии в подростковой психиатрической клинике.— В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., «Медицина», 1973.
- Юсупов С. Д. О применении психологического феномена «насыщаемости» для психотерапии.— В кн.: Сборник научных трудов. LT. 63. Фрунзе, 1970.
- Alexander L. Hypnotically Induced Hallucinations — "Diss. nerv. Syst", 1971, 32, 2.
- 475
- Barolin G. S. Erfahrungen mit verschiedener Methodik in der Grup-penpsychotherapie.— "Wien. klin. Wschr."; 1970, 82, 15.

- Bilikiewicz T. Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. Wyd. III, Warszawa, 1970.
- Bouchal M., Sekaniova Z. Terapeutické společenství na lůžkovém oddělení pro neurotiky.— "Čsl. Psychiat.", 66, 1970.
- (Chertok L.) Черток Л. Гипноз. Пер. с франц., М., «Медицина», 1972.
- Damian N. Narcoterapia in nervose,— "Neurologia", Бус, 1972, 17, 2.
- (Freud S.) Фрейд З. Будущность одной иллюзии. Пер. с нем. М—Л., 1930.
- Frank L. Die psychokathartische Behandlung nervösen Störungen. Leipzig, 1927.
- Frankl V. E. Die Psychotherapie in der Praxis. Wien, 1961.
- Freud S. Qesammelte Schriften Bd. I—IX, Wien, 1924—1928.
- Freud S. Triebe und Tribschicksale, Bd. X. London, 1949.
- Friedlander K. Die Impotenz des Weibes. Bern — Lpz., 1921.
- Fromm E. Escape from Freedom. New York — Toronto, 1941.
- Fromm E. The Soul Society. New York — Toronto, 1955.
- Frotm-Reichmann F. Psychotherapy of schizophrenia.—Am. J. Psychiat., III, 1954.
- Fujisawa Chikao. Zen and Shinto. N.Y., 1959.
- (Furst D.) Фурст Д. Б. Невротик, его среда и внутренний мир. Пер. с англ., М., 1957.
- Gartney I. L. Psychotherapy, with special reference to the use of hypnosis.— "Brit. J. med. hypnotism", 1957, 8, 3.
- Godbole A., Verinis J. S. Brief Psychotherapy in the Treatment of Emotional Disorders in Physically III Geriatric Patients.— "Gerontologist", 1974, 4, 2.
- Hamilton W. J, Teaching and Learning of Psychotherapy.— "Bull. postgrad." Comm. Med. Univ. Sydney, 1973.
- Hardy I. Psychologie pečě o nemocného. Praha, Avicenum, 1972.
- (Hardy I.) Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Пер. с венг., Будапешт, 1973.
- Hynie I. Lekarska sexuologia.-Osveta, Martin, 1970.
- Imelinski K. Zaburzenia psychoseksualne. Warszawa, 1970.
- Katzenstein A. (Hrsg.). Hypnose, Aktuelle Probleme in Theorie. Experiment und Klinik, Jena, G. Fischer, 1971.
- Kohler Ch., Kiessel A. Bewegungstherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. Lpz., J. A. Barth., 1972.
- (Konecny R., Bouchal M.) Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Пер. с чешек., М., «Медицина», 1974.
- Kratochvil S. Psychoterapie. Praha, Avicenum, 1970.
- Kratochvil S. Podstata hypnozy a spanek. Praha, Akademia, 1972.
- Kratochvil S. Psychoterapie v socialistických zemích.— "Čsl. psychiat.", 69, 3, 1973.
- Langen D. Autogenesl Training und Hypnotherapie.— "Fortschr. Med.", 1971, 89.
- Leder A. Zur Psychotherapie bei Epilepsie.— "Therapiewoche", 1970, 20, 16.
- Malewski J. Nervice i psychoterapia. Warszawa, PZWZ, 1971.
- Masnik R., Bucci L., Isenberg D., Normand W. ("coffee and...": A Way to Treat the Untreatable).— "Am. J. Psychiat.", 1971, 128, 2.
- 476
- Masters H., Johnson E. Human sexual inadequacy. Boston, Little a. Brown, 1970.
- Morrice J. K. W. Group Therapy in Schizophrenia.— "Int. J. Soc. Psych", 1970, 16, 4.
- Pogorzelski W. Wlasne doswiadczenia w hypnoterapii chorob psy-chosomatycznych.— "Przeegl. lek.", 1971, 28, 12.
- Puenescu-Podanu A. Пэунеску-Подяну А. Трудные больные. Неопределенно выраженные, трудно объяснимые страдания. Пер. с румынск., Бухарест, 1974.
- Reklinski M. Przyszlosc psychoterapii i psychoprofilaktyki w maso-wych srodkach informacji.— "Psychiat. pol.", 1972, 6, 5.
- Schipkovensky N. Jatrogenie oder befreiende Psychotherapie. Lpz., 1970.
- Schwabe Ch. Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Storun-gen, Jane, 1972, 2.
- Simon W. B., Wood J. E. Psychotherapy in a Public Mental Hospital.— "Mental Hyg.", N.Y., 1971, 55, 2.
- Skala J. Rehabilitace alkoholiku.— In: Skalickova O. e.a.: Rehabilitace v psychiatrii. Praha, Avicenum, 1971.
- Vymetal J, Nedirektivni "Gesprachpsychotherapie" podle prof. R. Tausche.— "Čsl. psychiat.", 69, 1973.
- Wineburg E. N.. Straker. An Episode of Acute Self — Limiting De-personalization Following a First Session of Hypnosis Amer.— "J. Psychiat.", 1973, 130, 1.

Содержание	
Предисловие к третьему изданию.....	3
Введение.....	5
Часть первая. КРАТКИЙ КРИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НЕКОТОРЫХ ТЕЧЕНИЙ, МЕТОДОВ И СИСТЕМ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ .....	15
Часть вторая. ОСНОВЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ .....	57
Психотерапевтическая роль факторов внешней среды. Роль лечебного учреждения и его психотерапевтическое воздействие на больного .....	65
Теория отражения и учение И. П. Павлова о первой и второй сигнальных системах. Учение о слове и его огромной терапевтической роли.....	83
Специальные методы психотерапии.....	100
Комбинированные методы психотерапии....., .	139
Часть третья. УЧЕНИЕ О СНЕ И ГИПНОЗЕ ....	151
Сущность гипноза. Физиологическая (павловская) теория сна. Учение о ретикулярной формации и сон . . ,.....	161
Физиологическая сущность сновидений ,»...■.	169
Допавловские теории гипноза .....	174
Теория В. М. Бехтерева.....	177
Физиологическая (Павловская) теория гипноза .....	178
Влияние внушенного сна (гипноза) на отдельные физиологические и психические функции. Физиологические функции при гипнозе.....	206
Психические функции при гипнозе.....	224
Часть четвертая. ТЕХНИКА И МЕТОДИКА ГИПНОЗА .....	243
гипноза.....	267
478	
Дополнительные сведения о гипнозе .....	277
Часть пятая. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ . .	309
Психотерапия неврозов . .....	317
Шизофрения.....: •	390
Реактивные психозы и состояния.....	396
Маниакально-депрессивный психоз. Циклотимия .....	398
Эпилепсия ,.....	399
Пресенильный психоз .....	401
Патологический климакс .....	402
Психотерапия в старческом возрасте.....	403
Травматические повреждения центральной нервной системы	405
Психотерапия при психоневрологических заболеваниях у детей. Депривация, психическое голодание. Фрустрация , . .	406
Психотерапия при соматических заболеваниях .....	414
Психотерапия и психофармакология .....	440
Психотерапия и поддерживающая терапия.....	442
Психотерапия в курортологии , .....	442
Психотерапия в практике военного врача .....	443
Психотерапия в спортивной практике ,.....	447
Психотерапия в экспертной практике ....	448
Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия.....	449
Психотерапия и медицинская психология .....	450
Внушение в гипнозе как метод диагностики. Некоторые аспекты физиологических механизмов воздействия в гипнозе. О механизмах выздоровления .....	452
Терапевтическое значение личности врача , .....	456
Организация психотерапевтической помощи.....	461
Психотерапия и высшее медицинское образование ....	462
Список рекомендованной литературы ».....	468
Александр Павлович Слободяник ПСИХОТЕРАПИЯ, ВНУШЕНИЕ, ГИПНОЗ (Издание третье, исправленное и дополненное)	
Научный редактор Е А Рушкевич	

Редактор издательства Т. С. Люстерник  
Оформление художника Ю. Г. Новикова  
Художественный редактор Т. #. Смолякова  
Технический редактор В. П. Бойко  
Корректор Т. Я. Рогачевская

Информ. бланк № 495.

Заказ 739. Сдано на производство 24/ХЦ 1976 г. Подписано к печати 23/VI 1977 г. Формат 84X108Va2 Доп тираж 50 000 экз Уч-изд л 28,16. Физ печ л 15,0 Уел печ л 25,20. Бумага тип № 3. Цена 1 р 90 коп.

Издательство «Здоров'я», г. Киев, ул. Кирова, 7, тел. 93-15-36

Отпечатано с матриц Головного предприятия на Киевской книжной фабрике республиканского производственного объединения «Полиграфкнига» Госкомиздата УССР, Киев, ул. Воровского, 24