

Про деякі теоретичні питання сомнопсихотерапії

М. М. Перельмутер

Наші дослідження, проведені в Київській психіатричній лікарні ім. І. П. Павлова разом з колективом 8-го відділу на чолі з Р. Е. Кравинською, показали, що дії і уявлення, навіяні особам, що перебувають в стані наркотичного сну, в ряді випадків можуть бути ними відтворені після пробудження, причому спостерігається повна амнезія факту навіяння.

Можливість відтворення навіяного в наркотичному сні ми використали з терапевтичною метою і в ряді випадків домоглися позитивного ефекту різної стійкості. Цей вид психотерапії ми назвали сомнопсихотерапією, тобто терапією уві сні, оскільки сомнопсихотерапія може бути застосована і до осіб, що перебувають у фізіологічному сні.

Сомнопсихотерапія, всупереч зовнішній подібності з наркогіпнозом, наркосугестією і наркоаналізом, застосовуваними зарубіжними авторами, різко відрізняється від цих методів принципово. При сомнопсихотерапії психотерапевтичне навіяння або бесіда провадиться в умовах, коли хворий перебуває в глибокому сні. Оскільки, як правило, при цьому настає антероградна амнезія, не говорячи вже про рідкі випадки ретроградної амнезії, у спогадах хворого зберігається лише факт введення йому наркотичної речовини, приміром, обстановка внутрішнього впливання. Самий факт навіяння або психотерапевтичної бесіди повністю амнезується. Отже, виключається небезпека оживлення або виникнення маячення гіпнотизації.

Застосування сомнопсихотерапії не потребує афективного контакту з хворим, що є неодмінною умовою застосування будь-якого іншого виду психотерапії. Отже, відсутність небезпеки шкідливих наслідків звичайної гіпнотерапії, а також відсутність головної перешкоди — неможливості контакту з хворим — роблять можливим широке використання сомнопсихотерапії у психіатричній клініці. Цей метод може бути використаний і при лікуванні внутрішніх хвороб, особливо пограничних форм, і, головним чином, у тих нерідких випадках, коли хворий ставиться з недовір'ям до терапевтичного значення слова, і ніякі запевнення не здатні примусити його повірити в ефективність психотерапії.

Якщо хворі здатні в стані наркотичного сну якимсь чином сприймати сказане або в усякому разі якимсь чином реагувати на словесні подразники, то, природно, виникає сумнів у відсутності у них чутливості під час наркотичного сну, незважаючи на їх твердження, що вони болю не відчували. Два факти, що спостерігаються, — повна втрата можливості рухатись, отже відсутність рухової реакції на біль, і амнезія того, що відбувається під час наркозу, — ще не є переконливими доказами анестезії або аналгезії під час наркозу. Легко можна собі уявити, що людина відчуває біль, але, втративши можливість рухатись, не спро-

можна ні ворухнутись, ні крикнути, оскільки крик, мова також означають рух, неможливий при повній втраті можливості рухатись.

Сказане легко собі уявити за аналогією з кошмаром, коли сплячий, охоплений страхом, намагається кудись утекти від загрожуючої йому небезпеки, але, на свій жах, переконується в неспроможності ні ворухнутися з місця, ані крикнути по допомогу. Звичайне заперечення—адже хворий нічого не пам'ятає, що було з ним під час наркозу, отже, він був у непритомному стані і не відчував болю,—це заперечення не витримує критики. Факт наявності спогаду, без сумніву, свідчить про ясну свідомість в момент подій, і чим детальніше і чіткіше хворий відтворює різні події, тим більше є даних судити про наявність у нього незміненої притомності в описуваний відрізок часу. Однак відсутність спогадів про будь-який відрізок часу ні в якому разі ще не може служити незаперечним доказом зміненої притомності під час того відрізка часу, спогад про який повністю втрачений. Кращим спростованням такого припущення може бути ретроградна амнезія: адже нема сумніву в тому, що під час того періоду, про який повністю втрачено спогад, суб'єкт перебував у стані цілком ясної притомності.

Попередні досліді, проведені разом з Б. В. Шаровим із застосуванням електроенцефалографії, показали, що хвора, яка була в стані наркотичного сну такої глибини, що рухова реакція на больове подразнення, в тому числі і больова реакція зіниці, були повністю втрачені,—дає на електроенцефалограмі реакцію на біль і на словесне подразнення.

Як пояснити спостережувані факти в досліді з сомносихотерапії? Як їх обґрунтувати?

Слід вважати, що жива нервова клітина здатна сприймати враження зовнішнього світу в тій чи іншій мірі в будь-якому або майже в будь-якому своєму стані, оскільки вона жива, і особливо, якщо цей стан є оборотним.

Дослідник, який вважає, що результати його праці вносять дещо нове, до того невідоме, відчуваючи з цього приводу певне задоволення, має водночас сумніватися в тому, чи не бачив хтось перед ним щось подібне, чи не думав саме в цьому напрямі? Якщо ми припускаємо, що хворий, який перебуває в стані наркозу, може відчувати біль, а потім втратити про неї спогад, то здавалось неймовірним, що про це не думають ті, яким доводиться часто мати справу з наркозом, а саме—хірурги.

На велике наше задоволення, ми знайшли у видатного вітчизняного хірурга професора В. М. Миша висловлювання, в принципі дивовижно схожі з нашими переконаннями. Знаменне, що В. М. Миш навів аналогічний приклад з ретроградною амнезією, приклад, який вперше був нами наведений у попередньому повідомленні про наші дослідження, щоб довести, що факт втрати спогадів ще не свідчить про змінену притомність. В. М. Миш пише: «І якщо з зовнішнього боку найбільш яскравим виразом наркотичного сну є повна нерухомість усипленого і, видимо, неволючність хірургічного втручання, то все ж дозволено запитати, чи так уже це безспірно, чи все тут ясне?»¹.

Ці самі міркування дозволили нам на першому республіканському з'їзді хірургів України зауважити, що загальний наркоз, створюючи безсумнівний комфорт хірургові, навряд чи становить комфорт для хворого.

Щоб довести, що під час глибокого наркозу функція рухової зони кори головного мозку виключається не повністю, В. М. Миш наводить

¹ В. М. Миш, «К столетию общего наркоза», Хирургия, № 8, 1947.

той факт, що в стані глибокого наркозу, коли втрачені всі рухові реакції, все ж можна викликати скорочення відповідних м'язів при дотику уніполярним електродом під час перепуска слабкого фарадичного струму до різних точок рухової зони кори. В. М. Миш пише: «Що ж показують такі спостереження? Адже оперований перебуває в стані повного наркозу, він зовсім нездатний до активних і рефлекторних рухів, втім м'язові скорочення на периферії викликаються шляхом безпосереднього подразнювання відповідних ділянок мозкової кори і до того ж зовсім слабким електричним струмом».

Це спостереження дає В. М. Мишу можливість зробити висновок, що функція рухової зони кори головного мозку в глибокому наркотичному сні виключена не повністю. Далі, В. М. Миш, за аналогією з описаним фактом, вважає можливим припустити, що й задня центральна звивина, перебуваючи під впливом наркотичної речовини, в якійсь мірі зберігає свою функцію. На цій підставі він говорить: «Цим я хочу висловити думку, яка вже тривалий час мене займає, що, можливо, так званої повної небулощості при проведенні хірургічної операції справді немає». В. М. Миш наводить випадки шоку в глибокому наркозі при важких операціях, випадки смерті на операційному столі при грубій травматичності оперативного втручання.

Дуже цікаві і повчальні спостереження великого Пирогова, що описав свої спостереження над хворим, якому він шість разів провадив операцію роздрібнювання каменів. «Щоразу він непритомнів, не відчував ні дотиків, ні сильних уколів шпилькою, але щоразу при введенні літотриптора в міхур сильно стогнав і кричав. Пробудившись, він нічого не пам'ятав. Нарешті, коли я зробив йому цю операцію вшосте, і він, знепритомнівши, кричав ще сильніше, то, прокинувшись, він раптом вигукнув: «Тепер я пам'ятаю, що і тепер і раніше кричав і відчував біль»¹.

Щодо висновків проф. В. М. Миша, основаних на аналогії між руховою і чутливою зонами кори головного мозку, то слід також врахувати роль синапсів. Крім того, ми вважаємо можливим висловити таке припущення: оскільки аферентні механізми є більш давніми у порівнянні з еферентними, то, дуже ймовірно, що вони менш пригнічуються наркотичною речовиною, ніж більш юні в онтогенетичному і філогенетичному відношенні еферентні механізми. Таким чином, чутливі функції можуть зберігатись у більшій мірі, ніж рухові при тій самій глибині наркозу.

Щодо спостережень М. І. Пирогова, то вони становлять для нас величезний інтерес в плані проваджуваних нами досліджень. Ці спостереження великого російського хірурга, насамперед, зміцнюють нашу думку про те, що зовнішні подразнення, застосовані в глибокому наркотичному сні хворого, можуть в якомусь вигляді бути відтворені хворим після пробудження, тобто виконання після пробудження навіяного в наркозі уявляється імовірним і на підставі цих спостережень Пирогова. Надзвичайно цікаво також, що спогади, цілком втрачені, можуть бути якимсь чином оживлені, причому в тотожньому з минулим стані. Це, як відомо, можливе в станах глибокого гіпнозу, в так званих сомнамбулічних станах, коли загипнотизований нічого не пам'ятає про те, що сталося з ним у гіпнотичному стані, але може пригадати при відповідному навіянні, а іноді і без нього, в наступному сеансі гіпнозу все те, що відбувалось під час попереднього сеансу.

І. П. Павлов розглядає сон як «внутрішнє гальмування, суцільне (а не подрібнене, що постійно чергується з процесом подразнення), яке

¹ Н. И. Пирогов, т. II, стор. 387, цит. за В. М. Мишем.

поширюється розташован

І. П. Павлов і наркотичний перед: «Гіпноз зрівняльний, кільки в до не спостеріли, як вважа від звичайні ками серед вають на к особливого тепер, на і Якщо точні ків, то тим точність, не різницю між

Якщо м (фізіологіч не гальмува подразненн реження, я рюється заного. Отж кості думки казом сказ

Фельдше досліджувані навіяння був під час нарк Прокинувшись але, покусшту спирту до во близна 40°, сн час як їй бу вона хотіла, ніколи не пи

Цей факт відповіла, що ка». Слово ж дуже рідко.

Отже, бути вловл нічно відтв

Для р словлюванн вий корков куль, що п подразненн усвідомлює тись у свід

Синоні

¹ І. П.

² Павло

³ І. П.

поширюється по всій масі півкуль і спускається навіть на деякі нижче розташовані відділи головного мозку»¹.

І. П. Павлов не бачить принципової різниці між сном фізіологічним і наркотичним, що випливає з таких його висловлювань на одній з «серед»: «Гіпнотичний стан, що передує повному сну, характеризується зрівняльною, парадоксальною та ультрапарадоксальною фазами. Оскільки в досліджах С. І. (Лебединської — М. П.) жодного разу ці фази не спостерігались, хоч досліди були поставлені старанно, то й вирішили, як вважають деякі клініцисти, що фармацевтичний сон відрізняється від звичайного. Тепер це питання загострилося в зв'язку з різними думками серед клініцистів, бо деякі з них вважають, що наркотики впливають на кору, а інші — що вони діють на підкорку... Ця помилка щодо особливого механізму фармацевтичного сну трималася п'ять років, а тепер, на підставі останніх дослідів, уже не доводиться це твердити. Якщо точні лабораторні факти можуть вести до неправильних висновків, то тим більше клінічні спостереження, які не претендують на таку точність, не можуть служити підставою для категоричних тверджень про різницю між фармацевтичним і нормальним сном»².

Якщо між сном фармацевтичним (наркотичним) і сном нормальним (фізіологічним) нема різниці, то і наркотичний сон являє собою внутрішнє гальмування, яке, очевидно, не виключає реакції клітини на зовнішні подразнення. В цьому стані гальмування, як показують наші спостереження, як і в гіпнозі, сприймається або в усякому разі відтворюється не саме слово в точному його звучанні, а зміст сказаного. Отже, якщо припустити, що в цьому стані і нема повної чіткості думки, то схоплювання загального змісту, очевидно, можливе. Доказом сказаного може бути таке спостереження.

Фельдшерія Н., психічно здорова. Під час перебування в наркотичному сні досліджуваній було навіяно, щоб вона після пробудження попросила горілки. Факт навіяння був повністю амнезований після пробудження, як і все, що відбувалось під час наркозу (гексеналового); зберігся лише спогад про внутрішнє впливання. Прокинувшись, Н. попросила вина. Спочатку на її просьбу напитись їй дали воду, але, покуштувавши, Н. відмовилась від води і зажадала вина. Їй додали трохи спирту до води, вона попросила дати ще, і коли концентрація спирту досягла приблизно 40°, сказала: «Отак саме добре». Підкреслюємо, що Н. попросила вина, в той час як їй було навіяно просити горілку. Між тим саме горілка виявилась тим, чого вона хотіла, — спиртом, розведеним у воді. Характерно, що до цього випадку Н. ніколи не пила вина.

Цей факт примусив нас замислитись. Ми слитали Н., звідки вона родом. Вона відповіла, що з Сибіру. Як відомо, в Сибіру слово «вино» є синонімом слова «горілка». Слово ж «горілка» («водка») в Сибіру зовсім не застосовують, або застосовують дуже рідко.

Отже, як це впливає з описаного спостереження, в наркозі може бути вловлений зміст сказаного, і зовсім не обов'язково, щоб було механічно відтворене дане співзвуччя.

Для розуміння суті описаних фактів велике значення мають висловлювання І. П. Павлова: «...Ці досліди показують, що такий важливий корковий акт, як синтезування, може відбуватись у частинах півкуль, що перебувають у певній мірі гальмування під впливом сильного подразнення, яке в даний момент переважає в корі. Хай цей акт тоді не усвідомлюється, але він виник і при сприятливих умовах може виявитись у свідомості готовим і уявляється як виниклий невідомо як»³.

Синонімічна заміна одного слова іншим безумовно свідчить про

¹ І. П. Павлов, Полн. собр. трудов, т. IV, 1947, стор. 222.

² Павловские среды, Изд-во АН СССР, т. I, 1949, стор. 336.

³ І. П. Павлов, Полн. собр. трудов, т. IV, 1947, стор. 340.

можливість синтезування. Нема достатніх критеріїв для судження про те, в якій мірі акт цей усвідомлюється, виникаючи в частинах півкуль, «що перебувають у певній мірі гальмування». Нема достатніх підстав для судження про всі аналогічні випадки, але окремі спостереження, зроблені нами, незаперечно свідчать про те, що в деяких випадках, всупереч уявному «непритомному стану», у хворого виявляється цілком ясна притомність. Якщо ж можливе, за твердженням І. П. Павлова, синтезування, а потім цей акт, не будучи усвідомленим, «при сприятливих умовах може виявитись у свідомості готовим і уявляється як виниклий невідомо як», то й ця обставина може мати велике значення для викладених нижче висновків.

Слово в стані наркотичного сну здатне здійснити свій могутній вплив так само, як і в стані гіпнозу. Говорячи про гіпнотичні явища у людини, про навіяння, І. П. Павлов так характеризує слово і його значення для людини: «Звичайно, слово для людини є такий самий реальний умовний подразник, як і решта спільних у неї з тваринами, але разом з тим і такий багатоохоплюючий, як ніякі інші, що в цьому відношенні не йдуть у будь-яке кількісне й якісне порівняння з умовними подразниками тварин. Слово, завдяки усьому попередньому життю дорослої людини, зв'язане з усіма зовнішніми і внутрішніми подразненнями, що приходять у великі півкулі, всі їх сигналізує, всі їх замінює і тому може спричинити всі ті дії, реакції організму, які обумовлюють ці подразнення... Слово і потім, після гіпнозу, зберігає свій вплив, залишаючись незалежним від інших подразників, недоторканим для них, як в момент його первинного прикладення до кори, не вступаючи з ними в зв'язок. Багатоохоплююче значення слова робить зрозумілим те, що навіянням можна викликати у людини, яку гіпнотизують, так багато різноманітних дій, спрямованих як на зовнішній, так і на внутрішній світ людини»¹.

Хоч друга сигнальна система і становить утворення найбільш юне і найбільш уразливе і тому, здавалося б, саме вона має зазнати ушкодження при гальмуванні клітин кори у фізіологічному сні, гіпнозі або наркозі, — але утворення це спеціально властиве людині, воно розвивається і вдосконалюється в процесі соціального життя і діяльності людини. Тому саме ця система, а не «глибинні механізми», настільки інтимно зв'язана з усією її істотою, що слово доходить до неї і в стані значного гальмування коркових клітин. Моторна ж, ефективна мова, як показує дослід, гальмується у першу чергу: коли рухові реакції на больове подразнення ще живі, мова вже починає зазнавати змін — вона стає стертою, дизартричною, потім неадекватною і, нарешті, зовсім згасає. Водночас, як показали дослід І. П. Павлова, сенсоріум виявляється найбільш живучим.

Наші дослід з сомнопсихотерапії незаперечно показують, що не всі ті стани, які за всіма ознаками уявляються як «непритомні», справді є такими. Стан повної втрати можливості рухатись дає привід до припущення про «непритомний» стан, наявність же амнезії здавалась переконливим підтвердженням припущення про непритомний стан. Ми показали, що обидва критерії — і відсутність рухових реакцій, і наявність амнезії — не виключають ясної притомності.

Якщо, принаймні, в частині станів, що здаються непритомними, ми маємо справу лише з втратою можливості рухатись і амнезією при наявності ясної притомності, то чи не слід замислитись взагалі над суттю виняткових станів. І в цих випадках ми маємо справу з повною

¹ І. П. Павлов, Полн. собр. трудов, т. IV, 1947, стор. 337.

для судження про частини півкуль, достатніх підстав мі спостереження, ких випадках, всу- являється цілком м І. П. Павлова, м, «при сприятли- вляться як виник- тике значення для

ти свій могутній іпнотичні явища у слово і його зна- який самий реаль- з тваринами, але і, що в цьому від- няння з умовними цнього життю до- шніми подразнен- ує, всі їх замінює які обумовлюють ає свій вплив, за- орканим для них, вступаючи з ними розумілим те, що зують, так багато і на внутрішній

ня найбільш юне ає зазнати ушко- у сні, гіпнозі або дині, воно розви- иття і діяльності нізми», настільки ь до неї і в стані фекторна мова, як ові реакції на бо- вати змін — вона , нарешті, зовсім , сенсоріум вияв-

показують, що не притомні», справ- сь дає привід до амнезії здавалась томний стан. Ми реакцій, і наяв-

непритомними, ми і амнезією при тись взагалі над справу з повною

або частковою амнезією того, що відбулось або було зроблено в паморочному стані. Замість втрати можливості рухатись і відсутності рухових реакцій чи не маємо ми справу лише із зміненими, перекрученими руховими реакціями, можливо, без зміненої притомності? Можливо, що і неадекватна мова як руховий акт також являє собою лише перекручення рухової функції? Чи можна зробити таке припущення принаймні щодо частини тих випадків, які розглядаються як «паморочні стани» або інші виняткові стани із зміненою притомністю? Можливо, що суб'єкт, який перебуває у паморочному стані, усвідомлюючи ситуацію у своїх діях, в буквальному розумінні втрачає керівництво своїми вчинками?

Таким чином, відбувається не порушення притомності, а порушення цілеспрямованих дій, порушення діяльності. Суб'єкт, усвідомлюючи, що він робить і говорить не те, що слід, не те, чого хоче, водночас неспроможний відповідно спрямувати свої дії. Частково або тим більше повністю амнезуючи свій стан, він після виходу з нього неспроможний розповісти про те, що сталося з ним у паморочному стані і тим самим переконує спостерігача в наявності у нього зміненої притомності в пережитому стані. Дуже чітко висловлене припущення ілюструється розповідями хворих на епілепсію, у яких залишаються спогади про їх виняткові стани, а також осіб, що були в стані сп'яніння: вони іноді усвідомлюють, що роблять неправильно, що слід зробити інакше, але вони неспроможні керувати своїми рухами; розуміють, що говорять не те, але «язик не слухняний».

Якщо в кошмарі відбувається те саме, що з людиною, яка втратила можливість рухатись і в страху намагається тікати від небезпеки, але на свій жах відчуває неможливість ворухнутись ні рукою, ні ногою, докладає зусиль, щоб крикнути, але переконується в тому, що не виникає ніякого звуку, — то уві сні можливе переживання і такого роду: хочеш зробити або сказати одне, а виходить інше, а скерувати свій вчинок відповідним чином нема можливості.

Сказане висуває необхідність ґрунтовно дослідити стан притомності при виняткових, зокрема паморочних станах хворих на епілепсію. Тут ми вважаємо доречним зауважити, що амнезія епілептиками їх паморочних станів є настільки типовою, що мало уваги приділяють тим випадкам, коли спогади про перенесені стани зберігаються не тільки частково, а й повністю. Такі випадки відомі в літературі, але їм не приділено відповідної уваги. В світлі наших досліджень нам здається доцільним зайнятися вивченням саме таких випадків.

Медична працівниця, що хворіє на епілепсію, вдумливо розповідає про свої самоспостереження. Вона так описує один із своїх станів. Підійшовши до дверей своєї квартири, вона мала подзвонити в дзвоник. Вона добре знала і в цей момент твердо пам'ятала, що її дзвоник — нижній, що над ним є ще два дзвоників інших сусідів, що їй слід подзвонити саме в нижній дзвоник, але чомусь подзвонила в середній і неспроможна виправити свою помилку.

Юнак, що закінчив школу, сп'янів на вечірці, присвяченій закінченню школи. Підійшовши до викладача школи, він щось розв'язно йому сказав. Наступного дня, добре пам'ятаючи все, що з ним відбувалось, він скаржився на те, що чудово розумів негідність своєї поведінки, що говорив зовсім не те, що слід, і все ж не перестав поводити себе таким чином, а продовжував говорити не те, що слід, весь час критично ставлячись до своєї неправильної поведінки.

Працівники радянської медицини, чуйно ставлячись до хворих, старанно уникають ятрогенних моментів. Однак нікому не спадає на думку, що слід уникати ятрогенії в присутності сплячої людини, яка перебуває у фізіологічному сні, і тим більше, коли людина перебуває в стані наркотичного сну. Між тим, якщо наші досліді доводять можли-

вість сприймання слова і відтворення його в наркотичному сні, то необхідно потурбуватись про ту обстановку, в якій знаходиться спляча людина або людина, що перебуває в стані наркозу, подумати про те, що можна і чого не слід говорити в її присутності. Зрозуміло, це звучить принаймні дивно, коли ми говоримо про необхідність урахувати небезпеку ятрогенії у будь-якому стані людини, в тому числі і в стані фізіологічного і наркотичного сну. Але факти, здобуті в дослідках з сомнопсихотерапії, доводять реальність наших тверджень.

Якщо навіть залишатись при тому переконанні, що людина перебуває в непритомному стані, то необхідно пам'ятати висловлювання І. П. Павлова про можливість синтезування в частинах півкуль, що перебувають «у певній мірі гальмування». Отже, зауваження, наприклад, хірурга під час операції, виконуваної під наркозом, про інооперабільність рака, виявленого у хворого під час лапаротомії, може іноді дуже шкідливо вплинути на дальший перебіг захворювання, навіть якщо діагноз виявився помилковим. Хворий нічого не пам'ятає після пробудження про зроблене хірургом зауваження, і тому джерело зла невідоме ні йому, ані людям, що оточують хворого: першому тому, що він нічого не знає, нічого не пам'ятає, останнім тому, що до цього часу ніхто не думав про значення тих вражень, які можуть виникнути у людини, що перебуває в стані наркозу.

В цьому зв'язку доречно нагадати одне спостереження проф. К. І. Платонова, про яке він розповів на нараді з психотерапії при 3-му Всесоюзному з'їзді психіатрів і невропатологів у червні 1948 р. Йшлося про жінку, що хворіла на невроз страху смерті. Хвороба виникла після того, як під час черевного тифу з високою температурою, непритомним станом і маренням лікар, впевнений у «відсутності притомності» у хворой, біля її ліжка висловив побоювання з приводу можливого ускладнення, небезпечного для життя.

В окремих випадках психіатри іноді недосить чуйно ставляться до питань ятрогенії, на що дуже влучно і дотепно вказав І. П. Павлов: «Чимало ненормальностей в його (хворого — М. П.) поведінці випливає з того, що пани-психіатри грубо зневажають хворого, пропонуючи йому, що закінчив Академію генерального штабу, такі питання, як, наприклад, скільки буде, якщо від 100 відняти 7 і т. ін., або читаючи при ньому з історії хвороби записи про його настирливість».

І. П. Павлов висловлює думку, що «якби нервову систему хворих тренувати подібно до того, як тренують нервову систему піддослідного собаки Умниці, з такою ж м'якістю й обережністю поводження, то їх поведінка більше наближалась би до нормальної¹.

Із сказаного випливає, що «м'якість і обережність поводження» необхідні щодо хворого не тільки, коли він перебуває в стані ясної притомності, а й у будь-якому його стані — у фізіологічному сні, наркозі тощо. Така вимога про чуйне ставлення до людини, в якому б вона не була стані, може бути пред'явлена тільки в країні соціалістичного гуманізму.

Наші дослідження завдають удару «теоріям» буржуазних психологів, що намагаються вигнати свідомість з психології людини. Мак Даугол твердить, що інстинкти становлять фундамент соціального життя. Уотсон розглядає людину як організм, що живе і діє, не усвідомлюючи того, що робить. «Глибинна» психологія категорично відкидає домінуючу роль свідомості в житті і діяльності людини.

Дослідження, зв'язані з результатами дослідів з сомнопсихотерапії,

¹ Павловские среды, Изд-во АН СССР, т. I, 1949, стор. 28—29.

показують, що свідомо діяльність людини займає таке важливе, домінуюче місце в усьому його житті, що навіть у патологічно змінених станах організму, таких, яким є наркоз, з вираженим гальмуванням мозкових клітин, в ряді випадків нема «непритомного» стану, тобто і в цих випадках свідомість не можна повністю «вигнати».

Проведені нами дослідження доводять також, що ряд вчинків людини, які здаються неумотивованими, має в своїй основі враження зовнішнього світу і становить його відображення; ці ж вчинки уявляються неумотивованими тому, що їх мотиви забуті. Таким чином, здобуті нами факти зайвий раз доводять, що не «темні», «містичні» сили керують діяльністю людини, а її свідомість навіть у тих випадках, коли спогад про усвідомлення своїх вчинків втрачений. Навіть у патологічних станах поведінка, що здається «неадекватною», в ряді випадків може залежати не від відсутності притомності, а від порушення зв'язку між усвідомленням вчинків і керівництвом руховими формулами, які здійснюють ці вчинки.

Буржуазна наука, намагаючись вигнати свідомість з психології людини, прагне перетворити трудящих у несвідомі машини, які беззаперечно підкоряються примхам кучки монополістів і паліїв війни. Люди країни соціалізму пишаться дорогочінним скарбом людини — її свідомістю, в якій успішно ліквідуються пережитки капіталізму, свідомістю, матеріалістичним обґрунтуванням якої ми зобов'язані працям великого вченого — матеріаліста Івана Петровича Павлова.

Киевская психиатрическая больница им. акад. И. П. Павлова.

О некоторых теоретических вопросах сомносихотерапии

М. М. Перельмутер

Резюме

Наши исследования, проведенные в Киевской психиатрической больнице им. акад. И. П. Павлова, показали, что действия и представления, внушенные находящимся в состоянии наркотического сна, могут в ряде случаев воспроизводиться ими после пробуждения, причем наступает полная амнезия факта внушения.

Возможность воспроизведения внушенного в наркотическом сне мы использовали с терапевтической целью, достигнув в некоторых случаях положительного эффекта различной стойкости. Этот вид психотерапии мы назвали сомносихотерапией, т. е. терапией во сне.

Применение сомносихотерапии не требует непременно условия для применения любого иного вида психотерапии — аффективного контакта с больным. Таким образом, отсутствие опасности вредных последствий обычной гипнотерапии, с одной стороны, и отсутствие главного препятствия — невозможности контакта с больным, с другой стороны, делают возможным широкое использование сомносихотерапии в психиатрической клинике.

Если больные способны в состоянии наркотического сна каким-то образом воспринимать сказанное или, во всяком случае, каким-то образом реагировать на словесные раздражители, то, естественно, возникает сомнение в отсутствии у них чувствительности во время наркотического сна, вопреки их утверждению, что боли они не чувствовали. Два наблюдающихся факта — полное обездвижение и, следовательно, отсутствие двигательной реакции на боль, и амнезия происходящего во время наркоза — не являются доказательствами анестезии или аналгезии во

время наркоза. Легко можно представить себе, что человек чувствует боль, но, будучи обездвижен, не в состоянии ни двинуться, ни крикнуть, так как крик, речь есть также движение, невозможное при полном обездвижении.

Сказанное легко себе представить по аналогии с кошмаром, когда спящий в страхе стремится убежать от грозящей ему опасности, но к ужасу своему убеждается в невозможности ни двинуться с места, ни крикнуть о помощи. Обычное возражение, что больной ничего не помнит из того, что было с ним во время наркоза, значит, он был в бессознательном состоянии и, следовательно, не чувствовал боли, — не выдерживает критики.

Факт наличия воспоминания, несомненно, свидетельствует о ясном сознании в момент событий, и чем детальнее и четче воспроизводятся данным лицом различные события, тем больше данных судить о наличии у него неизмененного сознания в описываемый им отрезок времени. Однако отсутствие воспоминаний о каком-либо отрезке времени, разумеется, ни в каком случае не может служить доказательством измененного сознания в течение того отрезка времени, воспоминание о котором полностью утрачено.

Наши опыты по сомнопсихотерапии с несомненностью убеждают в том, что не всегда те состояния, которые по всем признакам представляются как «бессознательные», на самом деле являются таковыми. Состояние полного обездвижения дает повод к предположению о «бессознательном» состоянии, наличие же амнезии казалось убедительным подтверждением сделанного предположения о бессознательном состоянии. Мы показали, что оба критерия — и отсутствие двигательных реакций, и наличие амнезии — не исключают ясного сознания.

Работники советской медицины, чутко относясь к больным, тщательно избегают ятрогенных моментов. Однако, пожалуй, никому не приходит в голову, что следует избегать ятрогений и в присутствии спящего человека, погруженного в физиологический сон, и тем менее кажется вероятной возможность ятрогений в состоянии наркотического сна. Между тем, наши опыты доказывают возможность восприятия слова, воспроизведения его в наркотическом сне. Поэтому необходимо позаботиться о той обстановке, в которой находится спящий или наркотизированный, подумать о том, что можно и чего не следует говорить в их присутствии.

Замечание, например, хирурга во время операции, производимой под наркозом, об иноперабельности рака, обнаруженного при лапаротомии у больного, может оказать порой весьма вредное влияние на дальнейшее течение заболевания, даже если диагноз окажется ошибочным. Больной ничего не помнит по пробуждении о сделанном хирургом замечании. Источник зла остается не известен ни ему, ни окружающим больного: первому потому, что он ничего не помнит, последним потому, что никто из них не думал о значении тех впечатлений, которые могут возникнуть у погруженного в наркоз человека.

Из сказанного выше следует, что мягкость и осторожность обхождения необходимы по отношению к больному не только в состоянии его ясного сознания, но и в любом его состоянии, в том числе в состоянии физиологического сна и в состоянии сна наркотического.

П
дій, ш
при п
для к
дання
ній не
матері
Ба
сильно
Після
доволь
В
ня, що
вим п
Деякі
нераті
(1931)
жить
астені
Б
тами,
суаль
Я
хворк
потят
роду,
матич
В
ним,
як по
давал
зіолог
І
нерат
лення
вчинн
І
захво
14-рі
гімна
Там