

507732

Проф. К. И. Платонов и Д-р М. В. Шестопап

ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ

В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ



Государственное Издательство Украины

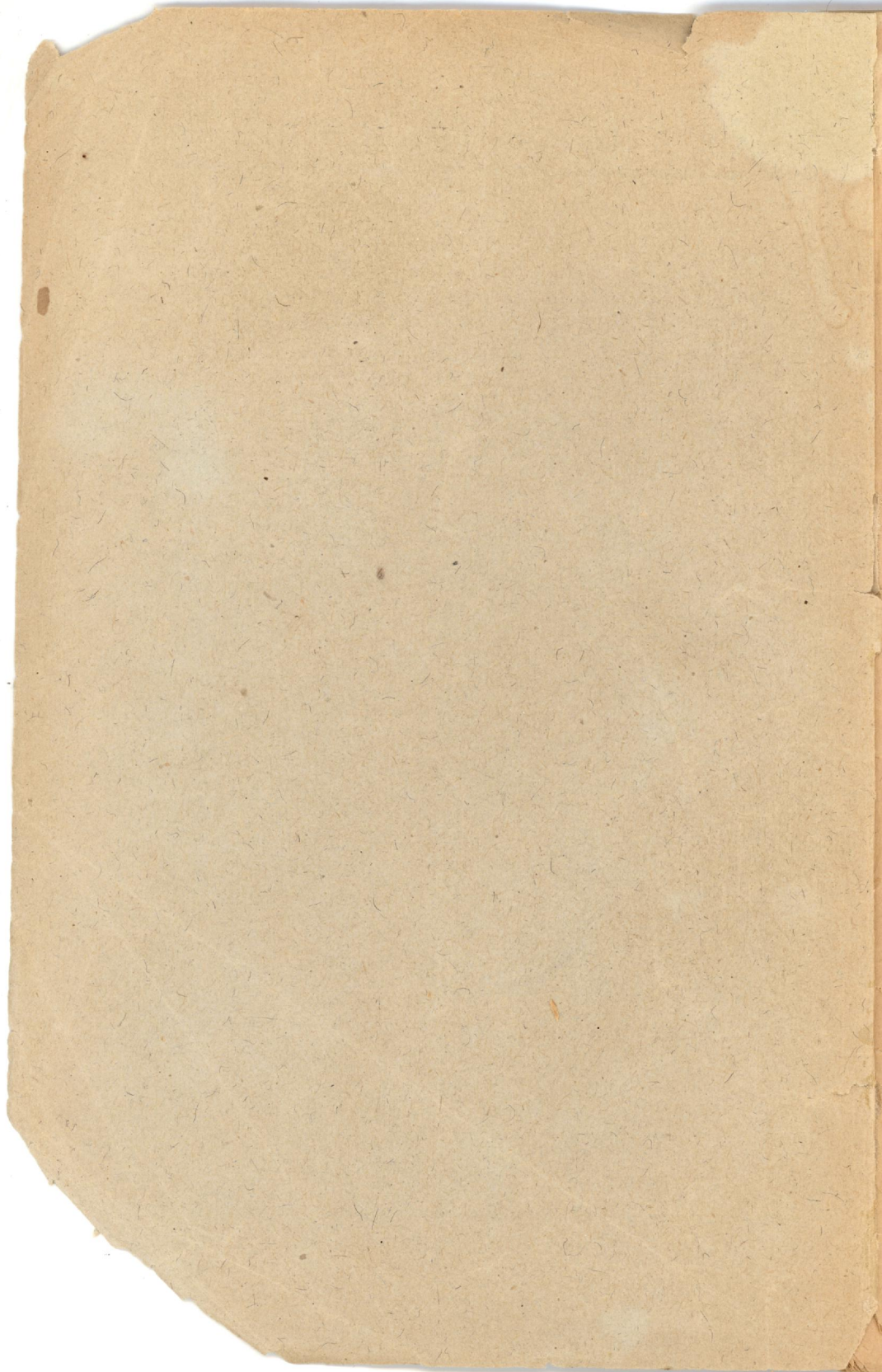
1925

V.N. Karazin Kharkiv National University



00630064

3

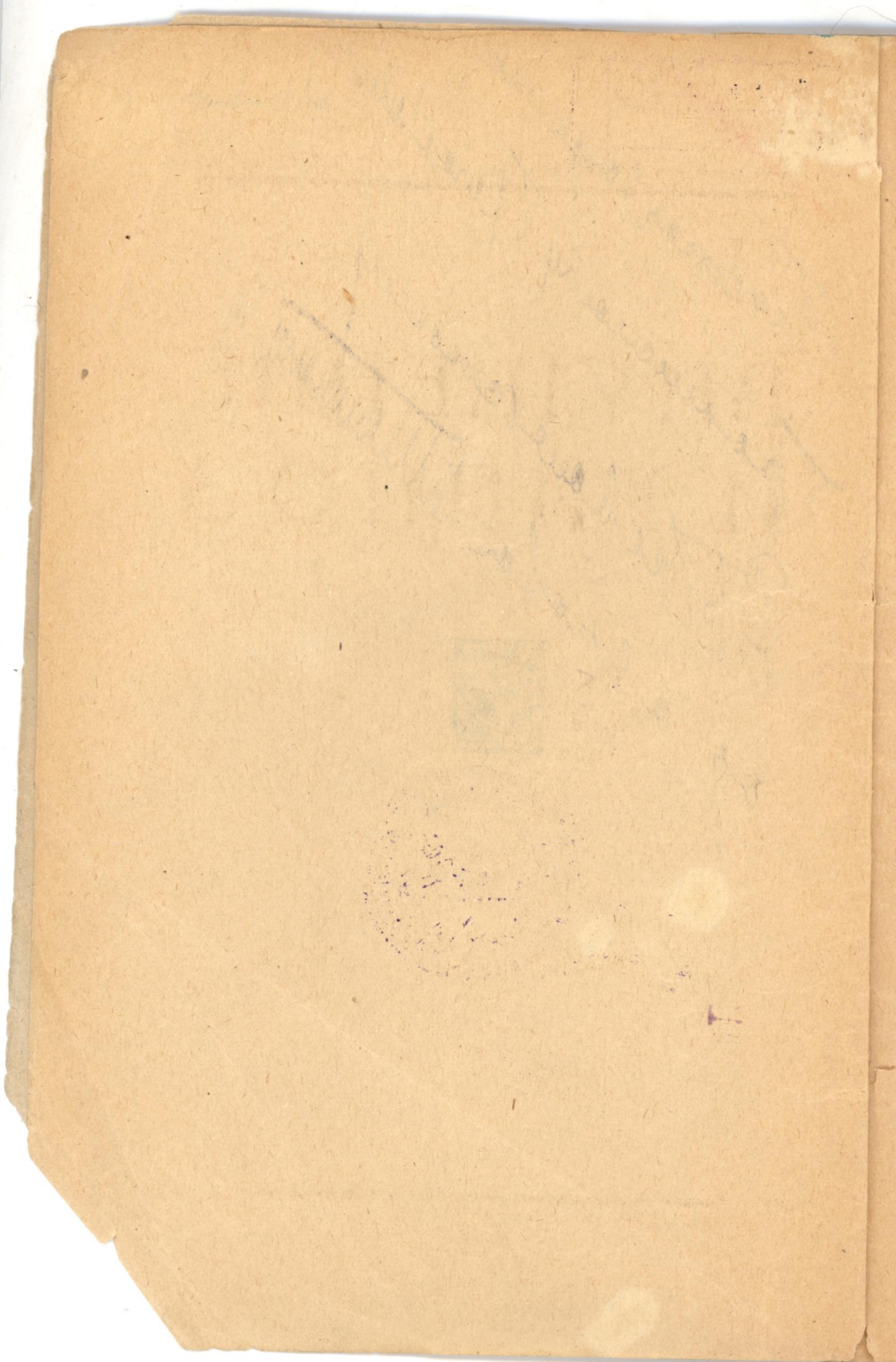


Two months ago
I received by the express
of a book

[615.857:618=917]

of a book
of a book





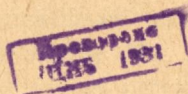
Відділ 21.I

№ 3200

ПРОФ. К. И. ПЛАТОНОВ и Д-Р М. В. ШЕСТОПАЛ

ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ

504732



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УКРАИНЫ

1925

58

„КРЕМПЕЧАТЬ“
Государственная Образцовая
типо-лит. им. Петровского Г.И.
Кременчуг.

РУП № 8622.

Заказ № 6200—Тираж 7000.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Новые пути в науке прокладываются медленно и туго, тем более в областях малоизведанных и в особенности в тех, где царят недоверие и отрицательная предубежденность. К категории таких принадлежит и область учения о гипнозе.

Находившийся ранее, как лечебное средство, в руках профанов и шарлатанов, он долгое время был, да и в настоящее время является, чуждым огромному большинству врачебных кругов.

Недостаточное знакомство с учением о внушении и о связанном с ним гипнозе является причиной этого.

Предлагаемое на этих страницах изложение наших принятых с 1923 года опытов применения внушения в акушерстве и гинекологии далеки от всеисчерпывающего освещения вопроса.

Задача этих страниц более скромная. Они хотят показать, что есть такие явления природы, мимо которых врач не должен проходить спокойно, не попытавшись использовать их на благо ближнего. Эти строки хотят показать, что если практическая медицина стремится использовать в своих целях световую, тепловую двигательную энергии и др. естественные силы природы, то с таким же правом она может использовать энергию и другого порядка.

Психические факторы, психическая энергия—вот то явление, которое в руках врача может стать источником оздоровления больного человека.

Наши исследования начали производиться независимо от аналогичных на Западе. Мы с большим удовлетворением узнали из тогда еще не совсем регулярно прибывавших германских журналов о применении гипноза преимущественно в акушерстве тогда, когда у нас в Харькове уже производились и более крупные хирургические операции под гипнозом без химического наркоза. Рост интереса к гипнотерапии в Германии поддержал нас еще больше в твердом решении стремиться к более широкому

и детальному изучению и применению ее в практической медицине. В разрешении вопроса о природе явлений гипноза мы, можем с гордостью сказать, опередили Запад. Но с практической стороны в этой области в сравнении с Западом у нас сделано пока еще очень мало. Страх со стороны больных и неуверенность в целесообразности применения гипносуспестии со стороны врачей—вот, надеемся, временный, тормаз для успешного развития полезного и необходимого для больных дела.

В связи с этим, не могу не выразить признательность тем товарищам по профессии, которые решились с большой готовностью сделать первые шаги в применении гипноза в акушерстве, гинекологии и хирургии. Особенно считаю необходимым выразить чувство глубокой признательности соавтору данной работы доктору М. В. Шестопалу, с которым мне пришлось испытать живейшую радость и высокое удовлетворение при наблюдении полного эффекта от первого опыта применения гипнотического внушения в акушерстве у 32-х летней первороженицы, оправдавшей наше предположение *о возможности проведения родов без болей не во внушенном сне, а в бодрствующем состоянии.* Она, как медичка, весьма тщательно и подробно описала свои ощущения и переживания с момента зарождения мысли о родах «под гипнозом», и это описание мы приводим полностью.

Считаю нужным, также в связи с тем же, отметить с глубочайшим удовлетворением, что первые попытки применения гипнотического внушения взамен химического наркоза в Харькове были произведены исключительно на медицинском персонале.

Медички старших курсов и врачи обоего пола принесли себя в «жертву» науке. Они славно начали свой врачебный путь. Они первые во имя блага больного и во имя торжества научной истины бесстрашно вышли авангардом в область с атмосферой, насыщенной сомнениями и недоверием, а подчас и иронией со стороны кругов врачебных и не врачебных.

Беру на себя смелость выразить им благодарность от имени многих тех, кто в будущем будет пользоваться плодами наших скромных трудов, от имени тех, которые будут итти на хирургическую операцию твердым шагом, с спокойным сердцем или совершать нормальный и великий акт природы с улыбкой тихой на лице, а не со слезами на глазах, в ненужных муках корчась и рыдая.

К. Платонов.

Харьков.
Август 1924 г.

I.

Состояние гипноза у человека и у животных известно с древних времен; точно также во все времена и у всех народов мы находим применение его с лечебной целью. Будучи вначале сознательным и бессознательным достоянием немногих личностей, гипнотизм с конца прошлого столетия стал экспериментальной наукой, доступной врачам, и многие из них с успехом применяют его для целей лечения.

Внушение на яву и в гипнозе составляет часть психотерапии, и если мы предлагаем вниманию читателей случаи родов и гинекологических операций, проведенных под гипнозом—вернее под методически проведенном внушении на началах психотерапии—то мы этим вносим нового лишь постольку, поскольку новым можно назвать хорошо позабытое старое.

В теориях гипноза и сущности его я разбираться не буду, об этом ниже скажет проф. Платонов. Как элемент терапии, гипноз так же стар, как и сама терапия; и если согласиться, что вера в излечение может способствовать излечению, то этим самым нужно признать за гипнозом право войти составной частью в терапию. Еще в древние времена различные волшебные напитки, целительные мази и в особенности мистические заклинания играли существенную роль в качестве болеутоляющих и побуждающих средств при родах: у самых диких и некультурных племен был обычай приглашать к роженицам умудренных опытом в этом деле лиц, так как уже одно присутствие таковых поддерживало мужество рожениц, и страдания последних уменьшались. По Голлауэру при вагинизме, дисменоррее в большинстве случаев одним сеансом можно достигнуть полного излечения. Мы знаем, что при неукротимой рвоте беременных очень часто всякие narcotica, nervina, терапевтические манипуляции на половых органах в виде выпрямления ретрофлексированной матки, растяжение шейки, прижигание цервикальной слизистой,—все эти средства, как говорит Бумм, если имеют успех, то действуют только посредством внушения, все сводится только к психическому

лечению; кто может пользоваться гипнозом, тот в большинстве случаев и достигает превосходных результатов: больные, которые вчера еще вырывали, не могли и слышать о пище,—сегодня не только не вырывают, но сами просят давать им есть.

Гипноз относится к другим психотерапевтическим новейшим методам, как операция к консервативным приемам. Голлауэр говорит, что здесь глубоко проникающее слово может, как острый нож, разрезать целую сеть мыслей и ряд ассоциаций на различных глубинах сознания пациента. Уже в течении 100 лет в литературе, редко в русской, чаще в иностранной—от времени до времени описывались случаи безболезненно проведенных родов в гипнотическом, или, как прежде говорили, магнетическом сне; но все это не выдерживало продолжительной популярности, поскольку оно не было проведено академически, и лишь теперь, когда учение о гипнозе—или, вернее—о внушении, завоевывает себе достойное место среди других отделов психотерапии, мы можем подойти экспериментально к применению внушения в акушерстве и гинекологии на строгих научных началах. Голлауэр в своей работе о наркогипнозе указывает на два момента, имеющих преимущественное значение для нашей специальности:

1) степень чувствительности в состоянии гипноза значительно понижена, иногда до полной анальгезии, и

2) внушение, сделанное во время гипноза, может быть удержано и на дальнейшее время, как так называемое пост-гипнотическое влияние. На выпадении болевых ощущений основывается возможность применения гипноза при операциях и родах, на пост-гипнотическом влиянии—применение при родах и терапии. Естественно, что устранение боли составляет первую и благороднейшую задачу каждого гуманного врача. Право на материнское счастье женщина покупает ценою жестоких страданий, и каждый врач-акушер должен стремиться внести и свою лепту в разработку вопроса о возможном обезболивании родового акта.

Вряд ли какая-либо другая отрасль медицины имеет своим основанием столь всестороннее изучение человеческой природы, как гинекология и акушерство, нигде повреждения тела и расстройство психики не отзываются в такой сильной степени на индивидуальности, как у женщины. И изучая и в том и в другом случае расстройство женского организма, в данном случае обезбоживание родового акта, мы должны непрерывно работать в этом

направлении и настойчиво стремиться к тому, чтобы избавить женщину от столь жестоких и, как мы увидим ниже, излишних страданий, каковыми сопровождается родовой акт. И действительно не ясно почему природа, создавшая во многих отношениях совершенный организм человека, и, в частности, женщины, обрекла ее на все ужасы родовых мук и устроила так, что самый важный физиологический акт в ее жизни в интересах размножения вида связан с мучениями, способными внушить женщине ужас и отвращение, заставляющее нередко принимать меры к предотвращению родового акта вплоть до преступления.

Психиатр Noche говорит:—«психическое воздействие долго продолжающихся родовых болей мало оценивается. Есть много— и, можно сказать, с течением времени становится все больше и больше—таких чувствительных женщин, с таким ненормально развитым психическим восприятием, что родовая травма наносит им не только острый вред, выражающийся возбуждением, похожим на *delirium*, но и хроническим.

Я знаю такой случай: после нормально психически протекавшей беременности, непосредственно после продолжительных и болезненных родов, развивалось длительное угнетение, продолжавшееся несколько недель и сопровождавшееся бессонницей, страхом и нервностью. Обстоятельством, служившим причиной этого заболевания, надо считать психическое воздействие родовых болей. Социальные условия, быстро-усложняющаяся жизнь пред'являют все больший и больший спрос на нервную энергию человека, а различные посторонние влияния, наследственность и болезни понижают сопротивляемость его и выносливость.

Все это должно в большей степени относиться к женщине, и тут надо всего больше считаться с родами».

С точки зрения целесообразности, в физиологической жизни организма не должно быть ничего лишнего: все функции здорового организма должны совершаться безболезненно, появление чувства боли вносит диссонанс в представление о полном здоровье.

Болевые ощущения полезны в том отношении, что они указывают человеку на состояние всех его органов и заставляют его обращать внимание на свое здоровье, предостерегая от болезней и опасностей; раз они послужили предвестником повреждения или болезни, то этим самым их полезное значение уже исчерпывается, дальнейшее существование боли уже не оправдывается необходимостью и едва-ли имеет *raison d'être* с точки

зрения целесообразности. Поэтому всякие боли, сколько-нибудь интенсивные и продолжительные, должны всегда устраняться путем врачебного вмешательства, так как влияние, оказываемое ими на организм, далеко не безразлично: они истощают жизненные силы, вредные не только для органа, где они возникают, но и для всего организма; они всегда неблагоприятно действуют на сердце, на всю нервную систему, на психику; нарушая жизненное равновесие, они тем самым сокращают самую жизнь. Родовые боли сопровождают совершенно естественный физиологический акт; появление боли не служит здесь ни признаком повреждения, ни симптомом болезни; они являются предвестником, указывающим женщине на приближение важнейшего в ее жизни физиологического акта.

Появляясь заблаговременно, они дают возможность своевременно принять соответствующие меры; в противном случае родовой акт застигнул бы женщину неподготовленной, врасплох, и в этом смысле в появлении родовых болей можно усмотреть целесообразность, проявляемую природой. Но если считать целесообразным появление этих болей, как предвестника, то дальнейшее их нарастание вплоть до весьма интенсивных и мучительных совершенно излишни с точки зрения той-же целесообразности. Профессор Siegel говорит, что родовые боли это—единственный пример так называемых физиологических болей. Известно, что даже после введения болеутоляющих средств, имевших место в XV столетии, не считалось дозволенным облегчать боли при предполагаемом нормальном течении родов. Но быть может в виде исключения родовые боли необходимы для правильного хода родового акта. Мы знаем, что родовой акт состоит из 3-х периодов: периода раскрытия, периода изгнания и последового периода. Изгнание последа совершается спокойно и почти без симптомов. Название «последовые боли», говорит Bumm, не вполне оправдывается, ибо сокращения, которые отслаивают плаценту и вместе с оболочками изгоняют ее в шейку, совершенно не ощущаются или весьма мало болезненны. Остаются первые два периода, и посмотрим, насколько боли являются здесь существенною частью.

Период раскрытия совершается сокращением гладкомышечных волокон матки и для правильного его течения требуется периодически перемежающаяся сократительная работа гладкомышечной маточной мускулатуры. В периоде изгнания главную роль

играет регулярная и также периодическая деятельность попеременно-полосатой мускулатуры брюшного пресса; ясно, что одни и другие являются обязательным объективным двигающим фактором нормального родового акта; боли же, сопровождающие сокращения тех и других мышц, а равно присоединяющиеся в периоде изгнания от давления головки на plexus sacralis и прямую кишку, а также возрастающим растяжением чувствительных мягких частей тазового дна является субъективными факторами; в механизме родов они существенной роли не играют и должны быть рассматриваемы, как побочный результат первого постоянного фактора.

Применение анестезии при родах показало, что боль и маточное сокращение не одно и то-же и даже могут исключать друг-друга, то-есть для нормального течения родов требуются не боли, а лишь мышечные сокращения матки и брюшного пресса. Известны случаи срочных нормальных родов без всяких болей. Holler указал, что родовый акт может протекать безболезненно при слабоумии, идиотизме и в случаях временного помраченного состояния. Букоемский описал случай безболезненных родов в совершенно бессознательном состоянии под влиянием сильного опьянения алкоголем. И, наконец, вся литература акушерской анестезии (многочисленные случаи проведенных безболезненных родов под наркозом) с очевидностью подтверждают, что родовый акт может протекать совершенно безболезненно, сохраняя в то-же время свой нормальный характер. (Курдиновский). Этот же автор в своих клинических лекциях об обезболивании нормальных родов, в своей теории о миогенной возбудимости матки приходит к следующему заключению: мускулатура матки, как и всякого другого гладкомышечного органа, обладает самостоятельной возбудимостью, независимо от всяких нервных влияний, в том числе и от местных нервных аппаратов. Если эти влияния ослаблены или почему-бы то ни было совершенно не могут проявляться (напр.: в условиях изолированного и наркотизированного органа, или в опытах с очень глубоким наркозом на живом животном), то у матки все-таки всегда в резерве остается еще другой источник, обуславливающий ее дальнейшую (а не прекращающуюся) сократительную деятельность, а именно: ее миогенная возбудимость, благодаря которой импульсы к сокращениям возникают уже в самих гладкомышечных волокнах. Этим, конечно, отнюдь не подрывается значение нервных центров, как главных, так и местных.

Повидимому, наркотические вещества или гипноз, действующие, главным образом, на нервную систему, очень мало отражаются на самой гладкомышечной ткани и не парализуют ее собственную миогенную возбудимость. Эта теория сводит двигательные явления в гладкой мышце вообще (не к нервным влияниям, как неврогенная теория) к импульсам, зарождающимся в самом гладком мышечном волокне, совершенно независимо от каких бы то ни было нервных центров, в том числе и местных автоматических. Курдиновский, на основании своих опытов, пришел к заключению, что, усиливая наркоз, скорее можно было убить животное, чем парализовать сокращение матки. Nothnagel и Rossbach говорят: «матка способна сокращаться и изгонять плод даже при глубочайшем хлороформном наркозе». Мы знаем, что родовые мучения мало знакомы диким народам: деревенские женщины, вообще, рожают сравнительно легко, а нередко тут-же продолжают свою обычную работу. Чем женщина ближе к природе, тем естественнее и легче совершается у нее родовой акт, и, повидимому, родовые мучения составляют печальную привилегию более высоких степеней культуры, параллельно с которой идет большая дифференцировка нервной системы и повышения ее возбудимости: очевидно, здесь имеет значение не только разница в бытовых и экономических условиях, но и различие во всей физической и нервно-психической организации женщины; равно характер и интенсивность родовых болей колеблется еще в зависимости от целого ряда других моментов: расы, климата, рождает-ли в первый раз или повторно, возраст, период родов, то или другое состояние полового аппарата, строение таза, пространственные отношения, те или другие препятствия для родового акта, многочисленные его особенности и осложнения, продолжительность родов, состояние соседних с маткой органов; все эти моменты могут различным образом комбинироваться, и все это обуславливает значительные различия в индивидуальной чувствительности женщины к родовым болям. Под влиянием сильных родовых болей, психическая сфера женщины испытывает очень значительные потрясения, что иногда в результате дает острое истощение всей нервной системы. Едва-ли человеческая природа может выносить большие страдания, при каких бы то ни было других обстоятельствах, как при родах. Если-бы взять сумму всех болевых ощущений, испытываемых женщиной во время обыкновенных родов, то весьма вероятно, что в большинстве она окажется отнюдь не меньше, чем боли,

связанные со многими хирургическими операциями. Операции почти всегда обезболиваются наркозом, между тем, как роды предоставляются силам природы, на том основании, что на родовой акт привыкли смотреть, как на вполне естественный, физиологический. Но разве физиологический акт должен быть болезненным? И прав Курдиновский, когда говорит, что называть естественными боли при родах у современной культурной женщины значит—горько иронизировать над ней. И действительно, какое это прискорбное зрелище, как говорит тот же самый Курдиновский, когда современный врач, вооруженный целым арсеналом знаний, стоит у постели роженицы, беспомощно сложив руки перед ее страданиями, молча выслушивает ее мольбы о помощи и безучастно смотрит на ее искаженное страданиями лицо. Вкоренившееся в общем сознании ложная идея о неизбежности родовых болей до такой степени вкоренилось в плоть и в кровь каждой беременной женщины, что уже с первых месяцев беременности она живет только в страхе, отчаянии и мыслях о возможной смерти.

С древнейших времен делаются попытки облегчить страдания женщины в наиболее тяжелые часы ее жизни. И опыты применения наркоза восходят до глубокой древности. Желание разыскать такое средство мы находим у врачей древнего Египта, у греков и у римлян. В Индии и до сих пор практикуется способ, состоящий в том, что роженице дают вдыхать окись углерода, действующая одурманивающим и потому до известной степени болеутоляющим образом; отсюда, как говорит Зарецкий, один шаг до современных наркотических средств.

В мою задачу не входит здесь говорить подробно о тех средствах, каковые разновременно предлагались, как таковые, или в виде комбинированных для целей акушерской анестезии. Вопрос этот представляет совершенно самостоятельный и большой практический интерес, он имеет свою историю, литературу. Это заставило бы меня выйти далеко за пределы данного сообщения. Я позволю себе лишь вкратце остановиться на литературе акушерской анестезии и постараюсь, на основании имеющихся у меня под руками сведений, доказать, что и гипноз или, вернее, внушение, методически проведенное на началах психотерапии, имеет право занять среди них определенное место, а какое, нам покажет дальнейшее наблюдение.

Родиной акушерской анестезии считается Англия. Как анестезирующее средство для обезболивания родового акта,

19 января 1847 г. был предложен профессором Simpson'ом «эфир», результат получился весьма интересный. Simpson убедился в факте, который стал краеугольным камнем всей акушерской анестезии, а именно: эфир, устраняя страдания роженицы, в то-же время не прекращает сокращения матки, роды могут продолжаться нормальным порядком, хотя болевые ощущения, обычно их сопровождающие, совершенно уничтожаются. На второй же день профессор Simpson сообщил об этом в Эдинбургском акушерском обществе; сообщение вызвало целый ряд последователей.

В ноябре месяце того же года профессор Simpson предложил заменить эфир хлороформом, так как последний портативней, расходуется в меньшем количестве, меньше возбуждает, чем эфир, имеет менее раздражающий запах, более приятный вкус и т. д.

Естественно, что этим самым сообщением эфир был оставлен и надолго совсем вышел из употребления. Но и хлороформу не пришлось долго удержаться. Вскоре после сообщения Simpson'a о хлороформе, много английских акушеров: Protherae-Smitte, Buchanan, Murphy, Rigby, Lansdorone, Brocon, Phillips и др., опубликовали ряд сообщений. Simpson сам написал обширный ряд превосходных статей по акушерской анестезии с хлороформом, указав точно методику и технику, относительно которой Simpson говорит: «Не нужно думать, что техника такого наркоза дается сама собой; она несомненно требует известного навыка. Начинающему приходится иметь дело с двумя главными трудностями: с одной стороны, нужно произвести состояние анальгезии, с другой—не перейти ту границу, за которой начинается уже ослабление маточных сокращений».

Дело в том, что очень глубокий наркоз нарушает силу и частоту мышечных сокращений, тогда как поверхностный—совершенно не отражается ни на том, ни на другом. Глубина наркоза, которую могут переносить роженицы без ущерба для нормального хода родов, сильно колеблется в зависимости от индивидуальных условий. Умение разбираться в этих индивидуальных различиях составляет большую трудность. Simpson, различая в наркозе три стадии, рекомендовал при родах лишь первую, характеризующуюся состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии.

Таким образом, создалась идея акушерской анестезии, под которой нужно понимать самый поверхностный наркоз (ограничивающийся лишь состоянием анальгезии); его вполне достаточно

для обезболивания нормальных родов, нисколько не отражается на их течении и вообще благовиден во всех отношениях. В Германии одним из первых сторонников обезболивания родов хлороформом был Шпигельберг, а у нас в России инициатором обезболивания был профессор Флоринский и д-р Сочава. Но гуманные стремления указанных авторов и их последователей встретили и немалое количество противников, в числе которых надо отметить Winkel'я и Schatz'a; последний, на основании применения графического метода, в виде особого аппарата для регистрации маточных сокращений — токадинамометра, пришел к выводу, что под влиянием хлороформа схватки становятся реже, производительность их уменьшается, а паузы между ними удлиняются; асте-схватки также укорачиваются. Zweifel своими весьма тщательными исследованиями доказал, что хлороформ, вдыхаемый роженицей, входит в кровь плода и молоко матери. Если к этому прибавить ядовитость хлороформа, необходимость подчас применения больших доз, так как не все обстоятельства, сопровождающие родовой акт, могут быть предвидены, то естественно, что эти невыгодные стороны и удержали многих от широкого его распространения; но гуманная мысль не остановила пытливых искателей, и на смену эфиру и хлороформу явились целый ряд других средств: антипирин, хлорал-гидрат (диссертация Буховцева, единственная на эту тему), кокаин, морфий, смесь бильрота, атропин, гедонал, скополамин в формах подкожного, внутреннего, ректального и вагинального применения. Эти средства, не удовлетворяя всем предъявляемым к ним требованиям, снова уступили место ингаляционному наркозу, и вновь были испробованы: эфир, бромистый этил, закись азота и др. Следующим этапом явилась спинномозговая анестезия по Bier'у, но отрицательные черты ее — непродолжительность действия, побочные неприятные явления тоже не на долго удержали ее в акушерстве. На смену последней анестезии пришла другая форма комбинированного наркоза.

Мысль о том, что, соединяя в тех или иных комбинациях различные наркотические средства, можно устранить вредные стороны, свойственные каждому из них в отдельности — стара. Одной из таких комбинаций является скополамин с морфием — комбинация, которая основывается на фармакологических и токсологических особенностях этих алколоидов. Скополамин ускоряет и углубляет дыхание, угнетает, главным образом, моторные

нервы, угнетает секрецию желез, возбуждает кишечную перестальтику; морфий же производит совершенно обратное действие: замедляет дыхание и делает его более поверхностным, угнетает, главным образом, чувствительные нервы, возбуждает секрецию желез, угнетает кишечную перестальтику (Kobert—1893 г.). Таким образом, между скополямином и морфием существует полный антагонизм, анестезирующие же и наркотические действия обоих алколоидов суммируются. Впервые в акушерстве скополямин — морфийный наркоз — был применен Steinbichel'ем в Фрейбургской клинике. Эта форма наркоза вызвала громадное количество сторонников и последователей. Я не стану утомлять вашего внимания перечислением их,—скажу только, что Фрейбургский метод скополямино-морфийного полунаркоза во время родов настолько заинтересовал научную мысль, что был поставлен программным вопросом на XVI международном медицинском конгрессе в Будапеште. Об этой же форме наркоза были сделаны доклады на XI Пироговском съезде (Ильин и Бродский).

Об этом и теперь говорят в своих учебниках—Döderlein, Franz, Stöckel, Bumm. И в настоящее время, при всех способах облегчения болей при родах, преобладающую роль играет так называемое скополяминовое дремотное состояние, имеющее то преимущество, что с его помощью достигается длительное облегчение болей.

И в русской литературе мы находим многочисленный ряд чрезвычайно интересных работ, среди которых мы можем указать на работу профессора Бранта: «О скополямино-морфийном наркозе».

Автор, сделав очень подробный критический обзор об анестезии вообще, приводит результаты своих наблюдений над 117-ю гинекологическими случаями. Случаи обнимают самые разнообразные операции, проведенные по поводу различных заболеваний. Выводы автора вполне благоприятны для этой формы комбинированного наркоза; автор, между прочим, в одном из своих положений говорит: «Ввиду легкой разлагаемости скополямина, нужно всегда впрыскивать свежее-приготовленный препарат, хранить его в ампуле из темного стекла, а перед употреблением проверить помощью реакции с 1⁰/₁₀ раствором марганцево-кислого калия.

Профессор Krönig в официальном докладе на XVI международном конгрессе в Будапеште в своем заключительном слове

504732
о скополямийно-морфийном полунаркозе, на основании материала клиники, превышающего 2000 случаев, указал целый ряд положительных сторон этой формы анестезии. К числу же невыгодных сторон он относит сложность техники, точность дозировки, строжайший контроль состояния роженицы и влияние инъекции на родовую работу, что значительно затрудняет применение такового способа в частной практике, появление в некоторых случаях резкого состояния возбуждения, oligорное новорожденных и некоторого удлинения родового акта. На XI-м Пироговском съезде Ф. И. Ильин (из Повивального Гинекологического Института) в своем докладе о действии скополямин-морфийного наркоза сообщает, что он наблюдал в известном ряде случаев замедление родового акта, что применение его требует определенного навыка, так как наркоз должен быть чрезвычайно индивидуализирован. Скутул на съезде гинекологов в 1909 году в Киеве в своем докладе, на основании 60-ти проведенных случаев, указал, что в половине случаев схватки становятся более слабыми. Трабша обращает внимание, что после скополямино-морфийного наркоза дети рождаются хотя и не в асфиксии, но какие-то тихие, мало и слабо кричат.

Абражанов, на основании 100 случаев скополямин-морфийной анестезии при небольших гинекологических операциях пришел к выводу, что у больных расширяются зрачки, учащается пульс, в течении продолжительного времени наблюдаются перебои, бывают рвоты, а главное, что нужно быть всегда осторожным, так как прекратить наркоз не в нашей власти. Gauss, которому принадлежит заслуга применения этого способа на большом материале (1906, 1907, 1909 и 1911) в своей работе на основании 500 случаев приходит к заключению, что $\frac{0}{100}$ детей, рождающихся в более или менее тяжелой асфиксии, весьма значителен: из 500 случаев в 119-ти дети являются на свет в особом состоянии оглушения (rauschähnlicher Zustand), в 65 случаях наблюдалась более или менее тяжелая асфиксия (в 5 случаях окончившаяся летально), наконец, в 6-ти случаях дети родились мертвыми, так что в общем мы получаем, что в 36,8% случаев дети рождаются в более или менее тяжелой асфиксии. Равно этот же автор отмечает, что нередко ему приходилось наблюдать у рожениц зрительные и слуховые галлюцинации, что в связи с большим процентом новорожденных в асфиксии не могло его поощрять к дальнейшим опытам со скополямин-морфийным наркозом.

Из клиники Bumm'a по поводу этого вопроса вышла работа Nocheisen'a; результаты, к каковым пришел вышеназванный автор следующие: в 45% наступило чувство жажды и сухость, покраснение, посинение лица; 6 раз были рвоты, в сильной степени головная боль, тошноты, сильный пот; 10 раз беспокойство и 4 раза delirium. Сон производит тяжелое впечатление будто отравившихся. Деятельность матки в 21 случае заметно ослабела в периоде открытия, 15 раз в периоде изгнания, три раза схватки совершенно прекратились. Действие брюшного пресса в 24 случаях было ослаблено. На 100 случаев в 5-ти—атоническое кровотечение. Произвольное отхождение детского места 13 раз затягивалось более часа. В 15% в послеродовом периоде обратное развитие матки сильно опоздало. Дети в 18% рождались в oligорное и в 15% в асфиксии. Кончает свою статью Nocheisen словами «Weg mit scopolamin», после чего в клинике Bumm'a эта форма анестезии была оставлена.

— Сам Bumm—в одном из своих последних изданий (1919 г.)—говорит, что издавна уже целью опытов было естественное уничтожение родовых болей, но и в настоящее время нельзя утверждать, что в этом смысле достигнуты вполне удовлетворительные результаты, т.-е., что найдено средство, которое в состоянии устранить боль без какого-либо нежелательного побочного действия. Большинство наркотических средств, применяемых в значительных дозах, действует парализующим образом на действие маточной мышцы и брюшного пресса, и легко может случиться, что избыток наркотического средства на несколько часов прервет правильное течение родов. Все зависит от осторожной и правильной дозировки; если дают как раз то количество наркотического, какое необходимо для заглушения боли, то часто можно даже усилить действие брюшного пресса, так как женщины, не испытывая при этом боли, натуживаются сильнее. К концу родов применение небольшого количества хлороформа (Chloroform a la reine) во время потуг является хорошим средством для облегчения последних, особенно болезненных минут при родах. Когда головка начинает надавливать на промежность, дают по каплям хлороформ до легкого оглушения и исчезновения боли, но в промежутки между потугами прекращают его давать и начинают снова, когда обнаруживаются признаки ближайшей потуги. Аналогично, хотя и менее надежно действуют небольшие дозы морфия, опия хлоралгидрата

в клизме или подкожное впрыскивание кокаина в половые губы и в промежность. Бром этил, небольшие дозы которого уничтожают боль, оставлен, вследствие его дурных последствий, особенно вследствие долго сохраняющегося чесночного запаха выдыхаемого воздуха. В последнее время, продолжает Bumm, снова обратились к назначению наркотических средств под кожу в виде комбинации из морфия и скополямина. Необходима точная и надлежащая дозировка; слишком большие дозы могут вызвать ослабление и прекращение схваток и, вследствие этого, затянуть роды на часы и дни.

Способ этот требует не только большой опытности от врача, но должен быть применяем лишь тогда, когда врач может остаться на долгое время вблизи роженицы; он противопоказан при аномалиях родового процесса и болезнях роженицы. Так как нередко и младенцы рождаются в состоянии сомноленции, в котором ослабляется или даже временами совершенно прекращается дыхание, то и они требуют внимательного наблюдения».

Мы еще упомянем здесь об открытии Straub'a, заменившего морфий менее опасным наркофином (меконово-кислый морфий—0,01 morphi) и непостоянный, легко разлагающийся скополамин— постоянным препаратом скополямина (скополамин с прибавлением шести - атомного алкоголя) — манит-манит скополямина. При дальнейшей разработке вместо наркофина был предложен amnesin. В последнее время Hüßy получал облегчение болей и амнезию применяя тахин (состоящий из 0,00921 dionina и 0,0057 g. diola).

Литература акушерской анестезии мною представлена далеко не в исчерпывающем виде, да оно и не входило в мою задачу; я ее лишь коснулся постольку, поскольку постараюсь, суммируя все сказанное выше, установить:

1) для нормального течения родов требуются не боли сами по себе, а лишь мышечные сокращения матки и брюшного пресса;

2) применение при родах анестезии убеждает нас, что боль и маточное сокращение—не одно и то же, даже могут исключать друг друга;

3) для обезболивания нормального родового акта требуется не хирургический наркоз, а лишь поверхностный, именно первая стадия, которая характеризуется состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии; переход через эту границу дает уже ослабление маточных сокращений, так как глубокий наркоз нарушает силу и частоту сокращений;

4) при правильном применении наркоза поверхностного, который только и требуется для целей обезболивания, нет оснований бояться замедления родового акта;

5) влияние наркоза на роженицу, на здоровье плода и послеродовой период находится в тесной зависимости от природы самого наркотического средства.

Все средства акушерской анестезии, нами указанные, относятся к наркотическим средствам, и как показывают многочисленные авторы, при умелом обращении с ними цель достигается—роды обезболиваются, но в каждом отдельном случае приходится считаться с действием этого средства, поскольку оно, попадая в организм, не только дает желаемый эффект, но и влияет на состояние роженицы и плода.—И вот эти токсикологические свойства, результатом которых являются невыгодные стороны того или другого способа—вернее того, или другого средства, которое предложено для этого способа—и заставляют врачей-акушеров переходить с одной формы на другую, прибегать к формам комбинированного наркоза с целью в комбинации устранить вредные стороны, свойственные каждому из элементов комбинации; но все же для целей наркоза вводилось средство в большей или меньшей степени ядовитое и в результате многочисленных наблюдений всегда обнаруживались невыгодные его стороны.

И если психотерапия в своем отделе учения о гипнозе или, вернее, учения о внушении, методически проведенного на точно установленных научных началах, сможет создать у роженицы тот поверхностный наркоз, ту первую стадию, которая, по мнению инициатора и наибольшего авторитета по вопросу об акушерской анестезии, профессора Simpson'a, характеризуется состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии, и вполне обезболивает родовый акт, то мы этим способом, который, давая эффект обезболивания родового акта, не сопряжен с введением в организм тех или других более или менее ядовитых средств, подойдем действительно к тому гуманному стремлению, которое бы гласило: если женщина, в целях поддержания вида и рода человеческого, должна проделать физиологический акт родов, то пусть она его продельвает легко, просто и безболезненно.

Переходя теперь к вопросу о применении в акушерстве и гинекологии, с целью обезболивания, гипноза—в виде ли чистого гипноза, пост-гипнотического внушения, нарко-гипноза или гипно-наркоза,—мы должны указать, что имеющих по этому

поводу сведений из литературы у нас было мало; в русской литературе описание таких случаев встречается как редкость и то только в состоянии гипнотического сна,—преимущественно мы пользовались литературой немецкой, где этому вопросу в последнее время посвящается целый ряд работ авторов: Falk'a Floel'я, Friedländer'a, Crassis'a, Forel'я, Liegner'a, Moll'я, Nassauer'a, v. Ottingen'a, Iohan'a, Röefler'a, Schultze Rhonhoff, Opitz'a, Zweifel'я, Hollauer'a, Kirstein'a, Frigyt's'i, Mansfeld'a, Rosenthal'я, Kogerer'a, Heberer'a и целого ряда других.

Из перечисленных авторов самые большие цифры применения гипноза приводит Hollauer—свыше 2000 случаев, из них 600 родов, Гейдельбергская клиника—120 случаев родов, Будапештская—96 случаев родов, Kogerer—32 случая родов, Heberer—50 случаев родов, Kirstein—30 случаев родов.

Последний автор применял гипно-наркоз, и во всех случаях эффект был полный.

Heberer, приводя свои 50 случаев родов, произведенных под гипнозом, говорит, что в числе этих случаев были семь узких тазов, одни двойни, в двух случаях щипцы, один поворот с последующим извлечением, пять случаев зашивания разрывов, и во всех случаях эффект получался полный.

J. Frygits'i и Mansfeld (Будапешт) приводят 96 случаев применения при родах гипноза и говорят, что шесть из них отказались от гипноза, а из остальных 90—у 80 было достигнуто обезболивание; ребенку при внушении не грозит никакая опасность. Указанные авторы приходят к заключению, что результаты от применения гипноза в акушерстве очень хорошие, но в учреждениях и клиниках этот способ обезболивания будет встречать препятствия, так как во 1) необходимы подготовительные сеансы (от 1 до 8), для чего женщины должны поступать в родильные учреждения дней за 14 до родов, во 2) должна быть соответствующая обстановка—изоляция от внешнего мира, в 3) многие врачи должны уметь гипнотизировать. Гейдельбергская клиника, применяя гипноз во время родов, получала успех в 90% случаев. В состоянии пост-гипнотического внушения проводил роды Kogerer (Вена). Из 32-х случаев, которые приводит автор, в 22-х эффект был полный, в остальных—частичный, что по мнению Kogerer'a объясняется тем, что у шести была истерия, а у четырех—мало было подготовительных сеансов, так как роды наступили раньше предполагаемого срока.

Число предварительных сеансов, необходимых для полного эффекта, не установлено, но по мнению авторов,—не меньше 4-х и до 10.

Гейдельбергская клиника проводит систему из 4-х подготовительных сеансов и длительного гипноза во время родов; Siegel, на основании своего материала, находит, что 4-х сеансов недостаточно.

Ulrich Franke говорит, что способ обезболивания родов гипнозом, благодаря сообщаемым успехам, становится очень популярным. Если пациентка недостаточно восприимчива, то проводят 4—5 подготовительных внушений от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ часа каждые 2 дня. Автор говорит, что, в виду недостаточного усовершенствования техники гипноза, роды нужно проводить в лечебнице, так как дома хорошо знакомая обстановка и присутствие родных оказывает тормозящее влияние. Удаление гипнотизера от роженицы рискованно, в связи с возможным внезапным пробуждением, равно этот же автор отмечает, что роды под гипнозом может проводить и не тот врач, который вел подготовительный период.

Самые большие цифры применения гипноза (в виде нарко-гипноза) приводит Hollauer—свыше 2000 случаев, из них 600 случаев родов. Автор приводит свои наблюдения за 15 лет и является сторонником комбинации хлороформа с гипнозом; отстаивая свою идею, Hollauer все же указывает на преимущество гипноза перед нарко-гипнозом: и гипноз совершенно безопасен, не имеет никаких дурных последствий и что Walter Vogel в статье своей «Über die Narkohypnose bei kleinen chirurgisch-gynäkologischen Eingriffen» (Zentralblatt für Gynäkologie № 6—1924 от 9 февраля) приводит результаты применения нарко-гипноза: в 70%—эффект, в 10%—частичный и в 20%—эффект не получался, и приходилось продолжить наркоз до полного усыпления. Именно в гинекологии, где тяжесть наркоза часто не соответствует легкости заболевания, этот способ приобретает право гражданства».

На конгрессе гинекологов в Инсбруке в 1922 г., вопросу о действии гипноза в акушерстве и гинекологии, как болеутоляющего средства, был посвящен целый ряд докладов: Rosenthal'a (Франкфурт), Frigyt'si, Mansfeld'a (Будапешт). Kogerer'a (Вена) Hallauer'a (Берлин) и др.

Siegel говорит, что из этих докладов с несомненностью выяснилось, что мы можем дать женщинам возможность

безболезненности родов в состоянии гипнотического сна. В клинике Siegel'я это было доказано Schumacher'ом.

Для успеха гипнотического дремотного состояния требуется постоянный контакт между гипнотизером и роженицей. Для того, чтобы гипнотизеру не надо было присутствовать в течении всего периода родов, Hollauer и Kirstein предложили, чтобы на предварительном сеансе женщин подготавливали, что гипнотизер погружит их в гипнотический сон при появлении первых схваток и разбудит от сна после окончания родов; но наблюдения их убедили, что при отвлечении гипнотизера страдает успешность гипноза. Эти же авторы предложили заменить гипноз нарко-гипнозом или гипно-наркозом, как это уже делалось Friedländer'ом, Speer'ом, Bonne'ом, Guckelepi, Nassauer'ом, Grassleni и др.

Нарко-гипноз, введенный Hollauer'ом, состоит в том, что родовой гипноз начинается с введения наркотиков, а гипно-наркоз Kirstein'a—в том, что в начале гипноз, а потом частичный наркоз. Siegel говорит, что возможно, что из сочетания методов внушения и медикоментального дремотного состояния разовьется метод, при котором применяемые средства будут друг друга поддерживать, взаимно повышая действие и путем уменьшения доз ослаблять присущие каждому из них недостатки.

Насколько вопрос о применении внушения и гипноза с целью обезболивания родов является в настоящее время передовым и служит предметом изучения представителями нашей дисциплины, видно из того, что, как Siegel говорит, изучение обезболивания родов в настоящее время ведется в трех направлениях.

I. Ингаляционным наркозом:

- а) с помощью хлороформа.
- в) с помощью эфира.
- с) с помощью хлорэтила.
- д) с помощью веселящего газа или наркилена (смесь ацетилена с кислородом).

II. Дремотным состоянием:

- а) скополамином в соединении с морфинными препаратами или с их производными—морфий, пантопон, наркофин, amesin.
- в) морфий или аналогичные препараты сами по себе—наркофин, тахин.

III. Внушением и гипнозом.

Наш случай родов в состоянии пост-гипнотического внушения касается медички 4-го курса—женщины интеллигентной, сознательно относящейся ко всем своим ощущениям, умеющей подметить и передать все их детали, и перед тем, как обменяться с вами впечатлениями наблюдавшегося случая, позвольте представить вашему вниманию историю проведенных родов, написанной самой роженицей.

„Когда выяснилось, что я должна ждать ребенка, мне сейчас пришло в голову, что очень интересно было бы попробовать провести роды под гипнозом. Муж живо поддержал меня в этом намерении, и мы оба, шутя, говорили, что если я даже и рискую чем либо, то все же следует для науки поставить этот опыт; и мое положение медички, работающей в этом направлении меня обязывает. Я решила поговорить с проф. П. и предложить на его усмотрение мое намерение.

Беременность моя началась в феврале и протекала легко. Первые месяца полтора ощущались слабость, тошнота, и я занималась с трудом, но потом все как рукой сняло и я чувствовала себя совсем здоровой. Мысли о родах приходили часто: „как-то все будет?“

Мой возраст (32 года), первый ребенок,—все говорит за то, что будет нелегко, а тут еще перед глазами недавние примеры 2-х приятельниц, которыми их дети достались с большим трудом. Когда я начинала все эти разговоры, муж неизменно, полусушутя, говорил: „Да, ведь ты же будешь под гипнозом“. И мысль на этом как-то невольно прерывалась, успокаивалась, дальше не думалось. Наблюдение за течением беременности я поручила д-ру Ш., к которому являлась через указываемые им промежутки. Он находил, что все идет совершенно нормально. На лето мы выезжали из Харькова (1½ месяца провели под Харьковом и месяц в Ялте), вернулись 5 сентября; роды нужно было ждать в конце октября или в начале ноября.

По возвращении я решила приступить к выполнению своего плана относительно опыта. Сначала я переговорила о своем намерении с доктором Ш. Он живо заинтересовался и сказал, что готов с большим удовольствием предоставить возможность провести этот опыт в его больнице. За время беременности я говорила со многими знакомыми о своем желании подвергнуться гипнозу и почти никогда не встречала сочувствия. Все находили это чрезвычайно неблагоприятным: „такая темная область“... „известно, как отразится на ребенке“, „а вдруг процесс родов затянется“, „схватки будут ослаблены“ и т. д. Прежде, чем идти к профессору П., я решила поговорить с некоторыми врачами, сведущими в соответствующих областях. Меня интересовало мнение специалистов относительно возможного влияния гипноза на плод, на процесс родов и проч. Психиатр д-р У. уклонился от ответа, говоря, что он мало знаком с гипнозом, он той немецкой школы, где скептически относятся к этому вопросу, так что он не может высказаться ни за, ни против опыта. Гинеколог М. также не взялся сказать за недостаточным знакомством с вопросом, как гипноз может повлиять на ход родов и отразиться на ребенке. Все же, несмотря на почти единодушное осуждение и в лучшем случае скептическое отношение к моему намерению,

я решила поговорить с профессором П. Первым вопросом профессора, когда я сказала ему о моем желании провести роды под гипнозом, было: „а зачем это вам? Вы очень боитесь родов?“ Я сообщила, что мной руководит только желание произвести научный эксперимент. На мой вопрос о риске в отношении ребенка он сказал, что неблагоприятного влияния быть не может. Профессор охотно согласился произвести опыт, но только в том случае, если я поддамся гипнозу, что он должен определить на первом сеансе, время которого он мне сейчас же и назначил. Раньше гипнозу я никогда не подвергалась.

Я с большим интересом и охотой и с полным внутренним спокойствием ждала этого сеанса, он заключался в следующем: Профессор предложил мне лечь на кушетку, завел метроном и заставил фиксировать взгляд на блестящий шарик своего докторского молоточка. Приближая его к глазам, говорил: „Вам хочется спать, веки ваши тяжелеют, дремота овладевает вами, вы засыпаете, вы спите“. Я действительно невольно закрыла глаза с чувством, что не могу их больше открыть, дыхание непроизвольно стало глубоким. В то же время я слышу стук метронома, шаги профессора и его слова: „вы можете глубоко заснуть, спите, руки и ноги ваши тяжелеют, вам сейчас очень хорошо, легко“, — и у меня на самом деле необыкновенно приятное самочувствие: спокойно, чувство отдыха. Профессор продолжает: „ничто вас не волнует, предстоящие роды вам не страшны, они пройдут у вас нормально, очень легко и безболезненно, вы относитесь к ним совершенно спокойно. Наоборот, Вас радует это событие. Засыпайте глубже! И с каждым разом вы будете все глубже и глубже и больше поддаваться моему в желаемом вам направлении внушению“. У меня ощущение, что мне хочется совсем заснуть, но мешает стук метронома, шаги профессора и иногда движение плода. „Вы не ощущаете кушетки, на которой вы лежите, вам легко, приятно и хорошо“. Я мысленно повторяю: „мне легко, приятно и хорошо“, и действительно: я ощущаю чувство необыкновенной легкости. Сеанс продолжался минут 20. „Теперь, когда я буду считать до трех, вы должны просыпаться, скажу „три“ — вы проснетесь и будете чувствовать себя хорошо, отдохнувшей и бодрой. Раз, два, три“... Я открываю глаза, и как ни в чем ни бывало, поднимаюсь с кушетки.

Профессор считает, что я поддаюсь гипнозу, и решает продолжать опыт, считая нужным потренировать меня до родов, проведя несколько таких сеансов. Я внимательно следила за собой: не будет ли каких-либо последствий после сеанса, не отразится ли он как-нибудь на меня или не повлияет на плод. Но абсолютно ничего не могла заметить, кроме того, что выйдя от профессора и дожидаясь трамвая, и затем по дороге в нем я несколько раз позевывала. Ни тяжести в голове, ни слабости не было. В движении плода не заметила никакой разницы. Настроение было совершенно ровное, и ночь потом провела великолепно.

Второй сеанс, и затем последующие (всего было 8 через два-три дня) в общих чертах повторяли первый. Профессор погружал меня в дремотное состояние сначала при помощи фиксирования взгляда на молоточек, но через два сеанса — без этого, а просто словами тоном приказания: „спите, вам хочется спать, засыпайте“, и самым спокойным тоном, расхаживая по комнате говорил: „Роды у вас пройдут безболезненно. Этот физиологический акт

по существу не должен быть болезнен, просто женщинам внушен издавна страх к нему. Вы не будете бояться, схватки у вас будут интенсивны, правильны, но боли вы ощущать не будете. Ничто вас не волнует, вам легко, приятно и хорошо“. Погрузиться в глубокий сон так, чтобы потерять сознание, мне ни разу не удалось: на последних сеансах дремотное состояние было значительно глубже, чем на первых, но все же обрывки мыслей меня не покидали. При словах „засыпайте глубже“ и при легких поглаживаниях по лбу и по волосам дыхание становилось очень глубоким и минутами сон как будто сковывал, но затем слова профессора или какие-нибудь звуки (шаги) будили внимание.

Часто мысль вращалась вокруг того, что со мной происходит, я анализировала явления. Наприм., я думаю: „как любопытно, вот я не сплю, между тем дышу, как глубоко спящий человек, такого ощущения в обычное время нельзя испытать“ „или, как это поразительно: при всем желании я не могу поднять век или, слушая слова профессора „вам сейчас очень хорошо“, я как бы заглядываю внутрь себя и констатирую, что действительно мне очень хорошо“. Однажды на третий или четвертый раз я, дожидаясь очереди в приемной и услышав из соседней комнаты стук метронома, с удивлением заметила, что меня клонит ко сну, голова опустилась на руки и я задремала так, как это бывало на сеансах. Когда пришла пациентка и сказала мне, что можно идти к профессору, я с большим трудом поднялась и, держась за стены, ощупью сделала несколько шагов до кабинета профессора и со словами „я совсем сплю“ опустилась на кушетку и по предложению профессора погрузилась в свое обычное состояние. Метроном в последние сеансы тоже не заводился. Раза два профессор пробовал внушить мне потерю кожной чувствительности, испытывая ощущение колесиком с зубчиками и булавкой. По его приказанию я не ощущала колющих зубчиков. Также меня поразило, когда он как-то сказал, что теперь я не смогу поднять руки, так она отяжелела, и когда я делала большие усилия, действительно не смогла поднять руки. Позывы на зевоту были еще только после второго сеанса, потом этого не наблюдалось. Попрежнему никаких болезненных проявлений после сеансов я не наблюдала. Да и трудно было их ожидать: так просто и естественно все было, ничего насильственного, форсирующего.

Настроение у меня в последнее время было великолепное (я как-то сказала профессору—нужно-ли приписать это его внушению, но только у меня удивительно спокойное, приятное настроение). Покой и радость как-бы переполняли меня, ни одной неприятной мысли. Некоторые знакомые подмечали у меня „блаженное“ выражение лица. О родах, как о чем-то страшном, мне и в голову не приходило думать. Эта часть была как будто задержана завесой, которая не позволяла за нее проникнуть. Мне просто было хорошо, а роды... и здесь стоп, дальше не думалось. Не могу сказать, чтобы у меня была уверенность, что они будут безболезненными, просто, точно атрофировалась моя способность думать о родах и что-либо переживать относительно их.

Отметила такую подробность: когда я раньше ходила к д-ру Ш. на консультацию или когда вообще проходила мимо его больницы, где я решила рожать, всегда как-то жутко становилось: „вот здесь... что-то будет“... А теперь я пришла к нему (за три недели до родов) и ничего

не подумала и было даже радостно. И я с удивлением это констатировала— вот мне совсем не страшно. Не приходило мне также в голову, что я уже под влиянием внушения, мое состояние казалось мне более, чем естественным. К сеансам я относилась, как к любопытному опыту—каков будет результат при родах?

До самого последнего дня я исполняла все нужное по дому и старалась побольше успеть в институте—бывала на практических работах и некоторых лекциях.

В понедельник 29-го октября вечером часов в 9, сидя с мужем за чаем, я почувствовала как будто схватку: внутри как будто что-то сжалось. Я сказала ему об этом и мы посмеялись: вот было бы хорошо, если-бы такие схватки были все время—без боли. Но я серьезно не отнеслась к этим ощущениям. Не могла себе представить, что схватки могут быть совсем без болезненных ощущений. Мне говорили, что дело начинается с ломоты в пояснице или боли в животе. Подобные „схватки“ я ощущала еще раза два до сна, потом спала всю ночь, как всегда, совершенно спокойно. Утром подобные ощущения повторились, но я продолжала не придавать им никакого значения, поскольку элемент боли совершенно отсутствовал—было ощущение просто спазма в животе; я могла его приписать явлениям со стороны кишечника. Мы с мужем продолжали шутить: а вдруг это схватки, и я не успею дойти до больницы, так все здесь и кончится,—может быть это гипноз так действует? Но мы были очень далеки от мысли, что это „может-быть“ и на самом деле так.

Я поехала к профессору П. По дороге я заметила, что все же что-то не ладно—пожалуй ощущение тяжести, некоторая слабость и опять изредка что-то *сжимается* внутри, так что я инстинктивно останавливалась.

Сеанс прошел обычно. Я в состоянии полного покоя и благополучия выслушивала знакомое „вам легко, приятно и хорошо, схватки вам будут даже приятны. роды пройдут безболезненно“ и т. д.

После сеанса на приглашение профессора прийти через два дня, я ему сказала, что боюсь, как-бы сегодня уже не было в последний раз, я ощущаю что-то неладное. Мы с ним сговорились, что когда я пойду в больницу, мы дадим ему знать.

Схватки продолжались попрежнему, без всяких болезненных ощущений; я называла их схватками в шутку, так странно было-бы принять их за действительные схватки.

У меня в этот день как раз скопились хозяйственные дела—пилищики распиливали и приносили в квартиру дрова, что продолжалось до темноты, девушка возилась с бельем, мне целый день пришлось толочься в кухне на ногах с уборкой и я ни разу не присела. Пришел муж со службы, я ему рассказываю, что мои „схватки“ участились: иногда минут через 10—15, иногда через большие промежутки, но все так только *ощущение спазма или позыва на низ* и еще уплотняется стенка живота. Поскольку не было не только больно, но хотя бы чуточку чувствительно, мы опять не придавали значения этим явлениям. Я помню, у моей приятельницы схватки, и настоящие, с сильной болью, начались за две недели до родов—доктор сказал, что это был подготовительный период. Я согласилась считать, что у меня тоже начинается подготовительный период, который,

конечно, будет длиться долго. Но соседка настоятельно советовала мне пойти показаться доктору. Я решила принять ванну, и потом может быть отправиться. Но после ванны мне не захотелось идти, погода была ужасная: лил дождь; мы с мужем решили, что если будет что-нибудь серьезное, то ночью поедem в больницу.

Выделения продолжались, участились позывы на мочеотделение, схватки мои участились. Я легла спать в несколько приподнятом настроении: а вдруг, действительно, нужно уже поехать в больницу. *Страха, волнения я не испытывала ни в самой малой степени.* На душе в глубине спокойно, спокойно. Я совершенно искренно говорила: „Хотя бы подождать до утра и выспаться еще одну ночь, а то потом с ребенком начнутся бессонные ночи“... Мы с мужем по часам следили за схватками: минут через 5, через 7, иногда через 10 я говорила: „вот опять начинается“; ощущение продолжалось одну, две минуты и потом я говорила—„вот отпустило“. И мы продолжали шутить: если это действие гипноза, то это замечательно! Но серьезно я не могла думать, что гипноз уже может проявлять свое действие. Я почему-то представляла себе, что уже в больнице, когда мне будет больно, придет профессор, погрузит меня в обычное дремотное состояние и внушит, что мне не больно.

Потом я засыпала, но сначала довольно часто просыпалась, схватки все продолжались. Часам к трем они участились и сделались интенсивнее (по прежнему *абсолютно без всяких болезненных ощущений*), сразу увеличилось количество слизистых выделений, появились очень частые позывы на мочеиспускание.

Утром, это было 31 октября, пришла моя коллега, однокурсница С., бывшая фельдшерка и акушерка. Я рассказываю ей все, что со мной происходит; она говорит, что, повидимому, начинаются роды, и все удивляется, почему мне не больно. Я хожу, болтаю и только от времени до времени с веселым видом сообщаю, „вот опять начинается схватка“.

В три часа мы с мужем отправились пешком к доктору. Погода была хорошая, и я с большим удовольствием прошла до больницы. По дороге (ходьбы минут 15—20) я раза три останавливалась—пресловутые схватки. Настроение было великолепное—спокойное и веселое,—не хотелось уходить с улицы. Д-р Ш., освидетельствовав меня, сказал, что *роды уже идут, произошло раскрытие матки на 1½ пальца*, шейка матки укоротилась, края ее истончались, т.е. я проделала уже большую работу. Поскольку я себя так хорошо и бодро чувствую, он может мне разрешить, если я хочу, пойти домой часа на два, но через два часа необходимо быть уже в больнице. Я, конечно, обрадовалась перспективе еще пройтись, еще побыть на свободе хотя-бы два часа. Я зашла к соседке по комнате (жена профессора М.) и рассказываю ей свой необыкновенный случай. Мы с ней заговорились, и я совсем незаметно провела у нее полтора часа, сидя на диванчике. Беседуя, я время от времени, улыбаясь, сообщала ей: „вот опять схватки“. Я заметила, что схватки интенсивнее и дольше, но попрежнему не сопровождалась никакими, хотя-бы незначительными болевыми ощущениями. Она поразилась и рассказывала, как ей было больно, когда появилась на свет ее девочка. Теперь и я была склонна думать, что очевидно внушение профессора уже играет здесь роль, и мне стало столь приятно, столь интересно

и весело за собой наблюдать. Муж застал меня еще в гостях. Мы с ним пообедали и отправились уже с вещами на извозчике в больницу. Ехала я в самом приятном настроении. День был тихий, теплый, сидеть рядом с мужем было так уютно, на душе было так хорошо, и я несколько раз повторяла: „я удивительно хорошо себя чувствую“—такое радостное, точно праздничное, настроение было у меня. (Хочу здесь сказать, забежав вперед, что когда я возвращалась уже из больницы домой с ребенком, сидя так же на извозчике, я была счастлива и вспоминала, что уже переживала такое настроение—именно, когда ехала в больницу. И я несколько раз сказала по дороге мужу: „как странно, у меня сейчас точь-в-точь такое же настроение, как тогда, когда я ехала в больницу“).

В больнице после обычных приготовлений (переодели, помыли и пр.) положили меня в кровать. Было 7 часов вечера. Схватки продолжались, сделались сильнее. Я следила по часам—они начинались через 4—5 минут. Теперь я уже верила, что роды начинаются, *но боли не испытывала никакой*. Пришел доктор меня посмотреть, как раз при нем у меня отошли воды. Д-р поручил наблюдать за мной акушерке. Мы с ней беседовали о разных вещах, и я время от времени ей говорила: „вот начинается схватка“. Она сидела около меня и потом стала просить: „Вы, пожалуйста, каждый раз говорите мне, когда у вас схватки. Обыкновенно, женщины кричат или стонут, или по крайней мере по их лицу можно сказать, что схватка начинается, а у вас ничего не заметно, а мне же нужно каждый раз смотреть, следить“.

Я лежу, настроение у меня великолепное, у меня начинаются схватки и сейчас же невольно приходят на ум слова профессора: „Вам легко, приятно и хорошо“. Часов в 8½ в комнату вдруг вошел профессор. Я ему страшно обрадовалась: сразу почувствовала прилив бодрости, спокойствия и радости. Он подошел, сказал: „все хорошо, так и должно быть, боли вы ощущать не будете, роды будут легкие, лежите спокойно. Вам сейчас очень хорошо“. Он поднялся наверх к доктору. Я продолжала лежать, укрытая одеялом, мне было тепло, спокойно, разговаривать больше не хотелось—*дремалось*. Только попрежнему я говорила акушерке: „вот начинается схватка“, и она продолжала свои наблюдения. Потом она сказала, что повидимому уже происходит давление на прямую кишку; она предложила мне перейти на высокую кровать для родильниц, так как там ей будет удобнее за мной наблюдать. Я легко перешла и взобралась на этот стол. Я все время за собой наблюдала: „вот мне *ничуть не страшно*,—как странно“. Схватки делались все настойчивее, чаще и продолжительнее. Я повернулась с разрешения акушерки на левый бок, укрылась одеялом и лежу себе, прислушиваясь к своим ощущениям. „Вот начинается, но мне совсем не больно“. Пришли доктор и профессор. Доктор посмотрел, нашел, что дело очень продвинулось, работа идет полным ходом.

Профессор поглаживал меня рукой по лбу и говорил: „Все прекрасно, вы чувствуете себя хорошо. Вы счастливы, боли вы не ощущаете и ощущать не будете, дремотное состояние овладевает вами“. Потом они опять ушли. Между схватками у меня было совсем сонное состояние, иногда с началом схватки я ловила себя на мысли, что вот сейчас я спала.

Часов в 12 я в первый раз *стала ощущать некоторую болезненность* за время схватки: какую-то тупую, ноющую; как-бы заглушенную боль в крестце, в боках, *но вполне терпимую*. Вс: же я попросила акушерку сказать профессору, что у меня появилась некоторая чувствительность. Доктор и профессор сейчас пришли. Доктор сказал, что сейчас повидимому самый болезненный момент: давление плода на *plexus sacralis*. Профессор опять поглаживал мой лоб и говорил: „*Вот вам совсем не больно!* вам хорошо, вы счастливы, что совершается великое дело, все идет прекрасно, роды проходят безболезненно, и так же безболезненно закончится, послеродовой период тоже будет протекать хорошо“ и т. д. Присутствие профессора оказывало на меня замечательное действие: мне сразу становилось как-то особенно спокойно, *боли ощущать я перестала*. Доктор сказал, что дело подвигается хорошо, к трем часам все кончится. Я не хотела этому верить; мне казалось, что роды у меня, как у первородящей, будут продолжаться по меньшей мере сутки.

Доктор остался со мной и не отходил до конца родов. У меня начались потуги. По совету доктора я помогала им, напрягая брюшной пресс. Ощущение от потуг было приятное, о чем я и сказала д-ру. *Промежутки между потугами были не так приятны: ощущалась некоторая слабость и неопределенная болезненность*. Потуги были все энергичнее и с каждым разом я с особым удовольствием помогала, держась руками за край кровати. В промежутках между потугами я дремала. Потом я вижу: доктор отдает какие-то распоряжения—смазывает пальцы йодом. Было часа 2. Профессор пришел, стал около меня, и мы стали разговаривать. Он спрашивал, как я себя чувствую, и с довольным видом говорил, что все идет великолепно, уверял, что мне очень хорошо, легко, радостно и пр. Шутил, спрашивал, сильно ли кричат обыкновенно роженицы. Я его слушала, отвечала. В его присутствии я испытывала все тот же покой и благополучие. В это время доктор что-то возился со мной, на коленях у меня лежала простыня, и я ровно ничего не видела, что со мной происходит. От разговора с профессором меня отвлекал доктор отрывистыми приказаниями: „*Дышите... помогайте... спокойно... не дышите...*“ Я, исполняя требуемое, обращалась к профессору. У меня появилось новое ощущение: как-будто чувство жжения; мне пришло в голову, что доктор прикоснулся руками смазанными йодом, и вот йод меня щиплет, но мне некогда было сосредоточиться на этом—я слушала профессора. Вдруг я как во сне вижу, что доктор держит ребеночка, хлопает его, тот закричал, меня поздравляют с сыном. Недоумению моему в первый момент не было границ, я ни за что не могла поверить, что все уже кончилось,—это казалось мне совершенно невероятным. Я и не заметила, как кончились роды. *И сразу я почувствовала необыкновенную радость, бодрость, легкость, я готова была соскочить с кровати. Я чувствовала себя совершенно здоровой, испытывала полное ощущение силы, как будто я и не проделала большого напряжения*.

Меня поразило, что никакой *слабости и утомления я не чувствую*. Мы с профессором продолжали оживленно беседовать, перебирая все подробности опыта, в то время, как со мной еще возились—вышел послед, меня убирали. Доктор сказал, что на слизистой *vagin'e* получилась ссадина,

и считает нужным наложить там шов. *Наложение шва было совершенно безболезненно.* Когда все было закончено, меня укрыли и вывели в палату. Мое ощущение полного здоровья и присутствие всех сил меня не покидало, спать мне ничуть не хотелось. Профессор и доктор пришли ко мне в палату, и там мы вместе радостно делились впечатлениями от опыта. Я находилась в самом блаженном состоянии. После их ухода, я еще долго лежала, улыбалась с ощущением радости. На другой день и во все последующие самочувствие у меня было очень хорошее. Послеродовой период протекал благополучно. Ребенок проявлял себя очень хорошо. Весу было около 11 фунтов, грудь взял сразу и сосал очень энергично, кричал громким голосом, а вообще же был довольно спокойным—давая возможность всем окружающим отдыхать. Из больницы я вышла на 9-й день. Дома чувствовала себя хорошо настолько, что сразу же могла исполнять кое-какие работы по хозяйству и совершенно самостоятельно возиться с ребенком. Таким образом, я должна признать, что роды протекли у меня исключительно легко. Мне совершенно непонятно, как это женщины говорят о них, как о чем-то ужасном. За то время, пока я лежала в больнице, там было несколько родов, и я слушала неистовые крики родильниц с каким-то смешанным чувством неловкости, недоумения и недоверия, мне невольно казались сильно преувеличенными эти крики.

Как опыт применения гипноза, мой случай представляется мне интересным тем, что я все время была „в здравом уме и твердой памяти“.

Никогда раньше я не подвергалась гипнозу и не знала, как выражается его влияние; я удивилась тому, как просто и естественно его действие. Я не смогла бы различить, перебирая в памяти процесс родов, где было внушение, где было самовнушение, где простое отвлечение внимания. Мне теперь смешно, когда говорят, что „страшно поддаваться гипнозу“.

В представленной истории болезни наша больная, З., настолько исчерпывающе детализировала свои ощущения и описала ход родов, что нам и прибавить нечего, но лишь для порядка мы, суммируя все, скажем:

Больная 32 лет от роду, первобеременная, происходит от здоровой семьи, не болела, menstrua начались на 14 году, через 28 дней по три-четыре дня, безболезненны, тип установился сразу. Половой жизнью живет три года, тип menstrua после начала половой жизни такой же, как и до, последняя menstrua'ция—первого февраля с. г. К нам впервые обратилась 9 июня на уровне начала 5-го месяца беременности, все время находилась под нашим наблюдением, являясь через указанные промежутки для осмотра и получения соответствующих указаний. Беременность протекала благополучно, со стороны сердца, легких и почек отклонений от нормы не наблюдалось, со стороны таза все обстояло благоприятно, размеры—25, 27, 32, 20. В среду 31 октября в 3 $\frac{1}{2}$ часа дня больная З. явилась ко мне на прием; хотя,

в зависимости от своего самочувствия, она была далека от мысли, что наступили роды, но в виду того, что срок родов был указан к 1-му ноября и что у нее с понедельника с вечера начали являться подозрительные ощущения, периодически повторявшихся: уплотнение живота, каковые в течении вторника к вечеру начали становиться чаще и к ним присоединились слизистые выделения из половой щели, то она хотела выяснить положение вещей. При осмотре со стороны живота—живот увеличен, уровень дна матки посередине между пупком и мочевидным отростком, мелкие части плода прощупываются справа, сердцебиение плода прослушивается слева, ниже пупка, предлежит плотная твердая часть, установившаяся над входом в таз. Матка при дотрагивании плотнеет. Обыкновенно, внутреннее исследование я не произвожу, но в данном случае, имея в виду определенный интерес по отношению к гипнозу, я произвел и внутреннее исследование, причем оказалось: шейка укорочена, края зева почти сглажены, открытие на $1\frac{1}{2}$ пальца, пузырь цел, слегка напрягается, предлежащая часть высоко. Заявив больной о результатах исследования, что роды идут, что ею произведена уже большая работа и что несомненно и дальше родовая деятельность будет протекать так же безболезненно, я разрешил ей поехать на пару часов домой, чтобы привести все в порядок.

Гражданка З. прибыла в больницу к 7 часам веч. Схватки, по ее словам, периодически повторялись через каждые 10—7—5 минут, но несмотря на это, она провела этот промежуток времени в обществе своих приятелей-соседей по квартире, шутя и смеясь, лишь от времени до времени заявляя: «вот у меня опять схватка, но более при этом никаких не ощущала. По прибытии в больницу гр-ка З. была соответствующим образом подготовлена и уложена в постель. Дежурной акушерке были даны указания следить за больной, отмечая точно промежутки, через которые будут появляться схватки, продолжительность их, силу, высоту, правильность, и если жалоб со стороны больной не последует, следить за выражением лица. В 8 часов вечера прошли околоплодные воды. Схватки стали чаще и сильнее, к 11 час. начались потуги, появилось периодически перемежающееся напряжение брюшного пресса; больная оставалась совершенно спокойной; можно было лишь отметить от времени до времени отрывистые движения нижних конечностей (как рефлекторные, несомненно, совершенно бессознательны). На вопросы о самочувствии больная

отвечала, что болей не чувствует. Следя все время за выражением лица, можно было по чертам его и по его мимике отметить, что болевые ощущения отсутствуют. Пульс все время ровный, не учащенный, дыхание ровное. Больная переведена на родильную кровать—потуги делают свое дело, продолжительность и сила увеличиваются, промежутки укорачиваются, в промежутках слегка или дремлет, под влиянием присутствовавшего тут-же проф. П. или оживленно беседовала с ним. Во время прорезывания головки больная глубоко дышет, жалобы на боль отсутствуют. В 3 часа ночи роды живым доношенным плодом весом около 11 фунтов. Прислушиваясь к крику ребенка, больная З. с удивлением оглядывается и вопросительно недоверчиво спрашивает: «Разве уже конец?». Через 20 минут самопроизвольно и целиком отделилось детское место. На слизистой левой губе в нижней ее трети—ссадина; наложен шов; кровянистых выделений значительно меньше обыкновенного, матка хорошо сократилась. Больная приведена в порядок, сделан туалет, отправлена в палату. Самочувствие больной после родов непосредственно настолько хорошо, что больная заявила, что она уже может встать. Послеродовое течение проходит совершенно благополучно, температура все время в рамках нормы выделения нормальны, период лактации без перебоев. Больная провела в больнице 9 дней, выписалась с хорошим самочувствием и совершенно здоровым ребенком. Сегодня 7 недель после родов; состояние гражданки З. и ее ребенка вполне хорошее.

С третьего дня после рождения ребенок гр-ки З. находился под наблюдением педиатра д-ра М. Б. Голомба, благодаря любезности которого, за что выражаю ему благодарность, я имею возможность привести здесь результаты наблюдения, предоставленные мне для этой цели д-ром Голомбом, а именно:

Владимир З. родился 1-го ноября 1923 года.

3/XI. Первое исследование, произведенное на третий день жизни ребенка, после кормления, дает впечатление довольства и спокойствия; обнаженный, уложенный на спинку ребенок потягивался, проделывая медленные и мягкие движения ручками и ножками. Крик ребенка—непродолжительный—был чистый и достаточно сильный, быстрый переход в сон. Кожа чиста, бархатиста. На подбородке мелкая незначительная сыпь. На плечиках lanugo. Цвет кожи розовый с переходом в красноватый, при давлении кожа дает оттенок некоторой желтизны. Слизистая глаз чистая, слизистая ротовой полости бледно-розовая, слегка увлажненная.

Носовые ходы свободны. Тургор хороший. Тонус мышечный умеренно повышенный (в физиологических пределах). Черепные кости тверды, непосредственно прилегая друг к другу. Большой родничок открыт ($2 \times 2\frac{1}{2}$), ногти достигают концов пальцев (на ручках и ножках), ушные хрящи нормальны, яички опущены в мошонку.

Длина тела 51 сантиметр. Окружность головы 35. Окружность груди 34. Приложенный к груди берет ее сразу. Захватывает сосок крепко и сосет энергично. В начале прикладывается к груди через 3 часа—8 раз в сутки, в промежутках ведет себя спокойно. На 10-й день переводится определенно на 6-тикратное кормление грудью, через $3\frac{1}{2}$ часа. Стул один раз в сутки, иногда задерживается. Цвет кала рано (уже первые дни) устанавливается желтый. Первое взвешивание на 10-й день 4050 гр., и в дальнейшем хорошие прибавки: от 150 до 280 гр. в неделю. (*Смотри кривую*).

Ввиду выраженных признаков эутрофии у ребенка, он переводится на 5-тикратное кормление с ночным промежутком в 8 часов; днем через 4 часа.

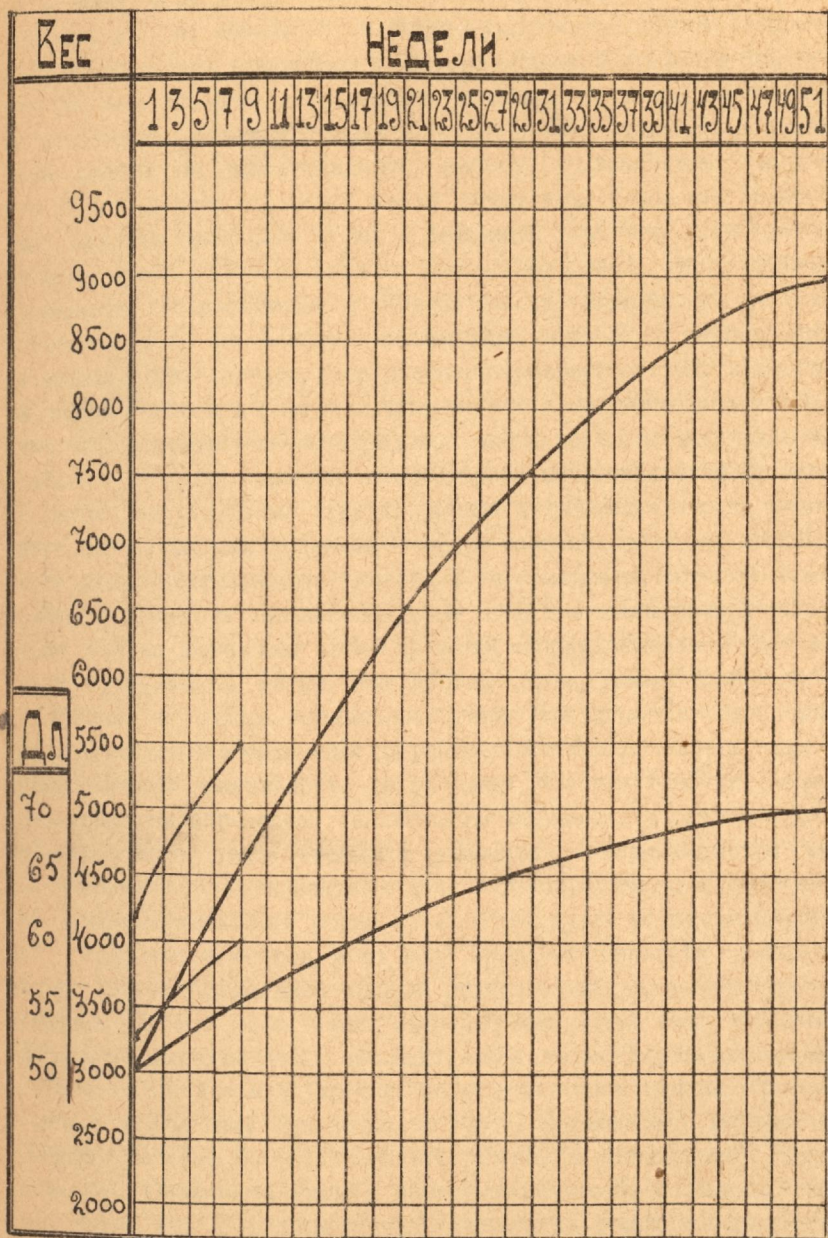
20/XI. Самочувствие ребенка прекрасное, часто гулит, сон спокойный, аппетит хороший, стул нормальный, мочится умеренно, фиксирует взгляд на предметы движущиеся. Начинает фиксировать головку.

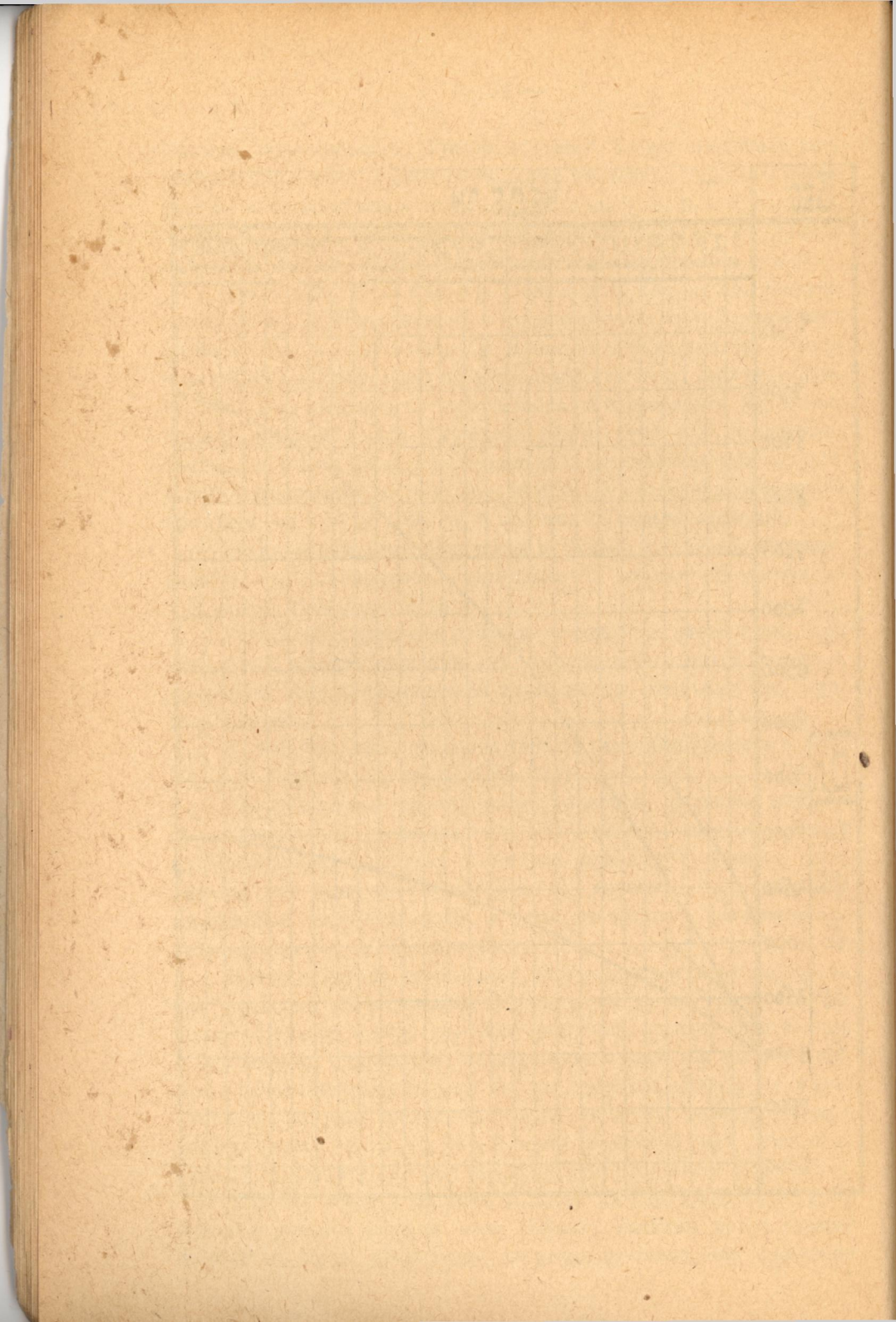
22/XII. Вес 5430 гр. Длина тела 58 сант. Окружность головы 39 сант. Окружность груди $37\frac{3}{4}$ сант.

Представленные данные веса, размеров, развитие ребенка до возможности перевода его на уровне шестой недели на 5-тикратное кормление с ночным отдыхом в 8 часов, говорят за то, что пост-гипнотическое внушение, под которым проводились роды гражданки З. никакого вредного влияния на состояние ребенка не обнаружило.

Впечатление от применения пост-гипнотического внушения, как средства обезболивания родового акта,—в нашем случае полное. Больная в бодрствующем состоянии, отдавая себе полный отчет во всех ощущениях, поддерживая с нами все время беседу, давая исчерпывающие ответы на все вопросы, ни разу не жаловалась на болевые ощущения, и в то же время, несмотря на свой зрелый возраст и на то, что рожала в первый раз, проделала роды, в результате которых появился ребенок весом около 11 фун.

Больная явилась на осмотр после уже проведенной на дому большой родовой работы: если считать началом родов возвращающуюся через правильные промежутки ощущения сжимания





в животе, уплотнение его и стойкие изменения шейки (период раскрытия), то результат осмотра—укорочение шейки, сглаживание краев зева, открытие на полтора пальца, безусловно говорит за то, что родовая деятельность началась на дому, но только в отсутствии болей. Установить, какое время понадобилось в данном случае на вышеуказанную работу, с точностью трудно, но нужно думать, не менее 8—10 часов; весь остальной родовой акт больная проделала у нас в больнице, так что если суммировать время родового акта от начала до конца, то продолжительность его выразится в 20—22 часах. Если-бы мы хотели ответить себе на вопрос, чрезвычайно важный и вызывавший, в большинстве случаев, скептическое отношение к средствам акушерской анестезии, а именно: влияние пост-гипнотического внушения на продолжительность родового акта, то мы должны были-бы сказать, что для решения этого вопроса целесообразнее принять в расчет не отдельные схватки, а всю продолжительность родового акта, так как полезное значение каждой схватки не столько в ее продолжительности, сколько в ее правильности; часто даже очень сильные и продолжительные схватки мало продуктивны, если они не выражают собой дружной координированной работы, всей мускулатуры матки, или вообще представляет какие-либо отклонения от своего нормального типа. Что касается силы, продолжительности и мышечных сокращений матки и брюшного пресса, промежутков правильности сокращения и асте схваток, то мы эти моменты определяли наблюдением ошупью, с часами в руках и характером поступательного эффекта; токодинамометра мы не применяли. Устанавливать влияние пост-гипнотического внушения на продолжительность родов мы поэтому будем не в зависимости от отдельных моментов, а от всей продолжительности родового акта. Нормы продолжительности родового акта установить очень трудно, так как здесь имеет значение множество разнообразных факторов. Каждый автор приводит свою статистику на основании своего материала и у каждого получаются свои цифры. Просматривая статистику Spiegelberg'a, Feit'a, Знаменского, Парышева, Воффа, Массона, Bumm'a, Ahlfeld'a, Zweifel'я, Schlumpert'a Виридарского, Онуфриева, нашего многоуважаемого П. Х. Хажинского, мы видим, что в среднем продолжительность родов у первородящих колеблется от тринадцати часов 43 минут (по Zweifel'ю) до 24 час. (по Ahlfeld'ю). В нашем случае продолжительность родов можно считать до 22 часов. Принимая во внимание возраст

роженицы, вес плода, размеры головки (что по статистическим данным П. Х. Хожинского несколько замедляет родовой акт) нужно считать, что пост-гипнотическое внушение родового акта не замедляет, хотя мы тут-же должны прибавить, что если бы роды замедлились на один-два часа, то та энергия, которая сохраняется больной, вследствие отсутствия болей, не послужила-бы противоуказанием применения пост-гипнотического внушения. Говорить о влиянии нашей анестезии на отдельные периоды родов не приходится, так как она обезболивает весь родовой акт. Случаев родов, проведенных под гипнозом, описано не мало. Я позволю себе для примера привести из одного французского журнала описание 2-х случаев, под заглавием: «Гипнотизм, как анестезирующее средство в акушерстве». Автор описывает и разбирает два случая родов, протекавших в состоянии гипноза. В продолжении всего периода изгнания плода обе роженицы находились в полном бессознательном состоянии.

Проснувшись, они решительно ничего не помнили, что с ними происходило за все время гипноза, искусственно вызванного. На основании этих 2-х случаев, а также и прежних подобных же наблюдений, опубликованных раньше, автор считает предлагаемый новый метод анестезии применимым в акушерстве даже предпочтительно перед хлороформным наркозом, находя его вполне, как по отношению к матери, так и по отношению к ребенку, безопасным. Самый метод заключается в следующем: женщину между 7-м и 8-м месяцем беременности начинают ежедневно или, по крайней мере, несколько раз в неделю подвергать гипнозу, в котором ее держат от 15—20 минут. Вначале приходится прибегать к помощи вертящегося зеркала (*miroir rotatif*). Вскоре, обыкновенно, удается достигнуть гипноза, вызвать анестезию и каталепсию, и субъект становится способным к внушению. Впоследствии не приходится даже прибегать к зеркалу, а бывает достаточно одного взгляда для вызова желаемого эффекта. Сеансы продолжают повторять до наступления родов. Самым трудным оказывается уловить момент, когда следует приступить к гипнотизированию. Начинать гипноз следует с того момента, когда установятся родовые боли, изгоняющие потуги достигнут интенсивности. Как только наступает гипнотическое состояние, боли перестают сознаваться роженицей, и она может сконцентрировать все свои усилия для изгнания плода.

Благодаря этому, врач, руководящий гипнозом, может по желанию в любое время посредством внушения усилить родовую деятельность и тем самым ускорить самый родовой акт. По пробуждении, которое достигается после родов посредством простого внушения, оказывается, что женщины, подвергавшиеся гипнозу, решительно ничего не помнят, что с ними происходило.

Очевидно, что и в этих случаях имело место постгипнотическое внушение, и напрасно автор говорит, что самым трудным оказывается уловить, когда следует приступить к гипнотизированию. Наш случай показывает, что постгипнотическое внушение настолько устойчиво, что предварительная тренировка является исчерпывающей и что во время родов ловить моментов для гипноза не приходится. Второе преимущество нашего случая, что роды происходят не в состоянии гипнотического сна; естественно, мы могли бы сами возразить, что может быть не безразлично держать женщину все время родового акта во сне. О вредном влиянии постгипнотического внушения на состояние матери и ребенка, на основании нашего случая, говорить не приходится, да и вряд ли вообще можно предполагать какой-либо вред. (Подробнее этого вопроса коснется в дальнейшем и проф. Платонов). Несомненно, одно: 70% всех родов могут протекать безболезненно. Мы должны будем еще раз возвратиться к вопросу об обезболивании родов нарко-гипнозом или гипно-наркозом, предложенным для этой цели Голлауэром и Kirstein'ом. Голлауэр говорит, что преимущество постгипнотического внушения перед нарко-гипнозом состоит в том, что первое совершенно безопасно и не дает никаких вредных последствий. Если мы в вопросе о применении нарко-гипноза при гинекологических операциях можем высказываться разн, то при родах мы бы считали единственно правильной формой анестезии—чистое постгипнотическое внушение, так как применение при нарко-гипнозе хлороформа, эфира и др. уже является моментом нежелательным. Он связан со всеми последствиями влияния хлороформа, эфира, начиная от идиосинкразии до осложнения, в зависимости от применяемого количества, влияния на плод, молока матери и т. д.

Представление о родах до такой степени прочно ассоциируется с представлением о болях и страданиях, что женщины, не испытывая их, естественно, не могут себе представить, что все обошлось так просто и безболезненно. Прислушиваясь к крику

ребенка, больная с удивлением оглядывается по сторонам и вопросительно смотрит на окружающих. Бывают случаи, что женщины проявляют во время родов геройское терпение и такую выносливость, которую едва ли многие из них способны проявить при других обстоятельствах. Нужно думать, что такие женщины загипнотизированы мыслью о необходимости родовых болей, и тут, несомненно, играет роль самовнушение.

Один случай не создает теории. Он не дает права делать выводы, устанавливать положения, но все же он нас окрыляет, он нас обязывает работать в направлении экспериментального изучения действия постгипнотического внушения, как средства акушерской анестезии, и если постгипнотическое внушение, как элемент психотерапии, разработанный на научных началах, действительно, как этого можно ожидать, окажется целесообразным во всех случаях, то мы, врачи-акушеры, получим высшее нравственное удовлетворение; женщина сможет смело и бодро смотреть в глаза наступающим родам, высшее материнское счастье будет покупаться не ценой жестоких страданий, роды будут проходить просто, легко и безболезненно. Пусть же мы в этом найдем побуждение к дальнейшим опытам.

Не останавливаясь здесь на вопросе о применении гипноза, как наркоза вообще (что послужит предметом отдельного сообщения), позволю себе привести два случая операции прерывания беременности на третьем и четвертом месяцах, проведенных согласно желанию больных под гипнозом.

Первый случай касается курсистки-медики, направленной ко мне т.т. терапевтами 1 декабря 1923 г. с предложением, ввиду угрожающих для жизни больной явлений со стороны органических заболеваний сердца и сердечной мышцы с декомпенсацией при продолжении беременности, таковую прервать.

Больная 28 лет от роду, половой жизнью живет один год, *menstrua* на 14 году, через три-четыре недели, по 5—6 дней, с болями. После начала половой жизни тип *menstrua* тот же. В детстве перенесла скарлатину, 14 лет от роду—ревматизм, 19-ти лет—сыпной тиф. При исследовании со стороны половых органов констатируется трехмесячная беременность.⁶⁶ Больная просит произвести ей операцию под гипнозом и передает, что в течение первого месяца беременности по поводу мучительных тошнот и рвот подвергалась гипнозу врача Пайкина (было произведено 7 сеансов с полным эффектом) и что за несколько

дней до прихода ко мне она, с целью подготовить себя к операции под гипнозом, обратилась к врачу Пайкину, который в течение трех сеансов, погружая больную в глубокий сон, делал внушение о мнимой перетяжке туловища с последующей полной анестезией ниже места перетяжки. Результаты сеансов успешны, что дало повод высказаться о благоприятном исходе операции по отношению к гипнозу.

2 декабря 1923 г. больная С. поступила в лечебницу. Необходимые манипуляции в смысле приготовления больной к операции (бритье, клизма, туалет) были очень затруднены, вследствие чрезмерно повышенной чувствительности больной. Операция назначена на 3 декабря в 10 час утра. Утром 3 декабря дежурная акушерка мне сообщила, что больная С. всю ночь провела бессонно, очень волнуется и боится операции; тогда я вошел в палату к больной и заявил ей, что, в виду непредвиденных обстоятельств, операция состоится только в 2 часа дня, после чего больная значительно успокоилась. Без 5 минут в 10 часов врач Пайкин зашел к больной, и способом словесного внушения больная была усыплена с внушенной перетяжкой туловища и анестезией ниже перетяжки лежащих частей.

В сонном состоянии больная перевезена в операционную. В виду необходимости освободить перед операцией мочевой пузырь больной, тут-же было сделано соответствующее внушение, больная, продолжая спать, все это исполнила. Она была уложена на операционный стол, беспрепятственно был произведен необходимый туалет и приступлено к операции. Операция длилась 21 минуту, кровянистых выделений отмечалось значительно меньше, чем обыкновенно в подобных случаях наблюдается. Все время операции больная ровно, спокойно спала, наблюдался лишь один кратковременный момент неприятного ощущения у больной тошноты, из какого состояния она сейчас была отвлечена путем внушения галлюцинации (перенесением в деревенскую обстановку).

Пuls в течение всей операции контролировался: никаких изменений в смысле частоты и полноты не замечалось. Тут же считаю нужным отметить, что присутствовавшие в большом количестве на операции врачи обратились к профессору Платонову с вопросом: «не отвлечет ли больную от сна их движение и разговор», на что он ответил, что можно и говорить, и стучать,—больная все же будет продолжать спать. И действительно, несмотря на последовавшие после моего разрешения довольно

громкие разговоры и движения, больная продолжала ровно и спокойно спать. В сонном состоянии больная отвезена в палату, где проф. Платоновым, спустя минут 15 после операции, она была в нашем присутствии пробуждена внушением, тут же сделанным. Проснувшись, больная широко раскрыв глаза, с удивлением спросила, чем она обязана присутствию у нее в палате такого общества врачей. На мой вопрос: «Как вы себя чувствуете?» больная ответила: «прекрасно», и когда я ей заявил, что операция уже сделана, она сказала: «Вы шутите, никакой операции вы мне еще не делали»; тогда я ей повторил, что говорю вполне серьезно, на что она ответила, что только доверие ко мне заставляет ее этому поверить, т. к. она решительно ничего не помнит (полная амнезия).

Послеоперационное течение прошло совершенно гладко, никаких жалоб, никаких болезненных ощущений, никаких выделений, температура все время нормальна. 10 декабря больная выписана из больницы здоровой.

Второй случай касается тоже курсистки-медички 4-го курса В., которая обратилась к нам с просьбой произвести ей под гипнозом операцию прерывания беременности на 4-м месяце, т. к. в виду ее тяжелого состояния (недостаточность сердечной мышцы, вследствие недостаточно компенсированной *Insuficienitia valvul milralis*). Пользовавшиеся ее терапевты и освидетельствовавший ее по моему предложению проф. Якушевич пришли к заключению, что продолжение беременности является для нее угрожающим.

Больная, желая произвести операцию под гипнозом, предварительно обратилась к врачу Пайкину, с разрешения которого сообщая некоторые моменты техники подготовки.

С первого погружения способом словесного внушения больная поверхностно уснула, и после троекратных усыплений (по Фогту) с чередовавшимися пробуждениями больная глубоко усыплена: была обнаружена продолжительная каталепсия, приятные внушения (гулянье в саду, звуки музыки и др.) легко воспринимались.

По пробуждении больная себя чувствовала легко и весело и о происшедшем вспоминала с трудом. При последующем усыплении больная впадает в глубокий сон, и ей сделано внушение о мнимой перетяжке туловища в поясничной части с последующей анестезией ниже места перетяжки. Опыт удается, больная не чувствует прикосновения, давления в области живота и нижних конечностей, на укол булавкой реагирует вздрагиваньем

соответствующей ноги; на вопрос, чувствует ли она какую либо боль и ощущает ли вообще свои нижние конечности и живот—получается ответ отрицательный. Третий и четвертый сеансы дают уже отсутствие реакции и на глубокие уколы; на вопрос о самочувствии во время укола, больная отвечает: «хорошо». Последний феномен убедил врача Пайкина в возможности рассчитывать в данном случае на успех внушения.

Больная поступила в лечебницу 4 января 1924 г. Имеет 21 год от роду, живет половой жизнью 1 год, *menstrua* на 16 году, через месяц по 3 дня безболезненно. В детстве—скарлатина, 18-ти лет—ревматизм. Лицо одутловато, пульс до 100 ударов в 1', слабого наполнения, с перебоями; со стороны сердца систолический шум у верхушки, акцентуация на втором тоне легочной артерии, границы сердца расширены влево на полтора пальца, вправо на один. Со стороны половых органов констатируется четырехмесячная беременность; на нижних конечностях отеки. С вечера больной сделаны все необходимые манипуляции приготовления к операции, каковая назначена на следующее утро в 10 час. С утра я, как и в первом случае, успокоил больную, заявив, что операция отложена на несколько часов. К 10 часам М. И. Пайкин внушением повторил больной, что операция будет лишь в 3 часа дня, а пока она должна отдохнуть, и спустя лишь 20 минут гипноза-отдыха последовало внушение о конструкции туловища в поясничной части с последующей анестезией ниже лежащих частей. На вопрос о каких либо ощущениях в указанных местах, больная отвечает отрицательно, на глубокие уколы булавки—никаких рефлекторных движений. В сонном состоянии больная отвезена в операционную, уложена на стол, приступлено к операции с расчетом произвести таковую, как это полагается, в 2 темпа. Сделано расширение Hegar'ами до № 24, матка промыта физиологическим раствором. Сон ровный, спокойный, реакции никакой, дыхание глубокое, пульс 96 ударов в 1'. Состояние больной настолько благоприятное, что, получив ответ от М. И. Пайкина, что больная и дальше будет спать ровно и спокойно в течении нужного времени, я заявил присутствующим товарищам, что с целью проверить надежность действия гипноза, вопреки моему принципу, попробую закончить операцию в один темп. Операция произведена полностью, продолжалась 37 минут; кровянистых выделений, как и в первом случае, было значительно меньше обыкновенного.

Во время операции был один момент, когда при входе в полость матки острой кюреткой для удаления остатков плаценты, больная, продолжая спать, начала стонать при пульсе 108, но сделанным тут же М. И. Пайкиным отвлечением (перенесением больной на прогулку по лугу с цветами) сон беспрепятственно продолжался при пульсе 90. Больная в сонном состоянии была отвезена в палату, где ей было сделано внушение проснуться через 20 минут. К указанному сроку мы вошли в палату; больная самопроизвольно проснулась, и на вопрос, как себя чувствует ответила: «Очень хорошо». На заявление, что операция уже сделана, больная с удивлением сказала: «Вы меня обманываете, никакой операции мне еще не сделали» *).

Пульс, дыхание и кровяное давление записаны соответствующими кривыми в бодрствующем состоянии сна и по пробуждении.

Со стороны нервного и психического статуса, уклонение от нормы подметить не удалось. Психика исследована путем наблюдения и посредством психологического профиля по Россолиму. Последнее произведено доктором Квинтом в психоневрологическом институте.

Описанные нами случаи операции под гипнозом, естественно, не дают нам право делать какие либо выводы; мы их привели опять таки, как опыт применения гипно-наркоза, и опыт, давший полный эффект.

За последние три-четыре года научная мысль (преимущественно в Германии) очень интенсивно работает в направлении изучения вопроса о гипнозе и применения его, как средства наркоза; у нас в Харькове, по инициативе проф. Платонова, гипноз начинает пробуждать к себе интерес.

Оставляя выводы и положения до момента, когда соберется достаточный материал, проверенный и в количестве и во времени, когда на научных началах будут выведены показания, противопоказания, точная методика е ст., мы лишь выскажем пожелание работать в направлении изучения гипноза, и пусть общими усилиями будет приподнята та завеса, которая в течении многих лет скрывала от нас метод, которому может быть суждено сыграть не малую роль в истории наркоза.

*) Послеоперационный период прошел гладко, температура все время нормальная, 12 января больная выписалась здоровой.

II.

Безболезненно прошедшие роды под влиянием внушения, успешно проведенные д-ром Шестопадом 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.-медички 3—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 первороженницы, 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 здравом 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 боли при схватках, потугах и родах. Только лишь во время акта родов шло подкрепление внушенного, иногда в слегка дремотном, почти бодрствующем состоянии роженицы и появившаяся 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 наложении 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*), привлечшей 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, Форель, 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 тормазов*, 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. Первороженица 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 плакать. 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 гипнонаркозизации,— и при этом не нужно обладать никакой «особенной силой», но нужно обладать знанием, опытом, и умением 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, раз'яснительные 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 обращает 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 субъективных 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 1½ 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 кряхтела, 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. Проснувшись 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 гиперэстезии 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 Ш. 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 обезболевается, чтобы с нею ни делали, это чувствоваться не будет», но что больная сейчас «отдыхает», «спит». Иногда бывает необходимо внушить какие либо приятного содержания галлюцинации, resp. 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—*abrasio 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 $1\frac{1}{2}$ 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 удается 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 aq 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 неуловимых 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 наслоениях 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. Archiv für 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 Dämmer Schlaf. 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) Röfler 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) Liegnér.—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 гипнопизма.

Литература гипнотизма чрезвычайно велика. Мы здесь приводим лишь главнейшие сочинения по вопросу о гипнотизме 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.—Гипнотизм, С.-П.Б., 1909 г. Последнее немецкое издание, 1924 г. Berlin.

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

Д-р Левенфельд.—Гипнотизм. 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.—Гипнотизм и внушение. Берлин, 1923 г.

В. Я. Данилевский.—Гипнотизм. 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.
