

Картамышев Анатолий Иоасафович

Гипноз в дерматологии

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
А64

А64 **Анатолий Иоасафович К.**
Гипноз в дерматологии / Картамышев Анатолий Иоасафович – М.: Книга
по Требованию, 2022. – 95 с.

ISBN 978-5-519-88535-5

ISBN 978-5-519-88535-5

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2022

© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2022

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первозданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.



Серия Книжный Ренессанс

www.samizday.ru/reprint

СВЯЗЬ КОЖИ С ОРГАНИЗМОМ

Совершенно несомненным является сейчас положение, что при любом заболевании мы не должны забывать о состоянии всего организма в целом. Конечно, кожные болезни не являются исключением из этого правила. Очевидно, что врач в каждом случае кожных заболеваний должен обращать внимание на весь организм больного, не ограничиваясь рамками того лишь участка, где имеется на коже видимый патологический процесс. Несомненно, часто может оказать помощь в понимании происходящих изменений и в назначении соответствующей терапии умело собранный психический анамнез, который врач должен уметь правильным образом использовать.

Интересным является хотя бы краткое обозрение понятия „нормального“ взаимоотношения между кожей и психикой, что пытается сделать Homburger. Прежде всего кожа является самым большим органом всего организма. Пол, возраст, образ жизни, профессия, влияние различных внешних факторов (климат и пр.) — все это опять-таки в индивидуальном аспекте каждого лица, в зависимости от его конституции и наследственности, влияет на состояние кожи человека в различные времена его жизни.

Если коснуться всех этих моментов, то станет ясным, от какого большого сочетания различных факторов зависит состояние поверхности тела. Жар и холод, голод и жажда, усталость и состояние отдыха, сила и слабость, бездеятельность и работа, напряжение и сбережение сил, пребывание в закрытых помещениях и на свежем воздухе, огрубение и изнеженное состояние, обильное и скудное питание, — вот те контрасты, которые в большей или меньшей мере могут накладывать отпечаток на состояние кожи. Эти влияния организма на кожу стоят еще в связи и с психическими переживаниями одного или другого лица. Очень многое из того, что служит проявлением того или иного состояния может быть прочтено на коже. Кожа блестит во время радости и свежести человеческого организма, она матовая и блеклая при заботах и печали, морщинистая при трауре и горе, блеклая у мечтателей и лиц, живущих опасениями. Она может становиться потной, холодной и синюшной или теплой и интен-

сивно красной при различных формах внутренних возбуждений как при кратковременных, так и при длительных аффектах.

Мы займемся о состоянии кожи особенно на открытых от платья ее участках: на лице и руках, а у женщин еще на шее и плечах. Эти участки кожи принадлежат к тем, на которых наиболее ярко выражаются все приведенные выше изменения всего состояния организма. Достаточно вспомнить покраснения и побледнения от различных причин.

У лиц, особенно восприимчивых кожа предплечий, тыла кистей и пальцев меняется в окраске, как было указано выше, при различных эмоциональных состояниях, как напр. страх, испуг и пр. При этом могут наступать явления „гусиной кожи“ или потеря ее эластичности, появление складок, более выраженных углублений, линий треугольников и многоугольников и т. д.

Другие свойства кожи, относящиеся к тактильным ее особенностям — нежность, мягкость, ровность, теплота — находятся в особенно тесной зависимости с сексуальной сферой. Как известно, уже в ласках между матерью и ребенком эти особенности кожи играют выдающуюся роль. Наряду с этим имеет аналогичное значение „чистота“ кожи, свежесть и тон ее окраски, что особенно важным становится у женщин и детей. Болезненные изменения кожи, если даже они и не сопровождаются обязательно образованием корочек, язв или каких-либо опухолей, легко вызывают к себе отвращение и даже отталкивающее чувство. Они могут мешать не только телесному, но даже и психическому сближению.

Зависимость кожи в амплитуде нормального состояния в смысле ее внешнего вида и связи с психическими переживаниями, возможность выявления в гипнозе образования волдырей и некроза (о чем мы будем подробнее говорить дальше) не оставляют сомнения, что кожа занимает особенное положение в ряде органов, воспринимающих и отражающих психические раздражения.

Владение возможностью влиять на вазомоторный аппарат в указанном смысле требует определенного умения, требующего упражнений и известных навыков.

Аналогично остальным психогенным изменениям деятельности различных органов и здесь имеют место различные возможности predisposing моментов, а именно: особая реактивная predisposition указанного органа, обусловленная или конституцией или наследственными особенностями данного индивидуума. Таким образом этот орган становится *locus minoris resistentiae* для психических проявлений. К этому присоединяется еще ряд психогенных симптомов каждого человека¹⁾. Мы знаем еще, что зуд на коже может появиться при одной лишь мысли, что на ней находятся паразиты.

¹⁾ На кафедре физиологии Ташкентского медицинского института (директор — профессор Н. В. Данилов) сотрудник кафедры Юсупов Адхам выработал у человека условный рефлекс на потоотделение (Работа публикуется).

ПСИХИЧЕСКИЕ ЭМОЦИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ

Роль психических эмоций в изменении различных биохимических процессов, происходящих в организме, изучается уже давно. При этом довольно видная роль в механизме эмоциональных реакций отводится эндокринно-вегетативной системе. Всякая эмоция сопровождается более или менее определенными реакциями со стороны всей вегетативной системы, хотя многие из них не имеют ничего специфического для данной эмоции, т. к. они могут встречаться при эмоциях как приятного, так и неприятного характера. Различного рода спазмы во внутренних органах, дрожание в двигательной области, тахикардия, лабильность пульса и кровяного давления, учащение дыхания, потоотделение, слезы, желудочно-кишечные выделения и мочеиспускание, реакция со стороны зрачков, появление адреналина и увеличение сахара в крови, изменение секреции желудочного сока и вязкости крови и разные другие явления,—все это рефлекторные реакции эндокринно-вегетативного аппарата.

Возникновение и распространение эмоционального процесса происходит по типу условного рефлекса и в основе своей связано с инстинктивными реакциями (Осипов). Экспериментальное изучение эмоциональных реакций производилось двумя способами, в одних случаях они подвергались исследованию непосредственно в связи с внешним раздражителем, в других—путем гипно-суггестивного метода. Последний метод, по мнению Платонова, является более выгодным, т. к. дает возможность исследовать в искусственных лабораторных условиях то, что не всегда представляется возможным исследовать в естественных. Первые попытки применить этот метод были сделаны в 90-х годах прошлого столетия в клинике Бехтерева, где Лазурским проводилось в гипнозе внушение переживаемой радости, горя, страха и гнева. При всех этих эмоциональных состояниях наблюдались более или менее значительные изменения со стороны пульса и дыхания в зависимости от внушенной эмоции. Из аналогичных исследований, проведенных Вебером, Срезневским, Платоновым, видно, что изменения пульса и дыхания являются эмоционально-рефлекторными или мимикомиматическими (по Бехтереву) реакциями, подтверждаемыми путем гипно-суггестивного метода физиологическую природу эмоций, связанных с самыми интимными и глубокими биологическими процессами в животном организме (Платонов). Дальнейшие наблюдения в этом отношении (Grafe и Maier) установили, что при внушенных депрессивных состояниях наблюдается повышение обмена веществ в среднем на 7,6%, а при радостных на 4,1%. Особенно резко повышался обмен веществ при эмоциях страха, где он доходил в некоторых случаях до 26,6%, Heilig и Hoff при внушении положительных эмоций получали прибавление в весе и ускорение диуреза с пониженным выделением Ph и NaCl, в то время как

при отрицательных эмоциях обнаруживалась потеря в весе и повышенный диурез с увеличенным выделением Ph и NaCl .

Glasser указывает на повышение количества ионов Ca в сыворотке крови при внушенном возбуждении и понижение их при успокоении, а Гаккебуш наблюдал через 45—60 минут после внушенных эмоций увеличение сахара в крови. Установлено также, что во время эмоционального возбуждения наблюдаются повышенное выделение адреналина с последующей гликозурией (Кеннон) и другие сопутствующие явления, как напр. появление лейкоцитоза. Такие же явления вызывает и введенный в организм адреналин (Кеннон, Чоповский); иллюстрацией этого служит описываемый Голубцевым случай, где введение адреналина конституциональному психостенику с выраженными фобиями повлекло за собой увеличение лейкоцитов с 6900 до 18000. Правда, некоторые авторы указывали на то, что само по себе гипнотическое состояние вызывает аналогичные изменения в организме. Так напр. пропорционально глубине гипнотического состояния уменьшается количество Ca в сыворотке крови (Glasser), хотя другие утверждают совершенно противоположное (Heilig и Hoff); отмечено понижение вязкости крови (Kirschenberg) и желудочной секреции, замедление пульса и дыхания, падение кровяного давления, которое затем быстро повышается при просыпании. В бодрствующем состоянии организм реагирует на выпрыскивание адреналина симпатикотонно, в то время как в гипнозе обычно наступает ваготонная реакция (Heilig и Hoff). Все это говорит о том, что и гипнотическое состояние покоится на вегетативном сдвиге (Платонов). В литературе имеются отдельные сообщения о том, что параллельно с эмоциональной реакцией наблюдается увеличение количества лейкоцитов. Амтманн и Нойтманн исследовали лейкоцитоз у 13 пациентов перед хирургическими операциями. Причем оказалось, что лейкоцитоз возрастал до 100% у тех из них, которые боялись идти на операцию. Кто относился к операции индифферентно, у того подъема вовсе не наблюдалось или он был очень незначителен. Весьма интересно, что при искусственном возбуждении собак авторы констатировали увеличение лейкоцитоза у них на 150%.

Нами также не раз наблюдалось увеличение лейкоцитоза во время внушенных эмоциональных переживаний неприятного характера, поэтому мы решили произвести в этом направлении исследование, тем более, что в доступной нам литературе не удалось найти ни одного сообщения о лейкоцитозе при эмоциональных переживаниях, внушенных в гипнозе.

Хотя Walterhöffer указывает, что гипноз сам по себе тоже ведет к колебанию количества лейкоцитов, но наблюдений в этом направлении еще недостаточно и нет твердо установленных данных.

В виду отсутствия литературы по данному вопросу, Невский и Архангельская произвели 19 исследований у 10 лиц и установили, что при гипнотических состояниях общее количество

лейкоцитов не остается постоянной величиной и подвергается колебаниям. Повторные опыты у одних и тех же субъектов не давали однообразной картины; были случаи, когда при первых исследованиях под влиянием гипноза устанавливался лейкоцитоз, а при повторных—лейкопения. Все же в половине случаев общее количество лейкоцитов в гипнотическом состоянии снижалось в среднем на 10—15%, в другой части оно или не изменялось или увеличивалось. Наши наблюдения в этом отношении показывают, что при гипнотических состояниях имеется склонность к снижению количества лейкоцитов.

Переходя теперь к нашим (Картамышев и Ясинский) исследованиям, мы сообщаем о 16 исследованиях, произведенных у 12 лиц.

В первом исследовании внушается одной истеричке, болевшей пориазисом, что к ней вернулось ее заболевание,—больная начинает волноваться, стонать, ломать руки и т. д. Через 5 минут после внушения количество лейкоцитов повышается с 6700 до 9700. У другой после неприятной эмоции число лейкоцитов увеличилось с 7700—до 11500.

В последующих 10 случаях исследование велось таким образом: подсчет лейкоцитов производился до гипноза и через 5 минут после наступления гипнотического состояния, затем внушалась какая-нибудь неприятная эмоция и через 5—10 минут после внушения эмоции вновь производился подсчет лейкоцитов. После этого больным внушалось полное спокойствие. Они пробуждались и через 5 минут после пробуждения опять подсчитывались лейкоциты. Каждое исследование продолжалось 30—40 минут. Во всех случаях гипноз был глубокий с каталептическими явлениями. Подсчет производился камерой Tümk'a и Toma Zeiss'a. В дальнейшем буквой L обозначаем лейкоцитоз.

1 Ш-ва, истеричка. L—6100. Гипноз—6900. Внушается ссора с больными в палате. Больная тяжело дышит, стонет, бранится, возмущается, плачет. L—8100.

2 М-ва, истеричка. L—8400. Внушается, что больная беременна и ей предстоит операция. Больная стонет. L—10800. Успокоение, внушается хорошее самочувствие. L—8400.

3 В-ко, истеричка. L—7790. Гипноз L—7400. Внушается, что больной делается служебный выговор. Больная вскрикивает, делает различные движения. L—11700.

4 Р-ая. Реактивный невроз L—7600. Гипноз L—7400. Внушается, что больная поссорилась с любимой подругой и между ними наступил разрыв. Ужасается дыхание, общая дрожь, слезы в большом количестве. L—9800. Успокоение—на лице улыбка, после пробуждения ничего не помнит. L—8800.

5 Г-к, истеричка. L—5000. Гипноз L—5800. Внушается, что в комнате бегает мышь и приближается к ней. Больная вздрагивает, на лице страх, волнуется. L—6800. Успокаивается, после пробуждения L—5400.

6 Н невротичка. L—3800. Гипноз L—3400. Внушается, что ей приходится покинуть Киев. Стонет, на лице страдание, машет руками, хмурит брови и т. д. L—5800. Успокоение, пробуждение. L—4700.

7 Ц-ва, истеричка. L—5900. Гипноз. Во время гипноза наступает эмоциональное переживание, которое всегда сопровождается истерическим припадком—реакция на пережитый пожар—глаза открыты, мимика ужаса, старается вскопить, сжимает руки. L—8000. Успокоение и пробуждение L—6000.

8 К-в. Истерик. L—5.00 Гипноз. L—400.0. Внушается ссора с товарищами по палате. Движение губами как будто что-то говорит, сжимает пальцы рук, двигает головой. L—1:40. Успокоение и пробуждение. L—40:20.

9 Т-ва. Истеричка. L—4400. Гипноз. L—4000. Внушается воспоминание о недавно умершей матери, на глазах слезы, подергивание мышц лица, общие движения. L—1:800. Успокоение и пробуждение. L—4900.

10. Г-р. Реактивный невроз. L—4:00. Гипноз L—490.0. Внушается кошмарный сон, бывший в прошлую ночь. Больной двигается, стонет, вздыхает, движение мышц лица. L—1:400. Успокоение и пробуждение. L—5000.

Для большей наглядности приводим таблицу.

№№ случаев			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Лейкоцитоз	До гипноза		6100	8400	7700	7000	5000	3800	5000	5200	4400	4700
	Во время гипноза	До эмоции	6300	—	7500	7400	5800	4000	—	4000	4000	4800
		Во время эмоции	10900	8900	15000	9300	8600	5800	8000	4540	6200	6400
	После успокоения и пробуждения		—	8100	—	6800	5400	4000	6000	4620	4400	5000

На основании приведенных исследований с одной стороны можно сказать, что увеличение L под влиянием эмоциональных переживаний представляет постоянно сопутствующее явление и проявляет некоторую закономерность, с другой стороны—необходимо также подчеркнуть необыкновенную чувствительность и подвижность лейкоцитарной реакции на эмоциональный раздражитель и чрезвычайную быстроту ее появления через 5—10 минут, а в некоторых случаях через 3 минуты после внушения. Кроме того, в приведенных случаях обращает на себя внимание 8-й случай, где гипнотическое состояние дало снижение лейкоцитов при явлении спазма сосудов (резкое побледнение лица и пальцев рук). Здесь выражена как будто склонность к стабилизации количества лейкоцитов. Даже после успокоительного внушения и пробуждения первоначальное количество лейкоцитов не восстановилось, но после ярко выраженной эмоции все же получился сдвиг лейкоцитов в сторону увеличения, хотя и в незначительном количестве. Этот случай стоит в противоречии с общепринятым мнением, что сужение капилляров обуславливает наступление лейкоцитоза, а расширение—лейкопению. В виду этого у больного опыт был произведен повторно 2 раза и получились аналогичные результаты.

Можно еще отметить, помимо вышесказанного, что сам по себе гипноз не вызывает резкого изменения L, хотя все же при нем имеется склонность к снижению количества лейкоцитов и только в редких случаях к небольшому их увеличению, да и то в такой степени, что придавать этому особое значение нельзя, принимая во внимание особую чувствительность лейкоцитарной

реакции на различные внешние и внутренние влияния и состояния организма.

Количество лейкоцитов меняется не только от действия температуры, света, электричества, мышечных движений и напряжений, но даже при вынужденном минимуме питания (Bath).

При крике у ребенка лейкоцитоз может резко увеличиваться в течение нескольких минут.

Все это говорит о том, что состояние лейкоцитоза в данный момент является показателем степени условно-рефлекторного возбуждения эндокринно-вегетативной системы, в основе своей будучи вегетативным рефлексом.

По нашим наблюдениям, при эмоциях приятного характера колебания в количестве лейкоцитов не выражены так резко, как при эмоциях неприятного характера, видимо потому, что при первых вегетативные функции не терпят больших расстройств. Неприятные эмоции, особенно устрашающего характера, дают наиболее живую реакцию со стороны вегетативной системы и быстрое увеличение лейкоцитов. Нужно также отметить, что увеличение количества лейкоцитов идет в соответствии с длительностью эмоции. Нами наблюдалось такое нарастание лейкоцитов в трех случаях, где подсчет лейкоцитов производился каждые 5 минут 2—3 раза в течение эмоционального переживания. В виду того, что мы не держали больных в эмоциональных переживаниях более 15 минут, мы не можем говорить о тех размахах в колебании количества лейкоцитов, которые возможны при той или иной эмоции, если бы они длились более продолжительное время. Этим последним, видимо, объясняется и то обстоятельство, что нами не наблюдались те большие количества лейкоцитов при эмоциях, которые отмечены в некоторых единичных случаях другими авторами.

Влияние на выделение фосфорной кислоты после вызванных в гипнозе депрессий описали Grafe, Herxheimer и Grote. На колебания основного обмена при вынуждении переживаний страха, на реакции температурного центра при вынуждении успокаивающих и волнующих представлений указал Deutsch. Имеются указания о возможности влияния в гипнозе на выделение мочевой кислоты путем вынуждения веселых и неприятных переживаний (Heilig и Hoff). В перечисленной литературе мы не претендуем, конечно, представить исчерпывающие по приведенному вопросу данные. Это вызвало бы нас за рамки нашей книги, заставило бы отклониться от задуманной нами темы изложения. Однако и эти уже столь интересные данные—о возможности влиять во время гипноза на интимнейшие процессы, происходящие в организме—позволили нам (А. Картамышев и Н. Левит) провести еще ряд наблюдений в этом направлении.

Исходным пунктом для наших исследований послужило то, что у бодрствующего человека, после интрадермального впрыскивания незначительного количества молока, раствора вино-

градного сахара, воды, воздуха и т. д., получается падение количества лейкоцитов в периферической крови — феномен Müller'a.

Müller объяснил это явление тем, что при интрадермальном впрыскивании вызывается рефлекс, ведущий к раздражению блуждающего нерва. Благодаря этому расширяются сосуды в области п. splanchnici. В свою очередь это ведет к увеличению лейкоцитов в этой области и соответственно этому к лейкопении в периферических сосудах. Теорию эту Müller пытался подтвердить экспериментальными исследованиями с адреналином, пилокарпином и атропином.

Мы, изучая этот феномен у кожных больных и люэтиков, установили, что для вызывания феномена Müller'a необходимой предпосылкой является здоровое состояние кожи. С кожи больного, будь то вследствие распространенного кожного заболевания или люэса, вызвать этот феномен не удавалось.

Кожа во всей этой рефлекторной дуге является только ее рецептором. Дальнейшая цепь должна проходить по нервной системе, изучать влияние гипноза на которую мы и поставили себе задачей. Возникал вопрос, раз гипноз представляет различные степени интенсивности торможения головного мозга, то не наступит ли под влиянием гипноза прерывания рефлекторной цепи и отсутствия лейкопении в периферических сосудах после интрадермальных впрыскиваний. Всего нами было сделано 51 исследование на 22 больных. Опыты производились таким образом, что мы определяли первоначально появление феномена Müller'a в бодрствующем состоянии, впрыскивая интрадермально в предплечье 0,2 куб. см дист. воды. В последующих исследованиях тот же опыт повторялся в различных вариантах с 6-ными, переключенными предварительно в состояние гипноза. Перед впрыскиванием и после него, на протяжении 35 минут, каждые 10—15 минут мы делали подсчет лейкоцитов. Чтобы избежать при подсчете ошибок, мы, согласно с другими авторами (Müller, Hoff и Waller и др.), считались только с теми изменениями, когда количество лейкоцитов менялось не меньше, чем на 2000. Кровь для исследования бралась из пальца. Исходной цифрой считалось количество лейкоцитов, полученное перед началом опыта. При опытах с переводом в гипнотическое состояние, мы всегда брали кровь перед гипнозом, дальше после перехода больного в гипнотическое состояние перед впрыскиванием и, наконец, в обычном порядке после впрыскивания. Предварительно было проведено несколько контрольных исследований количества лейкоцитов при одном лишь переводе в гипнотическое состояние. Мы хотели убедиться, насколько сильно бывает при этом колебание количества лейкоцитов.

Из поставленных 4 подобных опытах ни в одном случае при гипнозе без внушения каких бы то ни было эмоций получить изменение в количестве лейкоцитов не удалось. Колебания бывали до 1500 лейкоцитов в 1 мм^3 , что не выходило, по нашим предположениям, из области возможных при исследова-

нии погрешностей. Так как все наши дальнейшие опыты в своем большинстве сводились тоже к подсчету лейкоцитов в состоянии гипноза, то мы и не сочли нужным ставить больше отдельных контрольных опытов.

Первоначально во время исследования мы в гипнозе внушали больным полный покой и отсутствие всякой боли. После таких внушений делалось интраермальное впрыскивание и дальше обычным образом подсчитывались лейкоциты. Ни один из обследуемых не реагировал при этом на укол каким-нибудь болевым рефлексом, хотя уколы в бодрствующем состоянии у большинства обычно вызывали болевую реакцию. В четырех поставленных нами опытах ни разу после внушения не наступило феномена Müller'a (таб. I).

Б-ой Д. К. Ну.

Таб. I

А. Прот. № 21/III-30 (контрольный опыт)	
До впрыскивания	6300 лейкоцитов
0,2 Aq. dest. интрадермально	
Через 10 мин. после впрыскивания	4200
Через 20 " "	5300
Феномен получился.	
Б. Прот. № II 23/II-30	
В бодрствующем состоянии	6500
Гипноз. Внушается покой.	
Через 10 мин. после погружения в сон	6000
Внушается, что больному ничего не делается, что ему не больно. В это время впрыскивается 0,2 Aq. dest. интрадермально.	
Через 10 мин. после впрыскивания	6900 лейкоцитов
Через 20 " "	6300
Через 35 " "	7500
Феномен не получился	

Мы пробовали у наших больных после пробуждения делать вторично внутривенное впрыскивание и сейчас же получили лейкопению (таб. II).

Б-ая Е. Ну. Прот. № XI.

Таб. II

В бодрствующем состоянии		5600 лейкоцитов
Гипноз. Внушается покой.		
Через 10 мин. после погружения в сон		6600
Внушается, что б-ой ничего не делается, что ей не больно. В это время впрыскивается 0,2 Aq. dest. интрадермально.		
Через 10 мин. после впрыскивания		7000 лейкоцитов
Через 20 " "		7200
Через 30 мин. после впрыскивания		6500
Феномен не получился.		
Пробуждение.		
0,2 интрадермально Aq. dest.		
Через 10 мин. после вторичн. впрыскивания		7000
Через 25 " "		3600

Таким образом, не получив феномена Müller'a после соответствующих внушений при гипнозе, мы получали его у того же субъекта после пробуждения.

В связи с этим возник вопрос, является ли необходимым в наших опытах внушение, что б-ому не больно, что ему ничего не делается, или уже один гипноз без подобных внушений может затормозить появление феномена. На пяти последующих

исследованиях, где больным во время гипноза внушался только покой и приятное состояние, феномен тоже не получился, т. е. лейкопении в периферических сосудах после интрадермальных впрыскиваний не наступило. Во время этих опытов мы обратили внимание, что больные и без соответствующих внушений становились нечувствительными к болевым ощущениям. Проверочные опыты на 12 больных подтвердили нам, что анестезия наступает при одном лишь глубоком гипнозе. Исследуемые при этом не реагируют на укол и разбуженные ничего о нем не знают. Отсюда становилось возможным предполагать, не являемся ли болевые ощущения решающим фактором, необходимым для вызывания феномена М., и не служит ли отсутствие болевого ощущения во время гипноза причиной, почему не получалось лейкопении после интрадермальных впрыскиваний. Мы поставили опыты, вызывая болевые ощущения у исследуемых в бодрствующем состоянии впрыскиванием под кожу 0.5 эфира. Однако лейкопении в периферических сосудах при этом не наступало. Отсюда объяснение неполучения ф. М. при гипнозе выключением одного лишь болевого ощущения становилось несоответствующим действительности. Гораздо проще это объяснялось тем торможением мозговых участков, о котором говорит И. П. Павлов, разбирая сущность гипноза.

В последующих опытах мы заменили впрыскивание воды внушением, что б-ому производится впрыскивание под кожу, подобное тому, как он получил раньше, что ему больно и т. д.

При одном лишь этом внушении без интрадермального впрыскивания из пяти в четырех случаях изображалось на лице чувство боли, б-ые стонали, морщились. У пятого б-ого, не давшего на внушение никакой болевой реакции, лейкопении не получилось. Проснувшись после гипноза, этот б-ой заявил, что он слышал, как ему говорилось о болезненном уколе, но он его не испытал. Видимо внушение в этом случае не было реально воспринято и не вызвало соответствующей рефлекторной реакции. У остальных четырех б-х, ничего не помнивших в бодрствующем состоянии о производимых с ними опытах, ф. М. вызывался уже соответствующим представлением. Интересным здесь является то, что несмотря на гипнотическое состояние, в этом случае ф. М. получался. Видимо, при этом мы вызвали болевые ощущения в рефлекторной цепи не в ее рецепторе — коже, а на протяжении дуги, причем заторможенные в гипнозе участки таким путем или миновались или под влиянием внушения пережитого раньше укола растормаживались, проводили раздражение, и лейкопения в периферической крови наступала.

Желая проверить, не будет ли достаточно б-му при впрыскивании в бодрствующем состоянии настойчиво сказать, что ему не больно, чтобы этим уничтожить рефлекс и не получить ф. М., мы сделали подобный опыт на одной б-ой. Когда ей во время интрадермального впрыскивания настойчиво было сказано, что укол не болезнен и ей не больно, то б-ая все же реагиро-