

II.

Безболезненно прошедшие роды под влиянием внушения, успешно проведенные д-ром Шестопалом гинекологические операции в глубоком гипнозе и произведенная 6/II с. г. аналогичная операция при тех же условиях и с таким же результатом в Харьковской мединститутской гинекологической клинике проф. Хажинского, вне всякого сомнения должны возбуждать к себе глубокий теоретический и практический интерес, особенно теперь, когда гипноз и применение его в области медицины снова является вопросом дня.

Весьма интересным и ценным оказывается случай родов студ.-медики З—ой в связи с ее личным описанием всего пережитого с момента принятого ею решения произвести над собою эксперимент обезболивания процесса родов внушением в гипнозе.

Такие документы являются редкими и ценными в гипнологической литературе, т. к. они позволяют более точно разбираться в гипноидных состояниях и в более полной мере оценивать силу внушения, помогая т. о. скептикам легче подойти к разбору и пониманию «загадочных» явлений гипноза, малая осведомленность о котором у одних, полное отсутствие таковой у других и, наконец, извращенное о нем представление у третьих порождают самые противоречивые и ложные взгляды на явления его.

Такого рода положение нельзя считать нормальным и желательным, т. к. метод применения гипноза и внушения у постели больного в определенных случаях и при известных условиях может явиться, как это показывают наблюдения, единственным и исключительным, принося существенную пользу одной стороне и давая огромное нравственное удовлетворение другой. В заявлении нашей первороженицы, что она «почти никогда не встречала сочувствия» в своих стремлениях прибегнуть к гипнозу и в выражениях, с которыми пришлось встречаться ей—«такая темная область»..., «неизвестно, как отразится на ребенке»..., «а вдруг процесс родов затянется»...,—в этих



выражениях ярко отражается существующее даже среди врачей отношение к гипнозу и внушению. Это обстоятельство и побуждает меня, хотя бы в кратких чертах, коснуться здесь тех вопросов, которые могут быть поставлены в связи с описанными наблюдениями.

Всякого мало знакомого с учением о внушении и гипнозе, прежде всего, должен заинтересовать первый случай, когда роды прошли, по выражению самой роженицы, «в здоровом уме и твердой памяти»—в бодрствующем состоянии, и гипноза, следов., никакого не было. Где же гипноз? Почему же отсутствие болей? Нет ли тут случайного совпадения? Ведь бывают же случаи безболезненных родов без всяких гипнозов и внушений...

Для объяснения этого нужно сказать следующее:

Опыт и наблюдение показывают, что нет ни одной высшей и низшей функции центральной нервной системы, которую нельзя было бы искусственно призвать к действию, как во время самого гипнотического состояния, так и после пробуждения. Явления эти простираются от простого паралича конечности до полного превращения личности. Интересным является реализация внушенного через определенный срок по пробуждении. Известны случаи, когда внушенные задания осуществлялись через много месяцев по пробуждении с поразительной точностью.

Так, напр., проф. Бони внушил 14 июля 1884 г. г-же А., что 1-го января 1885 года она увидит его—он поздравит ее с новым годом и тотчас-же вслед за этим исчезнет. 1 января 1885 г. проф. Б. находился в Париже, а г-жа А. в Нанси. Последняя рассказывала в этот день своим близким, что в 10 час. утра, в ее дверь постучались и в комнату вошел д-р Бони, поздравил ее с новым годом и поспешно удалился. Внушенная галлюцинация реализовалась через  $5\frac{1}{2}$  мес. Проф. Льежун загипнотизировал 12 октября 1885 г. в 10 ч. утра в клинике Льебо одного молодого человека Поля М. Он ему внушил совершить через год ряд весьма сложных действий, что и было выполнено в точности. Может быть также внушена реализация внушения в течение известного периода времени, как непосредственно после пробуждения, так и через определенный срок. Так, если я внушаю в гипнозе, что проснувшийся потеряет речь или оглохнет на 20 мин., то только по прошествии этого периода времени, к нему возвратится речь или слух, или если внушить гипнотику, что через неделю у него будет терпнуть рука в течении 3 часов—то это так



и будет. Эти явления легко наблюдаются почти у каждого гипнотика и экспериментально доказаны.

Эта группа явлений образует т. н. постгипнотические реализации внушенного, а самый процесс прививания подобных явлений называется постгипнотическими внушениями.

И вот, в нашем случае родов было произведено постгипнотическое внушение, т.-е. на предварительных, подготовительных сеансах прививалась идея о безболезненности схваток, потуг и других моментов родов. И З—а, действительно, будучи в бодрствующем состоянии, продолжая свою обычную жизнь, осуществляла внушенное, т.-е. не ощущала болей при схватках, потугах и родах. Только лишь во время акта родов шло подкрепление внушенного, иногда в слегка дремотном, почти бодрствующем состоянии роженицы и появившаяся было боль во время давления плодом на крестцовое сплетение была сейчас же уничтожена соответствующим внушением при бодрствующем состоянии рожавшей; также были устранены, как общее дрожание, охватившее роженицу по выходе плода, так и болезненность при накладывании швов в области надрыва промежности. Это обстоятельство и является подтверждением не случайного совпадения внушения с безболезненностью родов, а действительно существующей аналогии, внушенной врачом.

На ряду с этим возникает другой вопрос, всегда волновавший и всегда волнующий всех тех, кто мало знаком с проявлениями нормального гипноза у человека и применением его, как одного из лечебных приемов в области психотерапии. Это—вопрос о вредном влиянии гипнотического состояния, как такового, на человека и, наконец, ряд вопросов, чисто практического характера: как пользоваться в желаемом направлении гипнозом, как его вызывать, что для этого нужно знать и кто может это осуществить?

Прежде, чем дать ответы на эти вопросы, будет не лишним сделать небольшое отступление и вкратце\*) изложить то теоретическое воззрение на явления нормального гипноза, которое диктуется современным научным пониманием механизма нашей высшей нервно-психической деятельности.

Прежде всего нужно сказать, что флюидическая теория Mesmer'a, который учил, что магнетизер должен обладать какой-то

\*) Более подробно см. К. И. Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. Печатается.



магнитической силой, которую он передает при помощи пасс, имеет лишь историческое значение; такое же значение имеет и взгляд на гипноз Парижской школы Шарко, трактовавшей состояние гипноза, как болезненное состояние нервной системы, как искусственно вызванный истерический невроз.

В настоящее время гипноз и его явления рассматриваются под углом зрения Нансийской (психологической) школы (*Льебо, Бернгейм, Бони, Форель*), привлекавшей в дальнейшем на свою сторону всех научных исследователей вопроса, и с точки зрения этой школы явления гипноза суть результат деятельности определенных психических процессов, в основе которых лежит одно из важнейших свойств человеческой психики, а именно—т. н. *внушаемости*, играющей, как известно, огромную роль в индивидуальной и общественной жизни человека, и причина развития гипнотического состояния лежит больше в самом гипнотизируемом, чем гипнотизере. Последний лишь пользуется внушаемостью первого.

Является ли гипноз для нас чем-то непонятным, таинственным, или явлением несуществующим,—и исследователь и наблюдатель являются жертвою обмана?

В настоящее время мы не можем не только отрицать существования т. н. гипноза, но не можем сказать, что мы не понимаем этих поразительных, удивительных проявлений его. Исследование вопроса видными авторитетами Запада и России (*Бернгейм, Бони, Форель, Веттерштрэнд, Молль, Левенфельд, Крафт-Эбин, Оскарт-Фогт, В. Я. Данилевский, В. М. Бехтерев, И. П. Павлов* и мн. др.) срывает с гипноза завесу «таинственности», «колдовства» и ставит его в разряд естественных, свойственных животному организму, явлений.

Нужно согласиться, что подробный анализ искусственно вызываемых явлений самого гипноза и явлений в нем происходящих, параллельный анализ естественного сна и психических процессов, в нем наблюдаемых, вплоть до возможности некоторыми, спящими обычным сном, воспринимать и перерабатывать внешние раздражения и воспринимать и выполнять внушения извне,—этот анализ должен устанавливать полное тождество между сном естественным и т. н. «гипнотическим» сном\*).

Разница лишь в том, что последний является *внушенным* сном, во время которого *искусственно* устанавливается

\*) Подробный анализ будет представлен в другой статье, готовящейся к печати.



изолированная связь усыпленного с «гипнотиком» (*Бернгейм, Фореель, О. Фогт, Бехтерев*).

Как естественный сон содержит в себе различные состояния частичного бодрствования (сновидения, речь, движения, творческая работа и т. п.) и частичного сна (ферворн), так и во внушенном сне имеются аналогичные состояния. Но в «последнем» частичное бодрствование может оказываться ярче выраженным, являясь результатом обострения одного из свойств бодрствующего сознания—внушаемости. И благодаря этому, все же явления частичного бодрствования, которые развиваются в подсознательной, не подотчетной, области во время обычного сна, в «гипнозе», в этом *внушенном* сне, под влиянием «гипнотизера» могут выявляться ярко, образно и сильно, хотя все же в более или менее ограниченных пределах, в зависимости от индивидуальности. Это и дает право известному физиологу *Ферворну* говорить, что «гипноз есть наивысшая степень бодрствования». Хотя нужно сказать, что собственно глубокий гипноз следует рассматривать, как наивысшую степень сна с возможностью вызывания на его фоне явлений наивысшей степени частичного бодрствования—resp. искусственно вызванных различных т. н. «психических» процессов, более или менее изолированных.

По учению Нансийской школы, нет ни одного здорового человека, который бы (за немногими исключениями), в силу собственной ему внушаемости, не мог бы впасть, при известных условиях, в состояние внушенного сна той или иной степени, и не нужно быть истеричным, как этому учила школа Шарко, чтобы впасть даже в наивысшую степень гипноза—сомнамбулизм (Оскар Фогт), resp. глубокий сон. Это положение является в высокой степени важным, т. к. оно позволяет пользоваться внушаемостью для самых разнообразных целей на благо самого же человека, конечно, при умелом пользовании и соответствующих медицинских и медико-педагогических показаниях.

Если Нансийская школа вывела гипноз из области таинственности и ряда оккультных наук, то современное учение о высших функциях головного мозга—рефлексология (Павлов, Бехтерев) подходит к более детальному разрешению вопроса—о механизме всех этих «загадочных» явлений гипноза \*).

---

\*) Изложение учения о природе гипноза с рефлексологической точки зрения дается здесь в весьма краткой форме; более детальное изложение представлено будет в вышецитированной нашей работе, готовящейся к печати.



С точки зрения рефлексологии, resp. физиологии, естественный сон рассматривается, как результат *внутреннего торможения* (Павлов), «гипнотический» же, внушенный сон, должно рассматривать, как результат воздействия *внешних тормозов*, с одной стороны, физических (однообразные раздражения—поглаживание, тикание часов, монотонный голос и т. п.), а с другой—как результат психорефлекторных, ассоциативных, сочетательных процессов (прививание представлений о сне—Бехтерев). *Т. о. гипноз нужно рассматривать, как обычный сон, наступивший психорефлекторным путем.* Этим же путем развивается и т. наз. *аутогипноз.* Но для облегчения наступления этих процессов засыпания и самого сна необходимо то или иное известное эмоциональное состояние желающего подвергнуться гипнозу или вообще подвергнуться влиянию данного врача и др. и в бодрствующем состоянии. Должна быть известная в тот момент сознательная или бессознательная готовность поддаться влиянию. В большинстве случаев тут играет существенную роль, с одной стороны, эмоция страха, благоговения, подавленности, состояние как бы растерянности пред авторитетом, а с другой—эмоция ожидания, что и позволило много лет тому назад В. М. Бехтереву определить гипнотическое состояние, как «своеобразное видоизменение естественного сна, связанного с эмоцией ожидания». Что же касается до всех психофизиологических процессов, искусственно вызываемых в «гипнозе», до невероятности разнообразных, то они также становятся понятными, если подходить к ним со стороны рефлексологии. В основе их лежат те же ряды явлений нервной деятельности, как в состоянии сна, так и бодрствования (раздражение, торможение, концентрация и иррадиация их и т. п.). *В гипнозе, говорит Ферворн, нет ничего принципиально иного, чем то, что происходит в нормальном бодрствовании.*

Необходимо согласиться, что современное учение о высшей нервной деятельности ставит явление гипноза в ряды нормальных естественных феноменов различных моментов мозговой деятельности, снимая с него т. о. печать таинственности, опасности, вредности, как такового состояния, и заставляя смотреть на него, как на одно из естественных явлений природы, как на явление защитного характера, явление биологическое, свойственное животному организму, и серьезное изучение которого имеет высокую научную и практическую ценность.



Если до сего времени о гипнозе среди большинства врачей существовали и существуют извращенные понятия и взгляд, как на нечто вредное для организма, а у некоторых—даже недоверчиво презрительное отношение, то причина этого лежит исключительно в отсутствии надлежащей осведомленности об этих интереснейших явлениях. И нельзя не признать справедливыми, произнесенные в 1911 году на Мюнхенском съезде психотерапевтов слова проф. Форелем: «вину за недостаточное распространение лечения внушением несут медицинские факультеты, которые не желают ничего знать о всех этих вещах». Кто только в самом деле не пользовался в течении прошлых многих столетий гипнозом и внушением в целях благих, серьезных и ради забавы?!... Все, кроме врачей, за исключением лишь отдельных личностей из них, разумно применявших его, принося действительную пользу больному на научных основаниях, но применявших втихомолку, дабы не портить своего имени серьезного врача... К глубокому сожалению и в настоящее время гипнотерапия все же еще находится преимущественно в руках профанов, ничего общего с медициной не имеющих, но в достаточной степени дискредитирующих этот вид психотерапии, который должен быть только в руках врача, но не знахаря, из рук которого и должен быть изъят гипноз. Это необходимо сделать в интересах, как научной истины, так и в интересах больных. Если и существует у некоторых взгляд на гипноз, как на средство, не безвредное для организма человека, то это является лишь следствием неумелого пользования им профанами. Взгляд некоторых на гипноз, как на «психическую травму»—и есть следствие этого неумелого пользования гипнозом людьми несведующими; связанные же с этим те или иные нежелательные, хотя и совершенно безвредные, осложнения у некоторых лиц и приводило к этому ошибочному выводу.

В осведомленных руках нормальный гипноз, этот внушенный сон, абсолютно безвреден и абсолютно безопасен. В этом сходятся, как все авторитеты вопроса (*Бернгейм, Форель, Мооль, Левендфельд, Бехтерев*), так и все те, кто детально теоретически и практически знаком с экспериментальным и лечебным гипнозом. Кто говорит и утверждает противное, тот делает это по неведению.

Позволяю себе привести по этому поводу выдержку из известного большого труда о гипнозе д-ра Левенфельда, относящуюся к главе об опасности гипноза. «Прежде всего я должен



заметить, говорит автор, что за время своего 12-ти летнего применения гипнотического метода лечения, я ни разу не наблюдал каких либо вредных последствий его. Наблюдения других врачей в различных культурных странах, основанные на продолжительном, серьезном изучении и практическом применении гипнотерапии, вполне согласуются с моими собственными данными. Льебо и Бернгейм в Нанси, Берильон (Париж), Форель (Цюрих), Брамгуэль (Лондон), Ротергем (Амстердам) Бехтерев (Петербург), Веттерентранд (Стокгольм), Крафт-Эбино (Вена), Молль (Берлин), Оскар Фогт и мн. др. в Германии и Австрии в своих наблюдениях над тысячами пациентов, подвергавшихся гипнотическому лечению, ни разу не замечали каких либо серьезных, вредных последствий для их физического или душевного состояния. На основаниях этого огромного доказательного материала, можно считать вполне установленным, что гипнотический метод при правильном его применении не влечет за собою никаких опасностей для физического и психического здоровья пациентов и что наблюдавшиеся в некоторых случаях неблагоприятные (но в то же время совершенно невинные—авт.) последствия (нервность, головокружения, сонливость, якобы продолжительная повышенная внушаемость и т. п.) объясняется исключительно ошибочными действиями со стороны гипнотизеров». Каждый, близко знакомый с гипнозом, не может не присоединиться к выводам д-ра Левенфельда.

И действительно, сколько бы мне ни приходилось производить огромного количества самых разнообразных экспериментов, как на весьма многих, так и на одном и том же лице, сколько бы мне ни приходилось в течение 15-ти летней гипнотерапевтической практики иметь дело с подходящими больными, с применением к ним гипноза—я никогда не видал осложнений, которые побудили бы меня отказаться от этого метода лечения, так как самое худшее, что приходилось наблюдать—это лишь безрезультатность лечения.

Все это нужно принять во внимание, в особенности теперь, когда гипноз и внушение пробиваются в акушерскую и хирургическую клиники, как вспомогательное средство, не применявшееся по настоящее время хирургами лишь потому, что они «принципиально не знали и не знают гипноза». С этими словами проф. Дюпре, произнесенными на Мюнхенском психотерапевтическом съезде в 1911 г., нельзя не согласиться.



Но можно ли рассчитывать на гипноз, как на надежное обезболивающее средство? Некоторые из хирургов и гинекологов боятся при этом возможности развития хирургического шока, от которого, между прочим, не избавлен, как известно, и хлороформный наркоз. Нельзя не согласиться, что опасения эти вполне законны и вопрос о шоке, конечно, должен быть предметом обсуждения и исследования. Мне же кажется, что данных для этого не так уж много, чтобы эта боязнь служила серьезным препятствием к применению внушенного сна вместо химического наркоза при ответственных операциях.

Ведь до открытия хлороформного наркоза операции «под гипнозом», как известно, делались в большом количестве, и, если есть действительная внушенная глубокая аналгезия, то операция проходит успешно. Да и наш личный опыт подтверждает это, когда приходилось наблюдать благополучно прошедшие операции, считающиеся весьма болезненными по своему характеру и опасные в смысле шока (брюшные операции, операции гинекологические).

Вышецитированные наблюдения в случае нашего молодого сотрудника, стаж-врача Пайкина, исключают возможность шока, повидимому, при условиях: а) отсутствия болевых ощущений, что проверяется соответствующей беседой со спящим и б) отсутствием при болевых раздражениях рефлекторных движений, что может являться показателем глубокой аналгезии.

В высокой степени интересной в смысле объяснения происхождения шока и угнетения являются высказанные Georges, W. Cril'em на Лондонском интернациональном хирургическом конгрессе (17—20 июля 1923 г.) мысли \*).

Особенно они являются интересными в разбираемом вопросе о шоке в связи с гипнозом, почему и считаю необходимым остановиться на них. Они могут объяснить многое, недостаточно оцениваемое в отношениях к больному врачами, вообще, и хирургами, в частности, и я ограничусь перечислением лишь нескольких выставленных докладчиком положений.

Причину шока и угнетения W. Cril видит в электро-химических изменениях в клетках организма. Человек и животное представляют из себя электро-химические механизмы, построенные по модели составляющих их клеток, кои, в свою очередь, также являются электро-химическими механизмами. Ядро является

\*) Цит. по отчету д-ра Тутковского о с'езде. „Врач. Дело“ 1923 года № 24—26.



положительным, цитоплазма—отрицательным полюсом. Окислительные процессы происходят только в клетке, и постольку, поскольку имеется, *разность потенциалов* между ядром и цитоплазмой, и эта *разница* поддерживается до тех пор, пока существует процесс окисления. Мозг, в сравнении с печенью, положителен, печень отрицательна в смысле электрополюсов. Мозг является площадью с большим потенциалом, печень—с наименьшим. Среднее между ними занимают мышцы и железы. Электрический ток направляется вдоль нервов от более высокого потенциала (мозг) к потенциалу наиболее низкому (печень). Иначе говоря, тело представляется электро-химическим механизмом с положительным полюсом в мозгу и отрицательным в печени. Нервы—проводники, связывающие эти полюсы. Электрическою же жидкостью являются водные растворы солей. Когда один из полюсов удален—организм погибает. Отсутствие кислорода в клетках обуславливает и отсутствие разности потенциалов. Смерть является, показателем равенства потенциалов и, следовательно, чем больше разницы, тем больше жизни. Утомление уменьшает эту разницу. В таком случае отдых и, главным образом, сон являются условиями, благоприятствующими восстановлению уменьшенной от усталости разницы потенциалов в «батареях», правящих организмом. Этой теорией подчеркивается огромное значение отрицательного внутриклеточного дыхания.

Если она имеется налицо перед операцией и во время ее, то шока во время операции быть не может. Отрицательное же дыхание может быть поддержано: при помощи *успокоения* больного пред операцией, окружения его заботливостью при операции, в его же комнате, *прибегая к морфию, к аналгезии*, уничтожая возбуждение при помощи местной анестезии, защищая рану от раздражения осторожно наложенными повязками и т. д. Итак по этой «теории шока угнетения», усталость вызывается большим или меньшим понижением разницы потенциалов в клеточных «батареях», которой и обуславливается внутриклеточное дыхание, *optimum* которого достигается покоем, отдыхом и сном.

Если это так, то что может дать в таких случаях соответствующее внушение и какое колоссально положительное значение может иметь гипноз—этот внушенный сон во всех его степенях! Ничто, как эти факторы: покой, отдых, сон—самостоятельный и внушенный—являются могущественными в процессе восстановления внутриклеточного дыхания и обновления организма во всей



его «батарейной» цельности и в то же время устраняющими возможность развития шока! Повидимому, ведь только этим и можно объяснить то прекрасное самочувствие, которое без соответствующего внушения испытывается непосредственно после внушенно-сонного состояния, потому что гипноз есть действительно наивысшая степень отдыха, идеальное «психофизиологическое равновесие» (*Оберлендер*). Что во внушенном сне оксидация происходит наиболее интенсивно,—это показывают мною сделанные наблюдения быстрого отрезвления от небольшого опьянения алкоголем после 3—5 минутного, только одного, без соответствующих внушений, «гипнотического» сна.

С точки зрения указанной теории, все это становится понятным. С точки зрения ее же, подчеркивается не только важность, но и необходимость применения внушения и гипноза в акушерстве и хирургии, не только как *обезболивающего* средства, но и как *успокаивающего*. Кто хоть раз наблюдал исчезновение подчас смертельного страха и волнения у первородящей пред родами или у больной пред операцией после одного лишь сеанса гипноза, кто видел хоть один раз, как первородящая, под влиянием внушения вершит с улыбкой на лице, без стонов, мучительнейший при других условиях акт родов, кто хоть один раз видел, как загипнотизированный лежит совершенно неподвижно со спокойным нормального цвета лицом на операционном столе во время брюшной операции и как он прекрасно себя чувствует непосредственно после операции и как путем внушения устраняются постоперационные субъективные и объективные осложнения—тот никогда не откажется от внушения и внушенного сна и станет горячим сторонником его во имя блага больного и своего глубочайшего нравственного удовлетворения. Наш личный опыт показывает в какой мере внушения в гипнотическом состоянии при различных степенях его поразительно быстро устраняют страх и волнения перед предстоящими родами или операцией. Обычно, после первого же сеанса внушения даже при слабой степени внушенного сна, внушенной дремоты, наступает у больного совершенно спокойное настроение, что вызывает не малое удивление у самого же больного. Правда, это может иногда достигаться и без гипноза, простым уговариванием, утешением, т.-е. тем же внушением на яву, если это производится лицом в глазах больного авторитетным, заслужившим широкое доверие больного и т. п.,



но во внушенном сне это достигается, с одной стороны, быстрее, легче и глубже, а с другой—бывает случай, когда это может быть достигнуто исключительно лишь при помощи внушения в гипнозе.

Приведу пример.

В декабре 1923 г. ко мне обратилась 20-ти летняя гражданка, готовившаяся через несколько дней сделаться матерью. Первороженница очень волнуется, боится смерти во время родов. Волнения усугубились внезапным призывом мужа в армию, и почти накануне родов она осталась одинокой.

Нервность, плач, страх перед предстоящими родами, бессонница усилились, исчез аппетит, беременная не находит себе места. Обратились ко мне с просьбой обезболить процесс родов путем внушения в гипнозе. После первого сеанса (дремотное лишь состояние, тяжесть век и конечностей, т.-е. 2-я степень внушенного сна) исчезли волнение, страх, бессонница, возвратился аппетит, и вплоть до родов в течение нескольких дней прекрасное, по ее выражению, самочувствие, не покидало ее. К сожалению, в данном случае пришлось сделать всего лишь два сеанса, т. к. из-за ушиба ноги она была вынуждена в течение целой недели оставаться дома, о чем меня не уведомила и совершенно безболезненными оказались лишь схватки, появившиеся за сутки до родов. Потуги были болезненными, и роженица начала криковать. Вызванный к ней в больницу им. Карла Маркса, я прибыл пред началом прорезывания головки и приступил к вызыванию дремотного состояния с соответствующими успокоительными внушениями о безболезненности процесса, о терпении, выносливости, бодрости духа и проч., и дальнейший период прошел почти безболезненно, и роженица не кричала, а лишь морщилась при прорезывании головки.

По окончании родов она была выведена из полудремотного состояния и чувствовала себя весьма бодро, не проявляя ни малейших признаков усталости, несмотря на то, что во время потуг, в момент появления моего, она была почти в полной прострации от истощения сил.

Если в данном случае и не было полного эффекта обезболивания, то эффект успокоения роженицы можно считать полным.

Этот пример и многие аналогичные другие могут служить подтверждением, что гипноз и внушение действительно идут навстречу требованиям электро-химической теории лучше, чем



какое бы то ни было другое, но небезвредное для организма средство.

Наркоз ласкового слова, внимание и сочувствие к больному, внушение покоя и сна должны заменить морфий, хлороформ или быть им главным помощником, значительно уменьшая количество их употребления (гипно-наркоз).

А кому из хирургов не приходилось наблюдать, как волнующийся и боящийся операции и самого процесса наркотизации больной требует большого количества наркотического вещества?!

Повидимому, спокойная нервная клетка нуждается в наркозе меньше, чем возбужденная. И поэтому мне кажется, что не избегать нужно гипноза, а идти к нему с приветом. Он ни в коем случае не может являться «травмой психики». Он является успокоением ее, восстановлением разности потенциалов и поддержкой нормального внутриклеточного дыхания. *Он является отдыхом нервной системы.* И если мы к этому присоединим еще и упомянутую выше точку зрения на гипноз, вырабатываемую школой акад. И. П. Павлова, то бояться «гипнотического» состояния тем более не представляется никаких оснований.

Если кто-либо поинтересуется—каковы же противопоказания для этого состояния, то после всего вышесказанного можно сказать, что единственным противопоказанием будет нежелание больного подвергнуться гипнозу или ложный страх перед ним. Ведь нет же противопоказаний для естественного сна и против успокоения больного!

Теперь следует не малой важности вопрос: Кто же может заниматься гипнотизированием, т.-е. усыплением и внушением и что для этого нужно?

Каждый ли врач может делать это? Нужно ли обладать какой либо специальной «силой»? На это может быть один ответ. Каждый знакомый с законами проявления здоровой и больной нейро-психической деятельности и, в частности, с учением о внушении и техникой, как усыпления, так и гипнонаркотизации,—и при этом не нужно обладать никакой «особенной силой», но нужно обладать знанием, опытом, и уметь вызвать к себе *доверие* больного, его расположение; нужно, чтобы больной почувствовал любовь врача не только к себе, но и к делу, которому врач служит. Этим и создается то эмотивное состояние ожидания исцеления, которое способствует повышению, в определенном специальном направлении, благой для больного



внушаемости. В доверии больного — залог успеха психотерапии вообще, гипнотерапии в особенности.

Если это доверие в течение сотен лет завоевывали и завоевывают и в настоящее время гипнотизеры-профаны, любители и успешно лечили и лечат внушением, не имея понятия о медицине, но прочитавши одну какую нибудь книгу вроде американского издательства «сила внутри нас» или «таинственная сила гипноза», а в лучшем случае познакомившиеся лишь с книгой проф. Фореля или Левенфельда, то неужели не может сделать этого врач, имея полную возможность оказывать такую же лечебную помощь, но уже на строго научных началах? Ведь для этого многого не нужно!

Еще в 1813 году Делез, стремясь доказать несостоятельность теории Месмера, указывал на следующие три условия, обеспечивающие развитие «магнетического» сна: 1) желание вызвать этот сон, 2) уверенность в себе и 3) стремление принести пользу больному.

Только теперь понятно стало нам в какой мере тогда был близок к истине Делез! \*).

И если эти условия будут окаймлены научным знанием врачей, то этот метод вне всякого сомнения станет таким же признанным, равноправным в медицине, как и другие методы лечения, и найдет для себя надлежащее применение в разного рода клиниках, расширяя круг больных, исцеленных просвещенною рукою врача.

Приступая к изложению способов и приемов гипнотизирования, нужно сказать, что эти приемы не должны являться специфически таинственными, как это думалось раньше, во времена месмеризма и бредизма. Если мы будем помнить, что гипнотизировать—это значит усыплять в самом обычном банальном смысле этого слова, то мы должны подходить к этим приемам усыпления также просто, как подходит мать к усыплению ребенка. Раньше указывалось, что гипнотическое состояние может вызываться, с одной стороны, физическими приемами, а с другой—психорефлекторными. В первом случае, мы стремимся путем длительного

\*) Принимая во внимание значение в деле внушения душевного, теплого и сердечного отношения к больным, вообще, а к роженицам, в частности, нельзя не учесть того факта, что у некоторых мягких и участливых по своей натуре акушеров, умеющих успокаивающе влиять на рожениц, роды у последних проходят легко и часто безболезненно. Акушерки своими уговорами и увещеваниями, успокаивая боли родовые, производят бессознательно то, что называется внушением на яву...



методического раздражения к утомлению, торможению одного или нескольких воспринимающих центров головного мозга (зрительный, слуховой, тактильный и т. п.). Для этой цели объекты заставляют или смотреть в одну и ту же точку, смотреть на постоянно вертящийся предмет, как, напр., зеркало Luys'a и т. п. или прислушиваться к тиканию часов, ударам метронома, жижжанию фарадической машинки; стремясь же воздействовать на анализатор тактильных ощущений, мы производим поглаживания по лбу, голове и т. п. В этих случаях происходит торможение (утомление) соответствующих центров, а затем это торможение по закону иррадиации распространяется на соединение отдела коры мозга «на все полушария и даже ниже—на средний мозг». (Павлов). Сначала наступает слабое торможение, resp. отдых, спокойствие, затем сонливость и наконец сон. Для более быстрого вызывания сонливости или сна, присоединяется и т. н. нансийский словесный, resp. психорефлекторный метод, т.-е. словесными образами ассоциативно вызываются соответствующие ощущения, свойственное засыпанию (тяжесть или онемение конечностей и т. п.). Для успешности усыпления необходимо выполнение следующих условий: Прежде всего, у гипнотизируемого не должно быть мистического страха и волнения пред «гипнотическим» сеансом. Для этого необходимо, в случае надобности, разъяснительные и успокоительные беседы. («Гипноз есть обычный сон, это есть отдых души и тела; можно-ли бояться отдыха и т. д....»).

Необходимо устранить, т. о., те внутренние раздражения, которые могут мешать наступлению необходимого в таких случаях душевного покоя. Вокруг должна быть тишина в особенности при первой пробе усыпления. В дальнейшем можно обходиться и без соблюдения этих условий. Больные в последующих сеансах засыпают при всяких условиях.

Усадив больного в удобное кресло или положив его на кушетку, заставляют его или прислушиваться к положенным возле его уха карманным часам или к какому либо другому монотонному слуховому раздражителю, предлагая в то же время смотреть в любую точку на стене, предмете, на кончики пальцев руки врача, молоточек, пуговицу и т. п. Кроме того, можно производить одновременно, теперь же или несколько позже, и поглаживания по лбу, голове. При этом приступают к влиянию словом, вызывая рефлекторно ряд «сонных» ощущений. Примерно так: «Вам спокойно и хорошо, вы отдыхаете. На окружающее вы



не обращаете внимания. Чем дальше слышите вы тиканье часов и голос мой, тем вам становится спокойнее и спокойнее. Глаза ваши утомляются, утомляется ваш слух, и это утомление передается по всему вашему телу. Дышется спокойно и легко, сердце бьется спокойно и равномерно. По телу начинает разливаться приятная слабость, начинают тяжелесть ноги и руки, что бывает всегда, когда хочется спать... Тяжелеют веки... Они смыкаются... Мысли начинают путаться... Вам спокойно и хорошо!... Ничто вас не волнует, не раздражает. Вы забыли все ваши огорчения и волнения. Вам хочется спать, вы засыпаете... Вы не в состоянии бороться с дремотой, у вас нет никаких желаний, стремлений. Вы не в состоянии двигать ни одной частью вашего тела. Веки ваши уже опустились, они отяжелели, они слиплись, вы их поднять не можете!... и т. д.».

То же словесное усыпление можно проделывать и при других способах физического воздействия без фиксации предмета или раздражения и утомления слуха. Можно ограничиваться поглаживанием и словесным внушением, или можно ограничиваться лишь одним последним, расхаживая по комнате. Одни при этом начинают проявлять сонливость уже через 2—3 минуты, другие через 10—15—20 минут, третьи лишь на следующем сеансе. Для ускорения развития сонливости рекомендуется с первого же сеанса внушать объекту, что он с каждым сеансом поддается в желаемом для него направлении внушению все сильнее и сильнее и засыпает с каждым сеансом все глубже и глубже. О. Vogt предложил т. н. фракционированный метод, который состоит в том, что усыпляемого в течении одного и того же сеанса несколько раз пробуждают, осведомляются о его ощущениях, вносят соответствующие поправки, учитывая появляющиеся внушенные ощущения. Этим способом уже в течении первого сеанса можно погрузить в состояние довольно глубокой сонливости и даже сна. Vogt'у т. о. удавалось доводить большое количество лиц до «сомнамбулического» состояния, начав с состояния легкой дремоты. Путем такой тренировки, resp. воспитанием условного сонного рефлекса, или вырабатыванием *привычки* засыпать при определенных условиях, можно достичь довольно скоро того, что бывает достаточно одного словесного внушения и притом даже нескольких слов, как напр.: «ну засыпайте, засыпайте. руки и ноги тяжелеют; ну вот, так-так... спите, спать...», чтобы объект во время произношения этих слов начал уже дремать и засыпать.



Для продуктивности делаемых внушений нет необходимости стремиться к глубокому усыплению. В большинстве случаев достаточной бывает легкая дремота или легкое общее оцепенение, чтобы внушения реализовались в полной мере. Конечно, если объект обнаруживает наклонность к глубокому сну, то не нужно препятствовать этому, т. к. глубина сна, вне всякого сомнения, влияет в известной степени на успешность внушения. Но не нужно также забывать, что есть категория лиц, у которых внушениями на яву можно вызывать явления, получаемые и в гипнозе, напр.: галлюцинации, аналгезию, параличи и т. п. И не нужно иногда и глубоко уснуть, чтобы воспринять и реализовать внушенное. Это только лишь указывает на то, что внушенная аналгезия, внушенная галлюцинация, внушенный паралич конечности, одной или четырех, внушенные глухота, слепота, немота и пр. и, наконец, внушенный сон—явления суть одного и того-же порядка. В первых случаях—заторможенность или сон отдельных частей коры мозга, а в последнем—всей коры мозга, всех отделов его. Есть лица, у которых, как упоминалось, это условное торможение развивается и распространяется настолько быстро и широко, что достаточно иногда бывает одного слова: «спите», чтобы объект действительно заснул. Но нужно иметь в виду, что при усыплении индивидуальность и личные привычки играют существенную роль. Один заснет лишь при поглаживании по лбу, другой—при тикании часов, третий—при утомлении глаз и т. д.

Мне пришлось иметь объекта, которого удалось усыпить после долгих бесплодных попыток, лишь поглаживанием по спине. Уснул он глубоко через несколько минут. Секрет заключался в том, что в детстве убаюкивали его поглаживанием спины, которое явилось в настоящее время условным сонным тормазом. Пример этот указывает на то, что гипноз действительно есть рефлекторный сон. Но какими бы разнообразными способами не был усыплен больной, пробуждение его должно происходить большею частью шаблонным способом. Стремясь к медленному, не внезапному пробуждению, во избежание каких либо неприятных суб'ективных ощущений, спящему перед пробуждением говорят: «пока я буду считать до 3-х, вы будете просыпаться, а когда скажу «три», вы окончательно проснетесь», или: «ну, а теперь постепенно просыпайтесь, приходите в себя, тяжесть и сонливость постепенно уменьшаются, возвращается бодрость и т. д.; проснувшись, вы себя будете чувствовать прекрасно во всех



отношениях. Голова будет свежая, не будет тяжести в конечностях и голове, не будет вам хотеться спать». Последнего характера внушения необходимо делать в каждом случае, т. к. иногда совершенно невинные и не имеющие значения субъективные неприятные ощущения, встречающиеся и после спонтанного, обычного сна, часто тревожат, пугают больных, в особенности в тайниках души своей настроенных все же мистически или видящих в этом подтверждение нелепых предупреждений профанов о вредности гипноза для организма. Неприятные ощущения после пробуждения исключаются манерой, поведением и отношением к сеансам «гипноза» самого врача; чем проще, естественнее будет это отношение, чем спокойнее и выдержаннее себя будет вести врач перед сеансом и во время сеанса, тем с большей уверенностью можно исключить какие бы то ни было субъективные недочеты. Ведь влияние на больного и процесс внушения начинаются с первых шагов встречи больного с врачом, слова, голос, тон, жесты, манеры которого действуют внушающе, определяя настроение и самочувствие больного. Бывают случаи, когда с первого раза не удастся произвести полного растормаживания, resp. полного пробуждения—остается чувство тяжести в конечностях, некоторая вялость и т. п., тогда можно сделать повторное внушение, предложив объекту закрыть глаза и сосредоточиться на словах индуктора. Это бывает достаточно для устранения различных субъективных неловкостей. Иногда больные, уходя с сеанса и возвращаясь домой, чувствуют постоянную сонливость, часто даже засыпают и сладко спят часа два—три. Это, обыкновенно, несколько пугает больных. Но этим смущаться нечего. Я в таких случаях подчеркиваю полезность такого состояния покоя нервной системы и даже рекомендую поспать по возвращении домой. Но достаточно при пробуждении на сеансе внушить бодрость и отсутствие сонливости, чтобы предупредить наличность последней. Того же можно достичь и внушением наяву лишь заявлением, что «спать не будете вы дома по возвращении от меня».

Вообще, нужно иметь в виду, что раз больной пришел к врачу, он пришел уже с повышенной в известном направлении, дифференцированной внушаемостью, resp. верой в авторитет врача. После усыпления же (слабого, глубокого—безразлично) эта вера и внушаемость, в строго определенном направлении, в отношении врача, резко повышается, и тогда каждый жест, тон, каждое



слово врача принимают особенно действительное значение, и дальнейшая беседа с больным является тем же внушением на яву. Содержание смысла слов, фраз, тон врача определяют поведение и самочувствие больного в дальнейшем. Это нужно иметь в виду для успешности психотерапии.

Иногда психотерапевту и больному приходится наталкиваться на ряд т. н. «дружеских» советов, как со стороны профанов, так и врачей, направленных против применения гипноза, как, в лучшем случае, «нелепой забавы», а в худшем—средством, разрушающим здоровье, убивающим волю и т. п. Результатом всего этого являлись у больного страх или недоверие, а вместе с тем—и потеря полезного и часто единственного для него лечебного средства. В таких случаях, обыкновенно, рекомендуется сделать соответствующее профилактическое внушение: «кто бы вам ни говорил о бесполезности или вреде гипноза, не верьте» и т. д...

С этими неудобствами подобного влияния приходится считаться, в особенности, в больницах, при наличии многочисленности больных и разнообразии взглядов на гипноз среди самих же врачей. Дух больницы, атмосфера клиники, отношение окружающих определяют успешность эффекта влияний в области тончайших высших функций нервной системы, в области суперрефлексов.

Еще несколько слов о разновидности технических приемов, в целях экономии времени и сил. Если накапливается серия однородных по целевым заданиям объектов для гипноза, то можно производить, как это делалось с алкоголиками в прежнем Петрограде и Амстердаме, групповые внушения, усыпляя сразу целую группу лиц, а затем всем им внушается в лекционной форме, например, беременным о родах, как нормальном акте, а потому безболезненном акте, алкоголикам и курильщикам о вреде алкоголя или никотина и т. д. и т. п.

Такие массовые усыпления удаются довольно легко, т. к. при этих условиях вступает в права закон подражания и психической заразы, слушатели-же представляют самую внимательную для лектора аудиторию.

Что касается до методики применения гипноза и внушения, то она в акушерской практике может варьироваться в двух направлениях. Или процесс родов будет происходить в состоянии искусственно вызванного внушенного сна при соответствующих внушениях, или, стремясь к *постгипнотической* реализации внушения, необходимо делать ряд предварительных сеансов



с соответствующими внушениями в состоянии искусственной большей или меньшей дремоты или в глубоком сне.

Что же касается до количества таких предварительных сеансов, то их, повидимому, нужно делать несколько: от 1 до 8. Кроме того, имеются ниже цитируемые наблюдения, указывающие на возможность обезболивания и *без* предварительных сеансов; все находится в зависимости от индивидуальной внушаемости.

В случае одного из моих молодых сотрудников д-ра Л. А. Квинта достаточно было одного сеанса глубокого внушенного сна, чтобы роженица родила на следующий день в дремотном состоянии совершенно безболезненно, будучи усыплена по ее просьбе ее врачом-акушером д-ром Славиковским.

В двух случаях родов мне не удалось сделать больше двух сеансов внушения в легком гипнозе. Полный эффект получился со стороны явного душевного успокоения, устранения страха, восстановления сна, аппетита после первого же сеанса; дома проведенные схватки были безболезненными, потуги же были весьма чувствительными. И даже в первом случае, как уже упоминалось, появившиеся родовые боли умерялись внушением при небольшой дремоте, и во втором—роды прошли с болями; но при родах случайно не присутствовали ни ее врач-акушер, ни я, что очень волновало больную и что, повидимому, вытеснило сделанные лишь в двух сеансах внушения.

Мне кажется, что если бы количество предварительных сеансов было больше,—эффект получился бы полный.

В третьем случае родов (усыплял ординатор нервной клиники д-р Истомин) роды прошли совершенно безболезненно после двух предварительных сеансов.

Приведем примеры из личных наблюдений, иллюстрирующие это.

Первороженица Т—ва 23 лет. Роды ожидаются через неделю. Страх перед родами, из-за чего последние 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. она очень плохо спит (3—4 ч. в ночь), плохо ест, нервничает. Все время боли в пояснице. 10 июня 1924 года 1-й сеанс внушения. Легкая дремота. Двигательное оцепенение. Приятная истома. Поднять век и шевельнуться не может. Окружающее воспринимает. Внушением устраняется страх и боль в пояснице. После сеанса дома спала днем несколько часов. Весь день чувствовала себя спокойно, о родах не думала, а если и появлялась о них мысль, то последняя совершенно не волновало ее. Ночью с 10 на 11 июня спала



7 часов, не просыпаясь. — Второй сеанс утром 11 июня. Дремота была сильнее. С утра же начались схватки в форме «давящих ощущений».

Была помещена в Советскую акушерскую больницу (зав. проф. Брандтом). К вечеру тупые боли при схватках, несколько тревожное состояние. Одно лишь мое появление успокоило боли и настроение роженицы. Была усыплена в 12 час. ночи. Внушены безболезненность схваток, потуг и вообще всего родового процесса. В дальнейшем роженица лишь кричала, была все время в бодрствующем состоянии; между потугами погружалась поглаживанием по лбу в дремотное состояние с внушением отдыха. Потуги и самые роды прошли совершенно безболезненно и в бодрствующем состоянии. Родивши в 6 час. утра 12 июня, проспала весь день. Проснулась в бодром состоянии, — ребенок нормален, здоров.

Роженица Ф.—26 л. Второй раз. Роды ожидаются через 1½—2 недели. Уверена, что роды будут болезненны, т. к. по словам врача, они «могут быть тяжелыми, в связи с надрывом лобковых связок». Из-за болей в области лобка лежала 2 недели. Волнуется, нервничает. Плохо спит, т. к. не уверена в благополучном исходе родов. 25 мая 1924 года 1-й сеанс внушения, в легком дремотном состоянии. Сеансы через день. После 2-го сеанса совершенно спокойное отношение к родовому акту, восстановились сон и спокойное настроение. Но мысль о «лобковых связках» иногда выплывает. После 3-го сеанса и эта мысль «совершенно отошла».

Всех сеансов на протяжении 2-х недель было 6, и все лишь в дремотном состоянии. Возвратившийся в гор. М., за несколько дней до родов ее муж нашел ее неузнаваемой—настолько она бодро и хорошо себя чувствовала. 8 июня роды прошли совершенно безболезненно при хорошем настроении и самочувствии роженицы, при бодрствующем ее состоянии.

Весьма интересными и важными в практическом отношении являются случаи моей ученицы, молодой, стажирующей женщины—врача Ш. \*).

Стремясь, по моему заданию, к проведению безболезненных родов не во сне, как это делают германские акушеры,

\*) Это обстоятельство я особенно подчеркиваю в устранение ложного представления о привилегии в этом отношении мужчины. С нашей точки зрения у женщин гипносуггестивная терапия должна давать больший успех, чем у мужчин.



а в бодрствующем состоянии роженицы, она выполняла это задание весьма успешно. В окружной и рабочей больницах г. Зиновьевска (б. Елисаветград) ей удалось провести серию родов, при совершенно обезболенном родовом акте, *исключительно у первородящих, причем все без предварительной подготовки*, и ко всем приступала она к внушению по поступлении в больницу и уже в начале периода раскрытия шейки.

В 7-ми случаях ей удалось получить глубокий сон, во время которого внушалось спокойствие и безболезненность. У всех роды прошли в бодрствующем состоянии и совершенно безболезненно. После родов самочувствие у всех великолепное. Новорожденные нормальны и здоровы. В 10 случаях получалось лишь дремотное состояние, во время которого делалось соответствующее внушение; схватки, потуги и прорезывания головок при полном сознании рожениц проходили совершенно безболезненно.

Отдельного описания заслуживает следующий из ее случаев:

Первороженица 23 л. брошена мужем на 4-м месяце беременности. Голод и истощение. Развитие тяжелого реактивного нейропатического состояния. Поступила в больницу с весьма болезненными схватками. Сужение таза. *Внушение в бодрствующем состоянии без попыток усыпления*. На ряду с родовыми болями, резкая невралгия правого седалищного нерва. Путем *внушения на яву* устраняются родовые боли и невралгия. Роды проходят безболезненно. В связи с общим истощением роженицы, потуги проходят со слабым напряжением брюшного пресса и с каждой потугой пресс слабеет. Общая слабость, роженица теряет силы, пульс 55 слабого наполнения. Возбуждающих потуги средств не оказалось. Роженице подносят стакан воды и внушают, что это портвейн, который подбодрит ее и даст ей силы. Она пьет с удовольствием, и через несколько минут пульс с 55-ти ударов в минуту поднимается до 75. Началось покраснение лица, напряжение брюшных мышц стало усиливаться, и потуги оказывались уже достаточными для нормальной работы и таковыми продолжались до конца родов при окрепших силах совершенно было истощенной роженицы. Внушенное вино заменило кофеин, камфору и питуитрин! Удивлению дежурного врача больницы и другого медицинского персонала не было границ, говорит д-р Ш. Этот случай является блестящим доказательством того, что дело не в «гипнозе», так многих пугающем, а все дело во внушении, в умелом пользовании внушаемостью человека, и состояние



дремоты или сна лишь способствуют более легкой восприимчивости внушений. Этот же случай не менее красочно рисует могущественное влияние представлений, мысли — на физиологические процессы организма.

Можно, следовательно, допустить, что в одних случаях иногда будет достаточно даже и одного сеанса внушения в дремоте или во сне. В других случаях потребуется несколько предварительных сеансов, а в третьих можно обходиться и без них. Но можно ограничиваться внушениями лишь успокоительного характера, устраняя совершенно предварительные волнения перед родами, влияя лишь на настроение больной и оставляя родовой акт естественному течению, сознательно обрекая на страдания будущую мать. Но и это предварительное успокоение, повидимому, также может оказывать благотворное влияние на самый процесс родов в смысле меньшей болезненности схваток и выносливости роженицы.

Необходимо ли присутствие «гипнотизера» при родах? Этот вопрос остается открытым. Нам кажется, что оно желательно, но не крайне необходимо, т. к. можно в течение предварительных сеансов делать соответствующие внушения: внушить, что такой-то врач или присутствие такой-то акушерки будет на объекте действовать успокаивающе, что волноваться ему нет данных, т. к. роды пройдут благополучно и т. п., — одним словом, устанавливается т. н. рапорт, т.-е. временная связь с окружающей обстановкой и др. врачами \*). Необходимо также всемерно позаботиться о создании настроения спокойствия во время родов, исключая т. о. тот страх, те волнения, которые лишь способствуют развитию усиления болевых ощущений и подчас даже создавая их в воображении больной.

Что же касается до применения разбираемого метода анестезии в *гинекологии*, то и здесь он может оказаться весьма ценным, а подчас и незаменимым, с одной стороны, как вспомогательным, способствующим облегчению возможности производства обследования генитальной области при резко выраженной гиперестезии последней, что часто совершенно лишает возможности производства необходимого исследования. Соответствующее же внушение в состоянии дремоты или сна устраняет эти препятствия и положение акушера или гинеколога сразу облегчается.

---

\*) Интересно отметить, что у некоторых рожениц д-ра III. боли возобновлялись, как только она отходила от роженицы и покидала родильную комнату.



Подтверждением этого может служить выше описанный д-ром Шестопалом случай, когда он в силу резкой гиперэстезии гениальной области мог произвести исследование лишь при условиях внушенного сна. С другой же стороны, можно пользоваться самим внушенно-сонным состоянием, заменяющим хлороформный сон, для полного обезболивания в целях выполнения той или иной гинекологической операции, длительность которой может быть самой разнообразной, т. к. внушенный сон и внушенную вместе с ним безболезненность можно поддерживать часами и днями. Эту же аналгезию можно поддерживать и постгипнотически, в последующем бодрствующем состоянии, что иногда бывает необходимым для проведения постоперационного периода. Больная будет проявлять себя во всех отношениях нормально-бодрствующей и сохранит лишь анестезированную область или сохранит нечувствительность к манипуляциям лишь определенного характера, напр.: промыванию, снятию швов, томпонированию и т. п., в зависимости сделанного строго дифференцированного внушения.

Необходимо указать, что для успешности внушения полной безболезненности во время сна необходимо, повидимому, как это подметил д-р Пайкин, устранить еще в бодрствующем состоянии из круга представления больной все то, что может быть связано с предстоящей операцией и, приступая к гипнотизированию для производства операции, необходимо усыплять больную вне операционной и не фиксировать внимания ее на операции, боли и т. п. Необходимо уверить больную, что усыпление это лишь подготовительное для отдыха перед операцией, которая будет сделана через час—два и т. п. и в гипнотическом состоянии также необходимо поддерживать тоже представление больной и делать внушения представлений, ничего общего с операцией не имеющих, конечно, предварительно внушив, что «такая-то часть тела обезболенна, чтобы с нею ни делали, это чувствоваться не будет», но что больная сейчас «отдыхает», «спит». Иногда бывает необходимо внушить какие либо приятного содержания галлюцинации, гесп. сновидения, в случае появления внешних признаков или заявлений больной на неприятные ощущения или позывы на рвоту и т. п. во время операции, производя т. о. тот процесс «отвлечения внимания», который притупляет те или иные наши органы чувств и в бодрствующем состоянии. Выражаясь языком физиологии, в таких случаях на счет раздражения одних отделов мозга происходит торможение



других, причем сила одного будет прямо пропорциональна силе другого. Больная, которой проф. Харьковской Госпитальной Клиники И. В. Кудинцев произвел брюшную операцию по поводу сращений после удаления червеобразного отростка, была мною усыплена в палате «не для операции, а для производства предварительного исследования и отдыха перед предстоящей операцией», при чем было внушено, что нижняя половина тела парализована и нечувствительна. Когда же она была перевезена спящей в операционную и когда операция шла полным ходом, больная, как выяснилось из «сомнамбулической» беседы с ней, воображала себя лежащей и спящей в палате на своей постели. В период же более болезненный—раздражение брыжжейки—она стала проявлять беспокойство, начала высказывать жалобы на скверное самочувствие, на тяжесть дыхания и т. п., что подтверждалось и соответствующей мимикой лица. Когда же мною было моментально внушено, что она находится ранним утром на реке, в лодке, и восторгается красотами природы, воздухом, пением птиц,—она моментально прекратила свои жалобы, появилась блаженно-восторженная улыбка на лице, глубокое дыхание, завязался со мною соответствующий разговор и..... часовая операция была спокойно проведена до конца. В данном случае было привито представление об исследовании и отдыхе, а представление об операции и болях было заторможено этими представлениями. Восприятие же исходивших из полости живота внутренних раздражений было заторможено яркими образами внушенных галлюцинаций, т.е. раздражением отделов мозга с записями зрительных образов. Аналогичные приемы усыпления вне операционной были применены и доктором Пайкиным, о чем уже упоминалось в двух, довольно тяжелых, гинекологических операциях, которые, повидимому, благодаря этим приемам и прошли весьма удачно. При таких же условиях была произведена 6 февр. 24 г. в клинике проф. Хажинского—*obrasio uteri*, длившаяся 25 минут, т. к. расширение весьма узкой шейки матки с ретрофлексией последней требовало много усилий и времени. Несмотря на то, что условия для весьма сильной болезненности при операции были налицо, на что указывал проф. Хажинский, больная спала совершенно спокойно, не проявляя никаких признаков движения и без соответствующей реакции со стороны пульса, который колебался между 64 и 78; но и эти колебания были, повидимому, не без влияния внушаемых галлюцинаций



и разговоров, которые велись с больной во время ее сна. Операция прошла благополучно во всех отношениях. Разбужена была больная в палате, и с трудом удалось убедить ее в совершившемся. И этот случай, где болезненные моменты операции оставались без реакции со стороны организма, указывает на действительно полную глубокую аналгезию, и этому повидимому способствовало усыпление больной без представления об операции. Больной было перед усыплением сказано, что операция отложена на 1½ часа и что сейчас она будет усыплена для предварительного отдыха. И больная заснула с представлением об отдыхе, но не операции, представление о которой и связанным с ним и представлением о боли было совершенно заторможено. А такую заторможенность еще легче усиливать во время сна, достигая, таким образом, полной безболезненности. И нам кажется, что усыпление больной с представлением о предстоящей в этом сне операции создало бы более трудные условия для полной заторможенности соответствующих воспринимающих боль отделов мозга. Дальнейшие наблюдения и исследования, конечно, покажут правдивость или ошибочность этих предположений.

Выше мы все время касались тех случаев, когда гипнотическое состояние удастся вызвать надлежащей глубины. Но не всегда можно этого достичь, чем положение, конечно, несколько осложняется, и приходится отказаться от внушенной аналгезии и возвратиться к химическому наркозу, который по тем или иным причинам может быть противопоказанным.

Как же в таких случаях быть? Тогда прибегают, обыкновенно, к «смешанному», если можно так выразиться, наркозу— 1) нарко-гипнозу и 2) к гипно-наркозу.

В первом случае, пользуются каким нибудь наркотическим средством (напр., малые дозы морфия, *veronal chlorhydr.* или несколько капель *chloroph.* на маску) для развития сонливости, во время которой присоединяются словесные усыпляющие внушения, благодаря чему устанавливается между двумя индивидуумами необходимый рапорт, и больной, засыпая, уносит с собою представление о влиянии на него «гипнотизера», чем и обуславливается дальнейшая подчиненность последнему во время сна, поддерживаемого уже лишь словесным внушением.

В данном случае химический агент является помощником гипнотизеру, дающим толчок к развитию реальных ощущений засыпания, что способствует повышению в определенном



направлении внушаемости объекта. На этот способ указал еще психиатр Chambard (1881) и опытным путем был он проверен Wetterstrand'ом, а теперь широко применяемый в Германии.

Принимая во внимание, что при легком химическом наркозе происходит слабой степени торможение функций клеток головного мозга, а следовательно и критической способности индивидуума, то можно предположить, что этой «химической» заторможенностью можно пользоваться не для дальнейшего усыпления, а для действующего словесного внушения, когда последнее на фоне «сонливости мозга» будет легче восприниматься и осуществляться в связи с устанавливающимся рапортом между врачом и больным. Интересно проделать эксперименты и в этом направлении.

Нужно еще иметь в виду и следующий вид «наркоза»:

Всем известны случаи т. н. скрытого прямого внушения, или косвенного внушения, когда, под видом снотворного, дается какое нибудь индифферентное вещество, например: облатка с содой, или аq Sterill, вместо морфия под кожу, чем и вызывается сон, в данном случае являющийся самовнушением. Мне известен такой случай из этого ряда явлений, когда одному армейцу необходимо было сделать операцию на ноге, требовавшую глубокого наркоза. За отсутствием хлороформа на маску было вылито несколько капель винного спирта при уверении больного, что это—наркотическое средство. Больной впал в самовнушенный глубокий сон, который позволил произвести требуемую операцию (д-р Вельвовский). Алкоголь в роли хлороформа! и он сыграл роль последнего лишь благодаря соответствующему внушению.

В таких случаях нарко-гипноз имеется, как говорит Hallauer, замаскированный гипноз, который легко применим к большинству женщин при помощи кажущегося наркоза или ничтожных доз хлороформа, или другого химического агента.

Что же касается до так называемого гипно-наркоза, то по процедуре своей он мало чем должен отличаться от предыдущего. Разница лишь в обратной последовательности применения этих агентов; внушаемый сон углубляется последующим присоединением весьма малого количества химического наркотика.

Но нужно иметь в виду, что в таких случаях на химический агент нужно смотреть не как на исключительно таковой, а как на вспомогательный, способствующий повышению внушаемости фактор, стремясь при этом ввести его как можно меньшее количество, а для этой цели необходимо маску держать



не вплотную к лицу, а на расстоянии 10—15 см. при медленном капании на маску и обязательно при непрерывном, соответствующем словесном внушении.

При этих условиях количество последнего может быть минимальным, как показали наблюдения в Харьковской студенческой больнице и гинекологической клинике Харьковского Медицинского института. Гипно-наркоз и нарко-гипноз обеспечивают быстрое развитие, resp. углубление внушенного сна, и это нужно иметь всегда в виду, т. к. применение чистого гипноза, как уже упоминалось, к сожалению, не всегда может иметь место по разнообразным причинам, и нельзя не согласиться с возражениями Hallauer'a против утверждения Гейдельбергской акушерской клиники, будто чистый гипноз во время родов имеет успех в 90%—100%. Бывает много явных и неуволимых причин, препятствующих этому,—отсутствие достаточного количества времени, различная внушаемость, внешние неблагоприятные условия и тому под.

«Подобные опубликования могут ввести в заблуждение, говорит Hallauer, и дискредитировать, таким образом, гипноз в акушерстве и гинекологии». А этого, конечно, нужно всячески избегать во имя блага больного, так как чистый гипноз, этот внушенный сон, так и в смеси с химическими наркотиками, при умелом с ними, в таких случаях, обращении, имеет огромное преимущество во всех отношениях пред существующими методами наркотизации, и серьезное, вдумчивое изучение вопроса о внушении и внушенном сне принесет большую пользу акушеру, гинекологу и хирургу, открывая ему новые горизонты и возможности высоких достижений в отношении больного в тех или иных пределах.

И так, применение внушенного сна в акушерстве и при гинекологических операциях, как средства анестезирующего, может оказываться вполне целесообразным, и чистый «гипноз» является безусловно безвредным, а нарко-гипноз или гипно-наркоз в значительной мере безвреднее для организма, чем чистый химический наркоз. Эти свойства и особенности разбираемых наркотизирующих факторов, мне кажется, должны обязывать каждого акушера или гинеколога, прежде чем применить химический наркоз, обязательно делать пробу на чистый гипноз или гипно-наркоз, помня, что химический наркоз есть яд, а гипноз—отдых для организма.



Но применение гипноза и внушения не ограничивается лишь как средство обезболивания. Область его применения в гинекологии значительно шире и прибегают к ним с давних пор, как средству терапевтическому при функциональных страданиях женской половой сферы (аминоррея, дисменоррея, меноррагия, вагинизм, предупреждение аборта\*), а также при функциональных наложениях при различных гинекологических заболеваниях органического характера и самостоятельных невралгиях.

Для примера приведу следующий случай: больной Р—ка 27 л. на Славянском курорте 10 августа 1923 г. была произведена *obrasio uteri* проф. М. М. Мироновым. На 6-й день после операции нестерпимые боли в нижней части живота и бедрах. Больная реагировала на них слезами и криками. Подозревая и воображая воспаление матки и яичников больная до чрезвычайности тревожится и волнуется. Органы таза в полном порядке, местных изменений нет. По предложению проф. М., обратилась ко мне. В приемную поликлиники была введена двумя лицами. Она была в согбенном положении и с трудом из-за болей передвигала ноги. Сеанс внушения во внушенном сне. Пациентка вернулась без болей и вышла из приемной в прекрасном настроении и с таким же самочувствием без посторонней помощи. Могла свободно даже бегать; боли, мучившие больную 2 недели, покинули ее внезапно, чтобы больше не возобновляться. Я больную видел в ноябре 1924 г. Боли не возобновлялись.

Более близкое знакомство с внушением и гипнозом даст возможность гинекологу устранить с большим успехом то, что подчас считается неустранимым, хроническим, и заставит принять к сведению, что в женской генитальной сфере ложно-органических заболеваний психогенного происхождения значительно больше, чем это можно предполагать.

Изучить этот психотерапевтический подход не так уж сложно для каждого врача, как это может казаться и как это многим рисуется.

А поработать над этим стоит, как во имя действительной, реальной помощи больному, так и во имя своего высокого и в то же время глубокого врачебного удовлетворения!

Нужно только отбросить предубежденный страх пред «гипнозом», этим внушенным, естественным сном. Необходимо

---

\*) Левенфельд упоминает о случае, где смертельное маточное кровотечение могло быть прекращено лишь гипнотическим внушением.



подходить к нему проще. Что страшного в успокоении больного?! Что страшного в предоставлении ему покоя и отдыха во внутреннем сне, которым можно пользоваться с благою целью?! Побольше внимания, терпения, побольше сердечности и участия со стороны врача к роженице и к больному! В этом секрет успеха психотерапии, вообще, и гипнотерапии, в частности, т. к. при этих условиях, создающих покой страдающему, нервная его клетка является, как нам кажется, наиболее восприимчивой...

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА  
БІБЛІОТЕКА



## Литература.

- 1) Е. М. Курдиновский.—Клинические лекции об обезболивании нормальных родов. Издание журнала «Практическая Медицина». 1906 г.
- 2) Bumm.—Руководство к акушерству.
- 3) Spiegelberg—Ueber die Anwendung des Chloroform in Geburtshülfe. Deutsche Klinik—1856 г. №№ 11—15.
- 4) Флоринский.—Хлороформ, употребление его при нормальных родах. Протоколы Общ. Русских Врачей в Петербурге. 1867—1868 г.
- 5) Сочава. Анестезия при нормальных родах. Харьков 1869 г. Второе издание.
- 6) Zweifel.—Der Uebergang von Chloroform und. s. w. in die Placenta. Archif fur gynaecologie. Bd. XII p. 255. 1877 г.
- 7) Крассовский.—Оперативное акушерство. 1885 г.
- 8) Ahlfeld.—Lehrbuch der Geburtshülfe. 2 Aufl. 1898 г. Leipzig S. 165.
- 9) Winckel—Die Anwendung der Narkose bei Kreiseneden. Lehrbuch der Geburtshülfe. 2 Aufl. 1893 г. S. 175.
- 10) Dührsen. Ueber den Wert der Narcose in der Geburtshülfe. «Berl. Kleine Wochenschrift» № 15, 1892 г.
- 11) Лазаревич.—Курс акушерства. 2-е издание Т. II. 1892 г. стр. 187.
- 12) Букоемский.—Об эфирном наркозе при родах. Доклад в Петерб. Ан.-Гин. Общ. 1894 г. 17/X.
- 13) Букоемский.—К вопросу об акушерской анестезии вдыханиями эфира и хлороформа. Диссертация. 1895 г. Петербург.
- 14) Добронравов.—К вопросу об обезболивании во время родов. «Врач» 1896 г. №№ 39—40.
- 15) К. Шредер.—Учебник акушерства. Пятое русское изд. стр. 243—247, 522.
- 16) Zweifel.—Lehrbuch der Geburtshülfe. 1903 г. 5 издание.



- 17) Gauss.—Geburten im kunstlichen Dämmerschlaf. Archiv für Gyn. 1906 r. Heft 78, heft 3.
- 18) Heberer.—Zentr. für Gyn. 1922 r. № 19.
- 19) Kirstein.—Zentr. für Gyn. 1922 r. № 21.
- 20) Schultze.—Rhontof.—Zentr. für Gyn. 1922 r. № 7.
- 21) Zweifel.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1922 r. № 2.
- 22) Rösler und Schultze.—Zentr. für Gyn. 1921 r. № 36.
- 23) Qpitz.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1922 r. № 8.
- 24) Falk.—Zentr. für Gyn. 1922 r., № 7.
- 25) Fläel.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1921 r., № 50.
- 26) Friedländer.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1922 r., № 5.
- 27) » » » » 1920 r. (Die Hypnose und Hypnonarcose).
- 28) Crossil.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1921 r., № 44.
- 29) Liegner.—Zentr. für Gyn. 1922 r. № 3.
- 30) Nassauer.—„Münch. Med. Wochenschrift“. 1921 r., № 42.
- 31) Oettingen.—Zentr. für Gyn. 1921 r., № 22.
- 32) » „Münch. Med. Wochenschrift“. 1921 r., № 51.
- 33) » „Deutsche Med. Wochenschrift“. 1921 r., № 5.
- 34) W. Vogel.—Über die Narkohypnose bei kleiner chirurgisch-gynäkologischen Eingriffen, Zentr. für Gyn. 1924 r., № 6.
- 35) Проф. К. И. Платонов и д-р Г. З. Вельвовский. «К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии». Доклад на II съезде психоневрологов в январе 1924 г. см. «Врач. дело». 1924 г. № 7.



## Основная литература гипнозизма.

Литература гипнозизма чрезвычайно велика. Мы здесь приводим лишь главнейшие сочинения по вопросу о гипнозизме и внушении. В сочинениях Молля и Левенфельда приведен довольно подробный перечень сочинений, как по общим, так и по частным вопросам гипноза и внушения.

Prof. Bernheim.—Hypnotisme et syggestion. 3-me e'dition, Paris 1910 г.

Д-р мед. Albert Moll.—Гипнозизм, С.-П.Б., 1909 г. Последнее немецкое издание, 1924 г. Berlin.

Проф. А. Форель. Гипнозизм и лечение внушением С.-П.Б. 1911 г. Последнее немецкое издание, 1922 г.

Д-р Левенфельд.—Гипнозизм. Руководство к изучению гипноза и внушения, с предисловием проф. Вырубова, 1913 г.

Акад. В. М. Бехтерев.—Гипноз, внушение и психотерапия. С.-П.Б. 1911 г.

Д-р мед. Levy Suhl.—Die Hypnotische Heilweise und ihre Technik. Berlin 1922 г.

Prof. M. Kauffmann.—Syggestion und Hypnose. Berlin, 1923 г.

Е. Тремнер.—Гипнозизм и внушение. Берлин, 1923 г.

В. Я. Данилевский.—Гипнозизм. Харьков, 1924 г.

Акад. И. П. Павлов.—Двадцатилетний опыт об'ективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Петроград, 1923 г.

Акад. В. М. Бехтерев.—Об'ективная психология. 1912 г. Общие основы рефлексологии человека. 1923 г.

---