



NATURA CUPIDITATEM INGENUIT HOMINI VERI VIDENDI
Marcus Tullius Cicero
(Природа наделила человека стремлением к познанию истины)

Мысли Об Истине

Альманах «**МОИ**»
Электронное издание, ISBN 9984-688-57-7

Альманах «Мысли об Истине» издается для борьбы с лженаукой во всех ее проявлениях и в поддержку идей, положенных в основу деятельности Комиссии РАН по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований. В альманахе публикуются различные материалы, способствующие установлению научной истины и отвержению псевдонаучных заблуждений в человеческом обществе.

Альманах издается с 8 августа 2013 года
Настоящая версия тома выпущена **2016-01-08**

© 2014 Марина Ипатьева (оформление и комментарии)

Леон Шерток. Гипноз: теория, практика и техника

<http://psyfactor.org/lib/chertok0.htm>

León Chertok,¹ L'hypnose: Théorie, pratique et technique

Préface de Henri Ey

Édition remaniée et augmentée

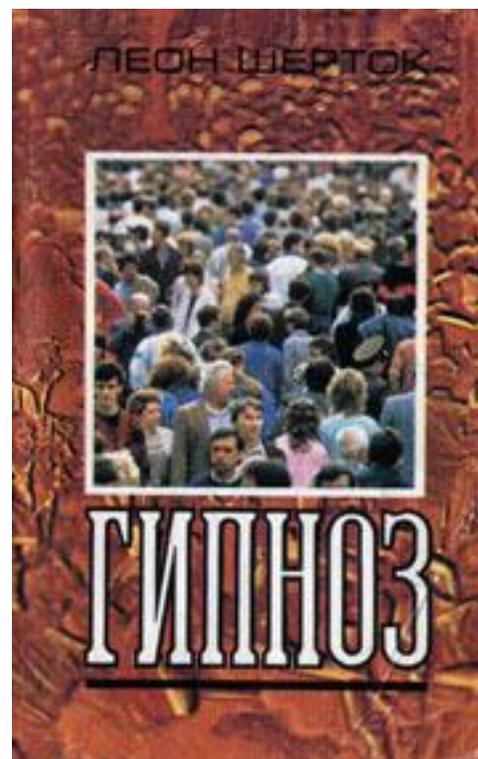
Шерток Л. Гипноз: Пер. с франц. – М: Медицина, 1992, 224 с.

ISBN 5-225-00585-3

© Леон Шерток

Гипноз: теория, практика и техника

Книга дает яркое и конкретное представление об истоках и путях развития психотерапевтического направления в медицине. Рассмотрены представления о гипнозе и его сущности. Освещены вопросы теории гипноза, его связь с другими методами психотерапии. Подробно изложены показания к психотерапии, техника гипноза и методы обучения.



Предисловие к французскому изданию

Гипнотизировать кого-нибудь – значит подчинять его посредством внушения своей власти, своему влиянию. Но для осуществления власти гипнотизера необходимы податливость гипнотизируемого, его бессознательное соучастие. Такие состояния, как транс, спровоцированный сомнамбулизм, гипнотический сон, могут быть достигнуты при помощи методик, позволяющих усилить либо внушение, либо внушаемость.

Терапевтический эффект внушения явно зависит от личности гипнотизера. Но не только от того, каков он есть, сколько от того, каким он кажется, т.е. речь идет об особых психотерапевтических отношениях, возникающих между гипнотизером и гипнотизируемым. Происходит полное и необузданное перенесение. Оно сходно с «флюидом», действие которого должно быть императивным и ошеломляющим (здесь мы имеем в виду практику не только Шарко и Брэда, но и Месмера и Пюисегюра). Нет ничего удивительного в том, что широкое понимание явления непосредственного перенесения, его развитие во времени и опосредование в речи привели Фрейда к его открытиям.

Внушаемость, несомненно, зависит от природы невроза и прежде всего от наличия истерических компонентов в его структуре. Действительно, не каждый субъект легко впадает в гипнотическое состояние; отсюда практический интерес к созданию техники, позволяющей привести пациента в состояние «расположения к гипнозу». Понятно, что в гипнотическую практику вводятся те или иные ухищрения, выдаваемые за «психическое овладение». Для

¹ **МОИ:** Леон (Лейб Григорьевич) Шерток (Чертук, 1910.10.31 – 1991.07.??) родился в тогдашней Российской империи: в городе Лида теперешней Западной Белоруссии согласно русской Википедии и в г. Вильнюсе согласно французской и английской Википедиям. Окончил Пражский университет (1938); в Париж прибыл в 1939 году (видимо, в связи с оккупацией Чехии). Участвовал во французском Сопротивлении и награжден Военным крестом. После войны стал практикующим психоаналитиком. В 1950-х годах после встреч с Эриксоном в США и Шульцем в Германии, которые его загипнотизировали, Шерток увлекся гипнозом и стал диссидентом в кругах психоаналитиков. Владея русским языком, следил за советской прессой и контактировал с учеными СССР.

облегчения процедуры прибегают не только к «плацебо» воображения, но и к психофармакологическим средствам, уменьшающим настороженность, ослабляющим бдительность (барбитураты, скопохлоралоза, пентотал и др.). Использование средств наркотерапии особенно оправдано при гипнотизировании страдающих неврозами. Наркотерапия помогает преодолеть обусловленный неврозом негативизм пациента. Подобное сочетание психических и соматических факторов наиболее показано при состояниях, по существу своему психосоматических. Вот почему доктор Шерток, специализировавшийся в области психосоматической медицины, особенно заинтересовался данной проблемой.

И последнее, прежде чем читатель войдет в эту несколько странную и всегда немного таинственную область психосоматического воздействия. В плане деонтологии и морали возникает вопрос: дозволены ли законом этот «взлом» личности, агрессия, это рабство пациента по отношению к мастеру – гипнотизеру? Действительно, если гипнотизер – «всё», а гипнотизируемый – «ничто», если уподоблять гипноз «пожиранию змеей загипнотизированной жабы», то такое порабощение одного другим было бы просто чудовищно. Однако это не так, поскольку гипнотизер может повлиять только на то, с чем бессознательно соглашается пациент. Таким образом, проблема сводится к следующему: имеет ли право гипнотизер воспользоваться бессознательным согласием пациента, чтобы освободить его от груза, накопившегося в подсознании? Думаю, что ставить



Леон Шерток

вопрос – значит решать его так, как вполне законно (и было бы абсурдно думать иначе), ведь врач, который хочет победить болезнь, использует средство (в том числе и гипноз), помогающее больному выздороветь. Впрочем, эта аргументация относится ко всем приемам и методам лечения, воздействующим на пациента, иногда против его воли, с целью избавить его от болезни (психохирургия, наркоанализ, снотворные средства, психоаналитическая терапия и др.).

Не знаю, вызовет ли это новое обращение к гипнозу научную дискуссию, но несомненно, что предлагаемая читателю книга возбуждет большой интерес.

Henri Ey 1961 г.

Предисловие автора

Между правильным функционированием организма и спонтанными нарушениями, вызванными болезнью, гипнотизм занимает промежуточное положение и открывает путь к эксперименту. Гипнотическое состояние – это не что иное, как искусственное или экспериментально вызванное нервное состояние, многочисленные проявления которого возникают или исчезают в зависимости от потребности исследования по воле наблюдателя. Рассматриваемый таким образом гипноз становится драгоценным, неисчерпаемым источником исследований как для физиолога и психолога, так и для врача.

Шарко, 1881 г.

Гипноз находится на пересечении всех уровней физиологической и психологической организации, и феномен, называемый гипнотизмом, когда он полностью будет понят, станет одним из важнейших инструментов для изучения нормального сна, нормального состояния бодрствования и постоянного взаимодействия нормальных, невротических и психотических процессов.

Кюби, 1961 г.

Высказывания, взятые нами в качестве эпиграфа, обещают гипнозу блестящее будущее. Имеющий богатое прошлое и являющийся источником большинства современных психотерапевтических приемов гипноз еще должен сыграть первостепенную роль в психопатологии и экспериментальной психотерапии.

С тех пор как Шарко сформулировал свои предположения, прошло 80 лет, но и сегодня еще нам неизвестна подлинная природа гипноза. Все предложенные до настоящего времени теории лишь частично объясняют ее. Мы даже не располагаем объективными критериями, позволяющими утверждать, что субъект загипнотизирован. Гипноз – феномен изменчивый, ускользающий, неуловимый и всё же реально существующий.

Все эти качества в достаточной мере объясняют интерес, который он вызывает.

Однако, познав во Франции блестящий период в конце прошлого века, гипноз был затем предан полному забвению. За границей же, особенно в Соединенных Штатах Америки и Советском Союзе, в настоящее время проявляют всё возрастающий интерес к изучению гипноза и его применению. Во Франции после работ Льебо, Бернгейма, Шарко и др., ставших классическими, не появилось исследований, посвященных гипнозу.

Мы надеемся, что настоящая книга, несмотря на ее скромные размеры, сможет дать полезную информацию об этом виде психотерапии, древнем и тем не менее всегда страстно обсуждаемом. Она, возможно, побудит некоторых ученых к более обстоятельным исследованиям в этой столь богатой перспективами области.

Л.Ш. 1961 г.

Часть I. Теория и практика гипноза

Введение

Золотой век гипноза (1880–1890) совпадает с периодом расцвета французской медицины. В течение этого периода гипноз пользовался официальным признанием Медицинского факультета и очень многие известные врачи того времени интересовались им и изучали его.

Первый международный конгресс, посвященный вопросам экспериментального и лечебного гипноза, состоялся в Париже 8–12 августа 1889 г. (в Отель-Дье); его почетными председателями были Charcot, Brown-Sequard, Brouardel, Charles Richet, Azam, Lambroso, Mesnet. Среди его участников наряду с Liebault и Bernheim находились Dejerine, Janet, Babinski, Forel, Magnan, Freud, Schrenck-Notzing, William James, В.М. Бехтерев. Действительным президентом конгресса был Dumontpallier, генеральный секретарь Биологического общества.

Период упадка гипноза начинается после смерти Шарко (1893).

Чтобы охарактеризовать этот упадок, можно отметить, что журнал «Экспериментальный и терапевтический гипнотизм», вышедший под этим названием с 1886 по 1889 г., с 1890 г. стал называться «Журналом гипнотизма и физиологической психологии», с 1909 по 1914 г. – «Журналом психотерапии и прикладной психологии», а с 1922 по 1934 г. он выходил под названием «Журнал прикладной психологии».

Упадок был полным; пришли едва ли не к абсолютному отрицанию существования гипнотических феноменов. Так, Babinski заявил в 1910 г., что гипноз, как и истерия, является некоей симуляцией. Подобное представление, впрочем, всё еще бытует среди некоторых врачей. Поэтому знаменателен тот факт, что наш друг Koupernik несколько лет назад в хронике, появившейся в одном из еженедельников по поводу сеансов гипноза в мюзик-холле,² счел необходимым с уверенностью подтвердить существование гипнотических феноменов.

Janet в 1919 г. считал закат гипноза всего лишь «преходящим затмением», «сиюминутным случайным происшествием... в истории психотерапии» (1923 г.). Он также говорил: «Как только мода завершит свой круг, она вернется к лечению посредством гипнотического внушения, как она возвращается к забытым шляпам наших бабушек и мам» [Janet, 1919]. Правда, Janet был единственным ученым, сохранившим интерес к гипнозу. Однако в 1932 г. другой автор, Parchemineu, приступил к изучению гипноза в аспекте психоанализа.

В то время как за рубежом возрождался интерес к гипнозу, во Франции число публикаций, посвященных этому методу психотерапии, за последние 50 лет было ничтожным. Проблема гипноза казалась исчерпанной.

Трудно в небольшой работе охватить столь обширную проблему. Я задался целью в первой части дать краткий исторический обзор, изложить выдвинутые теории, исследовать связи между гипнозом и сном, посвятить главу гипнозу животных, обсудить вопрос гипнабельности. Затем я намерен рассказать о терапевтических приемах и способах овладения ими, а также о медицинских показаниях. Вторая часть будет посвящена проблемам техники гипнотизирования.

1. Из истории вопроса

Проникновение психологии в область медицинских наук было исключительно бурным. Как известно, в конце XVIII в. оно было отмечено страстными дебатами, отголоски которых слышны еще и сегодня.

Не будет преувеличением сказать, что эта борьба началась с открытий А. Месмера (1779, 1781). Он начал оперировать с «магнетическими» металлами и постепенно разработал теорию животного магнетизма. По представлению Месмера, благотворные магнетические флюиды обладают способностью передаваться от одного субъекта к другому. После установления

² Напомним, что известные врачи заинтересовались феноменами гипноза именно на публичных демонстрациях гипнотизма. Так было, например, с Braid, который начал свои работы после того, как увидел в Манчестере опыты знаменитого гипнотизера той эпохи Lafontaine. Фрейд утвердился в реальности гипнотических феноменов после демонстраций опытов Hansen, на которых он присутствовал. На Шарко оказали влияние опыты Donat.

раппорта между терапевтом и пациентом и более или менее продолжительных манипуляций при помощи пассов врач добивался терапевтического криза (типа конвульсивного криза). С особой тщательностью готовились коллективные сеансы (то, что теперь мы называем групповой психотерапией); маэстро облачался в лиловые шелка, важную роль в сеансе играла музыка (Месмер был другом Моцарта).

Такая сложная личность не могла не стать предметом дискуссий: у Месмера были как сторонники, так и хулители. Однако какой бы критики он ни заслуживал, надо признать, что он первым предпринял экспериментальное исследование психотерапевтических отношений, до тех пор использовавшихся только в магических опытах. При этом не надо забывать, что в XVIII в., веке энциклопедистов, еще процветали суеверия, чародейство, колдовство и множество других эзотерических занятий. Еще сжигали на кострах колдуний (последнее такое сожжение датируется 1782 г.). Месмер, будучи человеком просвещенным, предложил теорию, которую считал физиологически обоснованной и рационалистической; он утверждал, что существование «магнетического флюида» столь же реально и материально, как, например, действие магнита. Однако Месмер не отождествлял действия животного магнетизма с действием магнита, он восставал против подобного толкования критиков, обвинявших его в плагиате у Парацельса.

В 1776 г. он перестал пользоваться магнитом и в 1779 г. писал, что животный магнетизм «существенно отличается от магнита». В той же работе в связи с любопытными результатами, полученными при применении магнита, он, кроме того, отмечал:

«Какой-то иной принцип лежал в основе действия магнита, который сам неспособен воздействовать на нервы; следовательно, мне оставалось сделать всего несколько шагов, чтобы прийти к имитационной теории, предмету моих поисков» [Mesmer, 1779, p. 18].

Voutsinas полагает, что имитационная теория является не чем иным, как попыткой объяснить действие внушения, значение которого Месмер смутно предугадывал, «но не мог определить». Несколькими годами позже Месмер высказывался менее ясно, говоря, что «человек обладает свойствами, аналогичными свойствам магнита», и что «магнит служит моделью механизма Вселенной» [Mesmer, an. VII, p. 28].

Пюисегюр в связи с этим уточняет: «Слово «магнит», как и слова «плотность», «электричество», «весомость» и т.п., – всего лишь условное обозначение, принятое для облегчения взаимопонимания и не означающее никакой субстанции»³ [Puysegur, 1813, p. 7].

Несмотря на реалистические тенденции Месмера, мотивы интереса публики к его опытам были другого порядка: конец XVIII в. во Франции совпал с появлением романтической чувствительности, в которой сентиментальные потребности, долго сдерживавшиеся рационалистическими императивами, требовали полного удовлетворения. Эксперименты Месмера разворачивались на особенно благоприятной почве, и его «магнетический флюид» сразу же приобрел мистическое значение.

Хотя раппорт и присутствовал в опытах Месмера, он им не занимался; его интересовала только физиология. Когда маркиз де Пюисегюр в 1784 г. сообщил Месмеру о своем открытии спровоцированного сомнамбулизма и возможности входить в словесный контакт с субъектом, Месмер недооценил значения этого феномена.

О существовании подобных явлений он уже знал, но не задерживал на них своего внимания, не желая выходить за рамки физиологии. Вот почему Месмера можно считать родоначальником физиологического течения в объяснении гипноза. Психология была для него продуктом воображения и как таковая представлялась трудной для изучения.

С психоаналитической точки зрения можно предположить, что для Месмера существовала проблема контрперенесения (*contre-transférentiel*). В связи с этим, по-видимому, он придавал наибольшее значение конвульсивному кризу, тогда как Пюисегюр довольствовался словесным общением с пациентом. Далее мы увидим причину этого.

Мотивировки оппонентов Месмера и мотивировки противников Фрейда имеют общий корень: бессознательное подчинение сексуальному табу. Фрейд открыто говорил о сексуальных проблемах и был обвинен в пансексуализме. Месмер о них не упоминал, но его противники их предчувствовали; уполномоченные короля опубликовали в 1784 г. наряду с официальным

³ Аналогичные соображения могут быть высказаны и в отношении понятия «либидо». Как отмечал Voutsinas, нельзя сводить все открытия Месмера к флюидизму, как нельзя ограничивать все открытия Фрейда либидо.

докладом конфиденциальный рапорт, в котором говорилось о нарушениях сексуального порядка у пациенток, подвергавшихся гипнозу.

Следует, впрочем, отметить, что феномен криза в различных формах, не обязательно конвульсивных, был давно известен как перелом болезни, имеющий благотворное влияние. Катартический метод, авторами которого были Жане и Брейер, также связан с понятием криза. Вероятно, что идея о массивном эмоциональном сдвиге и трудном переходе на путь выздоровления (что истолковывалось некоторыми как искупление) оставила свой след в понимании Фрейдом лечебного механизма психоанализа. Во «Введении в психоанализ» он писал:

«Наша энергетическая мысль отказывается признать, что посредством легкого усилия можно привести в движение большую массу, действуя на нее без специального оборудования. При сравнимости условий опыт показывает, что такой прием удастся скорее в механике, нежели в психологии» [Фрейд, 1947, с. 482].

Таким образом, Фрейд полагает, что гипнотическое внушение, представляющее собой лишь небольшое усилие, действует как «косметический прием», а психоаналитическое внушение – как прием хирургический.

Известно, какой была судьба животного магнетизма, а также вердикт Академии наук и Королевского медицинского общества в 1784 г. Академические комиссии провели весьма тщательное исследование, описав ряд гипнотических явлений и даже отметив некоторые лечебные элементы. Приписывая всё это воображению, они осудили животный магнетизм Месмера: «Воображение без магнетизма вызывает судороги... Магнетизм без воображения не вызывает ничего...» [Rapport, 1784, p. 64].

Таким образом, члены Академии, сами того не желая, подчеркнули роль психологического фактора в межличностных отношениях. Сформулированные ими заключения, как заметил Раймон де Соссюр, являются первыми документами экспериментальной психологии.

Интересно отметить, что еще Парацельс (1490–1541), которого считают предшественником Месмера в области животного магнетизма, признавал психологическую, или «отношенческую», сторону магнетических феноменов. По поводу последних он часто говорил: «Отмените воображение и доверие, и вы ничего не достигнете». И еще: «Каким бы ни был предмет вашей веры – действительным или воображаемым, вы достигнете одинакового результата».

Отчет Академии Наук был подписан, в частности, Baily, Franklin, Guillotin, Lavoisier. Наблюдения, проведенные академическими комиссиями, основывались на обследовании больных D'Eslon. Месмер выразил протест против подобного подхода и предложил строго научный подход с использованием контрольных групп. Он предлагал провести исследование, включающее 24 больных, лечившихся его методом, и такое же количество больных, лечившихся обычными для того времени методами. Его предложение не было принято.

Важная роль воображения в возникновении магнетических феноменов признавалась еще до работ академиков, что позволило D'Eslon, последователю Месмера, уже в 1780 г. очень логично заметить: «Если медицина воображения является лучшей, то почему бы нам не заняться ею?» [D'Eslon, 1780, p. 47]. Некоторые авторы считают это началом психотерапии.

Борьба началась сразу. В первой половине XIX в. между «флюидистами» и «анимистами», затем между сторонниками физиологического и психологического направлений. Брэд (1843) решительно опроверг теорию флюидов, и, чтобы подчеркнуть свою оппозицию, словом «гипнотизм» обозначил явления, до тех пор объединенные под названием «животного магнетизма». Он сформулировал нейрофизиологическую теорию гипноза, согласно которой гипнотическое состояние достигается с помощью визуальной фиксации⁴ (позже он признает и словесное внушение). Но именно Льебо (1866) принадлежит заслуга в первом систематическом и широко-масштабном применении словесного внушения в лечебных целях.

Льебо считают решительным антифлюидистом. Однако эта точка зрения требует пересмотра. Действительно, публикацией своего небольшого труда «Исследование зоомагнетизма» он признал, что гипнотическое действие может быть обусловлено либо психологическим влиянием, либо «непосредственным нервным воздействием одного человека на другого» [Liebeault, 1883, p. 3].

⁴ Эту методику использовал в своих опытах и Месмер, но он не считал фиксацию индуктивным агентом.

Эта работа Льебо известна очень мало и, по-видимому, ускользнула даже от внимания Жане, который не упоминает о ней в своих «Médications psychologiques». Нам самим пришлось столкнуться с ней в процессе библиографических поисков работ по вопросам гипноза у животных, поскольку, доверяясь названию книги, мы полагали, что она имеет прямое отношение к интересующему нас предмету. Но для Льебо зоомагнетизм – это эквивалент животного магнетизма, т.е. гипноза у человека. Об этом историческом курьезе стоило рассказать.

Льебо описывает здесь эволюцию своих взглядов, начиная от решительного антифлюидизма до признания наряду с психологическим воздействием существования прямого воздействия одного организма на другой. Лишь в 1868 г., после восьмилетней практики, у него возникли первые сомнения. Льебо поразила заметка известного в свое время гипнотизера Dupotet, где указывалось, что любой спящий ребенок может быть загипнотизирован при помощи пассов. В 1880 г. Льебо решил сам провести эксперимент с детьми в состоянии бодрствования, страдавшими диареей, рвотой, анорексией, бронхитом, коклюшем и т.д. В 45 наблюдениях, 32 из которых касаются пациентов в возрасте от 2 мес. до 3 лет, он получил удовлетворительные результаты. Его метод заключался в воздействии с помощью легких прикосновений и не предусматривал словесного внушения (впрочем, Льебо считал такое внушение неэффективным у детей до 3 лет). Успех лечения он объяснял эффектом «зоомагнетизма – непосредственным нервным воздействием одного живого организма на другой». На свой же вопрос о том, всякий ли человек способен на это, Льебо отвечает отрицательно, приводя в качестве аргумента тот факт, что ребенок часами находится на руках у матери, а состояние его не улучшается. Он высказывает предположение, что эффективное воздействие способны оказывать только «люди с хорошо развитой нервной системой или с повышенным обменом веществ». Свою позицию Льебо определяет так:

«Хотя я являюсь психологом-магнетизером и давним противником теории передачи флюидов, я не могу не признать существования такого феномена, как воздействие одного организма на другой, происходящее без всякого вмешательства сознания субъекта, подвергающегося воздействию. Обе стороны отчасти правы, и пора прекратить обвинять друг друга в том, что поддались ложным убеждениям, и прийти, наконец, к взаимопониманию» [Liebeault, 1883, p. 4].

Как мы можем сегодня оценить приведенные выше наблюдения Льебо? Прежде всего следует отметить, что в них недостает строго научного подхода: в частности, отсутствие контрольных групп снижает достоверность результатов. Между тем данные современной психосоматики проливают на них некоторый свет. Большинство заболеваний у наблюдавшихся детей по современным представлениям относится к психосоматическим расстройствам, а тесная связь этих симптомов с тревожным душевным состоянием матери хорошо известна. Положительные результаты в ряде случаев могут объясняться психотерапевтическим действием, оказываемым на мать при контакте с врачом, что приводит к исчезновению указанных симптомов у ребенка (известно, что некоторые нарушения у грудных детей, такие как рвота, анорексия и др., нередко исчезают в результате психотерапевтического воздействия на мать).

Впоследствии Льебо пришел к использованию в своих опытах «магнетизированной» воды. Однако вскоре под влиянием Бернгейма он стал применять псевдомагнетизированную воду (эффект плацебо) и получил идентичные результаты, что заставило его вновь признать значение внушения и отречься от флюидизма. Та же концепция изложена им в работе «Суггестивная терапия», появившейся в 1891 г., однако и эта позиция не была окончательной. И хотя у Льебо не было работ, посвященных этому вопросу, он в возрасте 77 лет (в 1900 г.) стал почетным председателем Общества по изучению психики, члены которого были заведомо флюидистами. На конференции в 1906 г., состоявшейся через 2 года после смерти Льебо, Бернгейм признал, что Льебо, «несмотря на свои психологические концепции... не отрицал действия флюидов» [Bernheim, 1907, p. 75].

Колебания Льебо, очевидно, были обусловлены отсутствием в то время современных психосоматических концепций. Но они могут объясняться также иррациональными мотивировками, которые часто являются предопределяющими в научной ориентации. Если Льебо принимал во внимание в основном психологический аспект гипноза, то Шарко, наоборот, своей главной задачей считал изучение его физиологических факторов.

Жане в связи с этим писал в «Médications psychologiques»:

«Несомненно, он (Шарко) признавал, что в таких состояниях имеются странные и чрезвычайно важные психологические феномены; он знал о внушении, говорил о нем и при возможности не отказывался от его применения. Но он неустанно повторял, что эти психологические феномены очень сложны и требуют тонкого исследования...» [Janet, 1919,1, p. 151].

Конечно, исследователям хотелось иметь точную клиническую картину, четкие признаки болезни. Конец XIX в. ознаменован триумфом позитивных идей, заявивших о себе в области медицины господством вирховской атомистической теории. Считалось, что психология не может предложить врачу верных ориентиров. Но этого, вероятно, недостаточно для объяснения ожесточенной оппозиции против психологии. Приходится признать существование элементов бессознательного сопротивления, которые неизбежно возникают при столкновении с психотерапевтическими проблемами.

Чтобы проиллюстрировать эту оппозицию психологической теории, надо упомянуть об исследованиях металlosкопии, весьма любопытной главе в истории медицины, безусловно, заслуживающей более глубокого изучения. Впрочем, именно это привело Шарко к изучению гипнотизма. Странно, что в то время, о котором идет речь, известные врачи, отвергая существование внушения, экспериментировали с металlosкопией, металлотерапией, передачей симптомов посредством магнита или действием медикаментов на расстоянии.

Действие металлов на больных истерией было открыто Вигр около 1850 г. Он наблюдал у женщины, страдавшей сомнамбулизмом, каталептическое состояние, наступавшее при прикосновении к медной ручке двери. Этого не происходило, когда на ручку надевали кожаный чехол.

Вигр (1883) изучал металlosкопию в течение 25 лет; в 1876 г. он обратился к президенту Биологического общества Клоду Бернару, который назначил комиссию в составе Шарю, Люиса и Дюмонпалье с целью проверки фактов, сообщенных Вигр. Комиссия в течение года работала в отделении Шарко, проводя эксперименты с истериками, и представила отчет, подтверждающий открытие Вигр. Исследования металlosкопии, по признанию Дюмонпалье, сделанному на конгрессе по гипнотизму в 1889 г., привели членов этой комиссии к заключению о том, что для понимания сомнамбулизма, каталепсии и летаргии необходимо изучать действие электричества, электромагнитов, намагниченного железа, а также различных методов, применяемых гипнотизерами. По мнению Дюмонпалье, в возникновении гипнотического состояния роль играют не сосредоточение внимания, не суггестия, а исключительно физические факторы – свет, температура, вибрация атмосферы, электричество, магниты. Все эти факторы вызывают изменения состояния нервной системы.

Школа Сальпетриера, включая Шарко, рассматривала гипноз как патологическое состояние – искусственный истерический невроз.⁵ Напротив, школа Нанси во главе с Бернгеймом, Льебо, Боне и Льежуа считала, что это психологически нормальный феномен. Между двумя школами шла ожесточенная борьба. Заметим, что такие ученые, как Жане и Фрейд, защищали вначале школу Сальпетриера.

Жане, выступив на конгрессе по гипнотизму в 1889 г. после доклада Бернгейма, в частности, сказал:

«Если рассматривать выступление г-на Бернгейма с психологической точки зрения, то высказанное им по этому поводу мнение я считаю опасным, оно может привести к отмене всякого рода детерминизма; со своей стороны я без колебаний утверждаю, что такое толкование является также антипсихологическим, поскольку психология, как и физиология, имеет свои законы, которые внушение не в состоянии изменить» [Congres, 1889, p. 109].

Фрейд в предисловии к книге Бернгейма, изданной в 1888 г., также защищает школу Сальпетриера. Его смущало только одно: если допустить, что внушение способно вызывать любое гипнотическое явление, следует признать, что оно может спровоцировать и истерию; с этим он не хотел соглашаться.

Впоследствии Fegenczi попытался примирить позиции обеих школ, доказывая обоснованность каждой теории. Для объяснения гипнотической реакции он воспользовался фрейдовской концепцией перенесения.

⁵ Хотя Шарко рассматривал истерию как психическое заболевание, он не попытался углубиться в изучение психологических факторов и гипноза.

Возникновение симптомов истерии, как и гипнотических явлений, зависит от аффектов, испытываемых субъектом по отношению к лицу, связанному для него с прошлым в первом случае, и по отношению к гипнотизеру – во втором.

Победа школы Нанси была признана за границей. Среди других павловская школа признала значение внушения и интерперсонального раппорта, но не занималась их углубленным изучением. Она довольствовалась объяснением внушения в физиологических терминах.

Так, А.П. Николаев, используя язык, напоминающий язык Дюмонпалье, писал в 1927 г., что гипноз достигается стимуляцией посредством физических агентов,⁶ которые он классифицирует в иерархическом порядке: наиболее эффективные стимулы – термические, затем тактильные и слуховые. Русские авторы используют также пассы, давая им физиологическое объяснение. Это стимулы тактильные (И.П. Павлов) или термические (А.П. Николаев). Ими были введены и световые пассы, которые расцениваются как визуальные (А.Г. Иванов-Смоленский) или как термические (А.П. Николаев) стимулы.

Заметим попутно, что некоторые американские авторы [Klempner, 1947] высказываются в пользу пассов, интерпретируя их в психодинамическом аспекте; они отмечают, что легкие прикосновения ко лбу благоприятствуют сну, вызывая инфантильные реминесценции. Исследования Шарко (1878–1882) убедили академию в реальности гипнотических феноменов, которые стали объектом изучения. Это почтительное отношение к гипнозу не пережило Шарко. После его смерти во Франции перестали изучать гипноз. В других странах это было не столь заметно. После первой мировой войны интерес к гипнозу начал возрождаться, но и сегодня еще отмечается некоторое умалчивание о гипнозе со стороны врачей, и их приходится постоянно убеждать в реальности этого метода психотерапии. В число отчетов научных обществ, которые служат вехами в истории гипноза, входит отчет Британской медицинской ассоциации (1955) официально реабилитировавшей гипноз в Англии. В 1958 г. Американская медицинская ассоциация включила гипноз в медицинскую терапию, уточнив условия его применения. В отчете Американской психиатрической ассоциации (1961) сказано:

«Гипноз – это специализированный психиатрический метод, и как таковой он создает аспект отношений врач–больной. В психиатрической практике гипноз является вспомогательным средством для исследования, диагностики и лечения. Он может быть также полезным и в других областях медицинских исследований и практики».

Интересно отметить, что комиссия по изучению гипноза, назначенная Британской медицинской ассоциацией, долго руководствовалась докладом Husson, представленным Королевской медицинской академией в 1831 г. Члены комиссии заявили, что «заклучения этого доклада необычайно прозорливы и в большей своей части приемлемы сегодня»⁷. Следует подчеркнуть, что за 130 лет прогресс в изучении гипноза был чрезвычайно медленным по сравнению, например, с физикой, не говоря уже об астронавтике.

Во Франции исследователи полностью охладели к гипнозу. После работ Жана, опубликованных в 1918 г., последовало глубокое молчание (за исключением уже упомянутой статьи Parneminey). Конечно, некоторые отдельные исследователи пользовались гипнозом, но практически полуполюгально.⁸ Общая атмосфера была враждебной, причем особая враждебность чувствовалась со стороны бывших учеников Babinski.⁹ С одной стороны, стали отрицать

⁶ Далее (см. «Психоаналитические теории») мы увидим, что в новых теориях гипноза, внушенных психологией «я» и работами о «сенсорной изоляции», переоценивается (в различных аспектах) значение физического компонента в индукции гипноза и в его понимании.

⁷ Доклад Husson, однако, был встречен академией весьма сдержанно, не было ни его публикаций, ни открытых обсуждений.

⁸ Bergillon, имя которого напоминает о блестящем периоде гипноза (он был генеральным секретарем конгресса в 1889 г. и редактором журнала «Гипнотизм»), вплоть до своей смерти в 1948 г. принял гипнотерапию, следуя концепциям конца прошлого века.

⁹ Возможно, психобиография этого автора обнаружит когда-нибудь существование бессознательных аффективных проблем по отношению к своему учителю Шарко. Но, будучи великим неврологом и заслуженным исследователем, Babinski был лишен гениальной интуиции своего учителя и не мог предчувствовать роль психологических проблем в генезе некоторых болезненных проявлений.

существование гипноза, с другой – он был объявлен неэффективным, опасным и расценивался как смесь игры, обмана и симуляции.¹⁰

Известно, что школа Нанси начала уклоняться от применения гипноза с того момента, когда она стала придавать внушению большее значение, чем гипнозу. Всё теперь сводилось только к внушению. Так, фармацевт Соуе, считавший себя последователем этой школы, ввел знаменитое самовнушение, которое неожиданно получило мировой резонанс. Но со смертью Соуе (1926) популярность его метода начала снижаться.

В 30-е годы другой фармацевт, Brotteaux (1936, 1938), попытался использовать гипноз в сочетании с химиотерапией. «Гипнотизм Льебо, Рише, Жане и др., – говорил он, – будет реабилитирован благодаря более эффективному и более научному методу гипнотизации». Он добивался медикаментозного гипноза с помощью скопохлоралозы, после чего делал терапевтическое внушение. Этот прием должен был заменить «торпедирование» больных истерией фарадическим током, применявшееся в больницах (еще до сих пор его используют наряду с амфетаминовым шоком, введенным во время второй мировой войны).

В то же время психиатры (Baruk и его ученики), которые возобновили работы Brotteaux, полностью игнорировали психологическую сторону этого способа. Они не принимали во внимание состояние сознания, вызванное медикаментами, полагая, что химические препараты способны действовать на истерическое расстройство.

В течение 10 лет происходила постепенная реабилитация гипноза. В январе 1957 г. Bachel и Padovani представили в Медико-психологическое общество¹¹ работу об обезболивании после ампутации с помощью «невербального внушения». Просто глядя в глаза больному, они добивались «легкого каталептиформного расслабления, а иногда и сна». Во втором сообщении, сделанном в ноябре того же года, Bachel уточняет, что состояние, достигнутое с помощью его метода лечения, – это «торможение гипнотического типа», которому он дает павловское объяснение [Bachel, 1951, 1953]. Речь в нем идет, как нам кажется, о гипнотическом состоянии, но автор избегает всякого словесного внушения, чтобы оставаться, как он объяснит позже, на более научной почве, ближе к экспериментам на животных.

В январе 1953 г. мы совместно с Montassut и Gachkel представили в Медико-психологическое общество сообщение о классическом применении гипноза и словесного внушения¹² [Montassut, 1953]. Оно относится к лечению внушением под гипнозом (выполненным в 1949 г.) лакунарной амнезии (см. наблюдение 7).

В 1954 г. появляется другое исследование двух психиатров (Fauge и Burger). В следующем году Lassner публикует работу о применении гипноза в анестезиологии.

В том же 1953 г. начинается взлет аутогенного тренинга – техники, произошедшей от гипноза. Этот процесс шел параллельно развитию гипноза в других странах. Хотя аутогенный тренинг своими корнями уходит в гипноз, он избежал во Франции табу, довлевшего над последним.

В 1955 г. вышел в свет том «Психиатрия» медико-хирургической энциклопедии, включающий главу о гипнозе. Однако количество работ французских авторов остается ограниченным. В библиографическом исследовании, относящемся к периоду 1955–1960 гг., Montserrat–Esteve (1961) собрал 505 наименований, посвященных гипнозу. Из них только 9 принадлежат французским авторам.

¹⁰ Такое положение встречается еще и в наши дни, о чем свидетельствуют критические, но вместе с тем весьма учтывые высказывания одного из психиатров по поводу второго издания настоящего труда. Он вновь выдвигает тезис о неэффективности гипноза, его обманчивом характере и предлагает возобновить дебаты по этому поводу.

¹¹ Последнее сообщение о гипнозе в этом обществе относится к 1889 г. Оно было представлено Chambard под заголовком «Проект дискуссии об опасностях экспериментального гипнотизма и внушения».

¹² Она занимает всего 7 страниц, хотя технике расслабления посвящено 8, а наркоанализу 10 страниц. Это объясняется тем небольшим интересом, который вызывает гипноз во Франции. В США существуют три периодических издания, посвященных гипнозу, в Великобритании – одно и одно в Южной Америке. Два общества находятся в Северной Америке, Латиноамериканская федерация клинического гипноза объединяет 18 обществ, учрежденных на американском континенте, три общества имеются в Испании и одно – в Италии.

2. Теории гипноза

Трудно дать определение гипнотизму или гипнозу. Оба термина имеют очень близкое значение. Термин «гипнотизм» был введен Брэдом в 1843 г. и через несколько лет появился во Франции.

В Littré (1863) читаем: «Гипнотизм: физиологический термин. Магнетическое состояние, которое достигается путем разглядывания блестящего предмета на очень близком расстоянии». Трудно определить точную дату появления слова «гипноз». В большом универсальном словаре Ларусса оно впервые встречается в издании 1865–1890 гг. (том IX, вышедший в свет в 1873 г.) со следующим определением: «Сон, вызванный главным образом продолжительным разглядыванием блестящих предметов». Мы будем употреблять оба термина в одинаковом значении, однако укажем, что некоторые авторы отмечают разницу между ними, обозначая термином «гипноз» состояние, а термином «гипнотизм» – совокупность технических приемов, позволяющих вызвать это состояние.

Недавно испанские авторы предложили заменить термины «гипноз» и «гипнотизм» терминами «софроз» и «софротерапия». Они хотели таким образом устранить магическое звучание слова «гипноз». Эта затея представляется нам совершенно необоснованной. Предложенные термины не отражают каких-либо теоретических изменений в отличие от того случая, когда Брэд заменил термин «животный магнетизм» термином «гипнотизм». Но давайте спросим себя, не создает ли в некоторых случаях ореол таинства, присущий слову «гипноз», мотивационный фактор, облегчающий развитие психотерапевтических взаимоотношений. В дальнейшем это слово может утратить свой магический характер. Впрочем, возможно, что некоторые врачи не склонны ставить в зависимость от этого условия налаживание контакта с пациентом. Возможно также, что этот отказ послужил бессознательным мотивом предложения изменить терминологию. Как заметил известный психосоциолог Otto Klinberg, вполне вероятно, что если бы эта замена произошла, а техника осталась той же, то кончилось бы тем, что новое слово приобрело бы значение прежнего термина.

Итак, мы предпочитаем сохранить слово «гипноз». В современной литературе Porot (1952) дает ему следующее определение: «Гипнозом называют искусственно вызванный неполный сон особого вида». Более полным является определение, предложенное Британской медицинской ассоциацией (1955). Оно гласит, что гипноз – это

«кратковременное состояние изменяющегося внимания у субъекта, состояние, которое может быть вызвано другим человеком и в котором могут спонтанно возникать различные феномены в ответ на вербальные или другие стимулы. Эти феномены содержат в себе изменения сознания и памяти, повышение восприимчивости к внушению и появление у субъекта реакций и идей, которые ему не свойственны в его обычном состоянии духа. Кроме того, такие феномены, как потеря чувствительности, паралич, мышечная ригидность и вазомоторные изменения, могут быть вызваны и устранены в гипнотическом состоянии»

Мы не будем приводить другие примеры. Ни одно из предложенных определений не является вполне удовлетворительным. Каждое из них отражает представление автора о природе феномена, как мы увидим ниже. Кроме того, область гипноза очерчена недостаточно четко, и нет объективных критериев гипнотического состояния. Мы не знаем, что свойственно собственно данному состоянию и что зависит от внушения – прямого или косвенного. Иначе говоря, имеет ли гипнотическое состояние нечто специфическое или только элементы, введенные гипнотизером?

Одни авторы, представляющие крайнюю точку зрения, считают, что всё зависит от внушения, другие предполагают существование специфического гипнотического состояния, имеющего почти органическую основу, ввиду чего сравнивают гипнотическое состояние с состояниями постэнцефалитическими. Павловская школа говорит о гипнотическом состоянии как о состоянии частичного сна. Schultz также предполагает существование чистого гипноза (Heilschlaf). Kretschmer рассматривает и гипноз en soi (в себе). Для него гипноз даже разложим в своих конституциональных, нейропсихологических и психофизиологических механизмах.

Чтобы подчеркнуть сложность проблемы, напомним еще, что гипнотический транс – это состояние лабильное и динамическое, изменяющееся в зависимости от психотерапевтической ситуации. Schilder еще в 1926 г. обратил внимание на то, что глубина транса в классическом смысле термина не всегда соответствует глубокому погружению личности пациента в

гипнотические взаимоотношения: один пациент в состоянии сомнамбулизма может быть менее втянут в гипнотические связи, чем другой во время легкого транса.

Уже старые авторы подметили, что терапевтический эффект гипноза не всегда зависит от глубины транса. Кроме того, транс может иметь различную направленность – то более выраженную психологическую, то более физиологическую. В зависимости от своей индивидуальности пациент мобилизует или физиологические, или психологические структуры.

Можно вообразить (и это явно рискованная гипотеза), что когда-нибудь такая перспектива будет использована для освещения столь трудной проблемы выбора, который делает субъект, выражая себя посредством психоневроза или психосоматического заболевания. Возможно, те, кто в межличностных отношениях реагирует больше в физиологическом плане, ориентируются на психосоматическое заболевание, а те, кто реагирует скорее в плане психологическом, ориентируются на психоневроз?

Кроме того, нельзя определить, загипнотизирован субъект или нет. Некоторые пациенты думают, что они загипнотизированы, когда они не были загипнотизированы; другие считают, что они не загипнотизированы, в то время как они находились в состоянии гипноза. Существует также симуляция – сознательная, подсознательная, или бессознательная. Кроме того, у некоторых пациентов лечебный эффект достигается потому, что они действительно находились в трансе, тогда как другие получают аналогичную пользу именно оттого, что не дали себя загипнотизировать. В последнем случае больной избавляется от симптомов заболевания через отказ от лечения. Такое поведение можно квалифицировать как «бегство в здоровье».

В качестве примера приведем следующее наблюдение: мужчина 60 лет приехал на консультацию (из-за границы) по поводу реактивной депрессии. После смерти жены он находился в состоянии уныния и апатии, сопровождавшихся полной анорексией. Больной был убежден, что его можно вылечить только гипнозом. По приезду в Париж, еще до прихода к нам, он ознакомился с предыдущим изданием настоящей книги. Прочтя ее, он понял, что гипнотерапия – это не болеутоляющее лекарство, как он себе представлял. В то же время он почувствовал, что его печаль стала рассеиваться, и в этот вечер впервые за несколько месяцев хорошо поел. Придя к нам на следующий день, он сказал, что больше не нуждается в гипнотическом сеансе. Простой психотерапевтической беседы было достаточно, чтобы убедить его в выздоровлении.

Даже бесплодная попытка гипнотизации приводит в движение психодинамические механизмы и может мобилизовать благоприятную защиту.

Мы лечили мужчину 55 лет с бредовой ипохондрией на депрессивно-тревожном фоне. Несколько несвоевременных хирургических вмешательств ухудшили состояние больного, всё внимание которого было сконцентрировано на своей анальной области. Он дошел до того, что просил сделать ему искусственный задний проход. Все виды терапии, включая электролечение и лечение сном, не имели эффекта; больной для борьбы с упорными запорами употреблял огромные дозы слабительного, им было поглощено значительное количество наркотиков и алкоголя, чтобы устранить приступы тревоги, и это создало токсическую путаницу. Оставалась надежда лишь на гипнотическую психотерапию. Конечно, в данном случае не было показаний для гипнотерапии, но по настоятельным просьбам лечащего врача и самого больного мы сделали несколько попыток гипнотизирования в экспериментальном порядке. Как и следовало ожидать, больной, слишком занятый самосозерцанием, оказался невосприимчивым к гипнозу, но его сопротивление психотерапевтическому контакту вызвало защитные реакции, что было вознаграждено некоторой ремиссией. В течение 15 дней он мог заниматься своими делами. Он прервал лечение, заключив с сожалением и триумфом, что его не смогли «магнетизировать».

Не существует теорий, дающих исчерпывающее объяснение гипноза. Все теории гипноза неполные, каждая дает объяснение на определенном уровне. Таким образом, можно говорить о трех основных тенденциях: 1) теории павловской школы; 2) теории экспериментальной психологии; 3) психоаналитические теории. Мы проанализируем тенденции, кратко остановимся на отношениях гипноза и сна и обсудим гипноз животных.

3. Теория гипноза Павлова

Павловская школа создавала свою теорию гипноза, исходя из опытов на животных. Бирман в 1925 г. сумел экспериментально создать «сторожевой центр» у собаки с условным рефлексом, связанным со звуком трубы, сигнализирующим о пище. Заснув, собака просыпалась для принятия пищи только при звуке трубы, оставаясь нечувствительной ко всем другим, даже более

интенсивным звукам. Кора головного мозга собаки в этих условиях заторможена, но «сторожевые пункты» в некоторых областях мозга находятся в состоянии бодрствования. Таким путем шла павловская школа, создавая свою теорию, рассматривающую гипноз как частичный сон, теорию, предугаданную в прошлом веке Liebault, Beaunis (1887), Brown-Sequart (1882). Гипноз – это промежуточное состояние между бодрствованием и сном, частичный сон, частичное торможение¹³ как в топографическом смысле, так и в смысле глубины. В коре головного мозга остаются «сторожевые центры», делающие возможными контакты между гипнотизируемым и гипнотизером.

Гипнотическое состояние включает три фазы: уравнительную, парадоксальную и ультрапарадоксальную. В первой фазе все условные раздражители, как сильные, так и слабые, действуют одинаково. В парадоксальной фазе сильный раздражитель вызывает или слабую реакцию, или не вызывает никакой, а слабый раздражитель вызывает сильную реакцию. В ультрапарадоксальной фазе реакция может быть достигнута с помощью негативного стимула, т.е. посредством стимула, на который клетки головного мозга не реагируют в состоянии бодрствования. Таким образом объясняются гипнотические феномены, получаемые в парадоксальной фазе, названной Павловым «фазой внушения».

К.И. Платонов (1955), интерпретируя высказывание Павлова, объясняет, что «фазовые состояния» скоротечны, мимолетны в физиологических состояниях, но в патологических состояниях они могут длиться неделями и месяцами. Таким образом, гипноидные фазы, с одной стороны, могут рассматриваться как физиологический субстрат неврозов или психозов, но, с другой стороны, они представляют собой «нормальную форму физиологической борьбы против болезненного агента».

Перенесение этих теорий на человека представляет трудности вследствие вмешательства речи, названной сторонниками павловского учения второй сигнальной системой. Слово рассматривается как сигнал, стимул столь же материальный, как любой физический стимул. Но тем не менее Павлов подчеркивает, что эти два рода стимулов нельзя отождествлять ни с количественной, ни с качественной точки зрения, учитывая пережитое человеком прошлое. Именно здесь возникают затруднения, так как павловская школа не принимает во внимание бессознательных наслоений в аффективной жизни субъекта. Кроме того, межличностные отношения строятся не только на речевой основе.

На знаменитой сессии двух академий (АН и АМН) в 1950 г., посвященной официальному признанию главенства павловской физиологии в медицине, многочисленные ораторы (Б.Н. Бирман, Б.А. Гиляровский, Е.А. Попов, К.И. Платонов, И.В. Стрельчук, А.Г. Иванов-Смоленский) рекомендовали изучение и использование гипноза как психотерапию, основанную на физиологии.

С 1956 г. психология вступила на путь реабилитации¹⁴ и начала постепенно освобождаться от засилия физиологии.¹⁵ Некоторые авторы подчеркивают, что павловская теория не объясняет полностью гипноза. Чехословацкий исследователь павловского направления Horvai писал: «Павловская теория гипноза не догма. Павлов недостаточно обработал свои идеи... некоторые из них только гипотетичны» [Horvai, 1959, p. 37]. Все эти идеи должны служить точкой отправления для новых исследований.

Вопросы применения павловской теории в гипнотической психотерапии освещают С.И. Консторум (1959), М.С. Лебединский (1959), К.И. Платонов (1959), В.Е. Рожнов (1954), А.М. Свядоц (1959), Volgyesi (1938, 1959), Horvai (1959). Работа Svorad и Hoskovec содержит необходимый библиографический материал о клиническом и экспериментальном изучении гипноза в Советском Союзе и социалистических странах Европы.

¹³ Один из советских авторов, Слободняк, в своей работе пишет: «Объясняя гипноз (и сон) торможением, мы до сих пор не знаем даже природы этого торможения, этого «проклятого», по выражению Павлова, феномена» [Слободняк А.П., 1962].

¹⁴ Она была отмечена появлением в журнале «Коммунист» (1956, № 4, с. 87–93) редакционной статьи, озаглавленной «Крепить связь психологической науки с практикой».

¹⁵ Авторитетное собрание исследователей, посвященное философским вопросам в психологии, было созвано по инициативе Академии наук, Академии медицинских наук и Академии педагогических наук в Москве 8–12 мая 1962 г. Оно заняло позицию против некоторых догматических интерпретаций решений 1950 г. и официально реабилитировало психологию, подняв ее на уровень автономной науки.

4. Теории экспериментальной психологии

В этой главе мы рассмотрим концепции Hull, White Sarbin, Weitzenhoffer и др.

Первый из названных авторов, Hull, изучал гипноз в аспекте концепций Бернгейма. Известно, что Бернгейм, обескураженный острой дискуссией со школой Сальпетриера и не соглашаясь с Льебо, в конце концов заявил в полемическом запале: «Гипнотизма не существует, есть только внушаемость». Психолог-бихевиорист Hull (1933) тщательно изучал пределы внушаемости. По его мнению, внушаемость удерживает словесные (символические) процессы субъекта в состоянии пассивности и позволяет реализоваться словесным побуждениям (символическая стимуляция), которые передаются экспериментатором. Эта точка зрения близка к тому, что Бернгейм называл «законом идеодинамики», согласно которому в определенных условиях идея может непосредственно претворяться в движение. Отсюда Бернгейм заключил, что внушаемость – это способность поддаваться влиянию «идеи, воспринятой мозгом», и реализовать ее [Bernheim, 1917, p. 52].

Начиная с White (1941), произошли значительные перемены, обусловленные тем, что исследователи стали учитывать фактор мотивации. White определял гипнотическое поведение как экспрессивное, направленное к определенной цели, которая по существу состоит в пассивном поведении, подчинении указаниям, постоянно даваемым экспериментатором, в соответствии с тем, как гипнотизируемый субъект их себе представляет.

Sarbin (1950) подчеркивает важность элемента игры (role-taking) в поведении гипнотизируемого. Игра является обычной формой его социально-психологического поведения, которая может реализоваться в гипнотическом состоянии.

Orne (1959, 1962) воскресил идеи White и Sarbin, значительно обогатив их. Он был поражен тем фактом, что поведение гипнотизируемых зависит от господствующих в данное время представлений о гипнозе. В доказательство он приводит два примера диаметрально противоположного поведения; во время сеансов Месмера у пациентов, не получавших словесного внушения, возникали приступы конвульсий, тогда как при использовании метода Соиё (автор считает этот метод более совершенным) гипнотизируемые не проявляли никаких внешних признаков транса. Orne задает себе вопрос: имеет ли гипноз специфическую сущность или это полностью социально-культурный продукт? Чтобы выявить влияние предварительного знания (prior knowledge), автор производил следующие эксперименты (см. ниже).

На лекциях о гипнозе он говорил студентам, что одним из характерных признаков гипнотического состояния является каталепсия поднятой руки¹⁶ (что не соответствует действительности; каталепсия, как правило, проявляется в обеих руках одновременно, однако такое объяснение казалось правдоподобным). Студенты, присутствовавшие на сеансе гипноза, видели, что пациенты, согласно полученной ими ранее установке, демонстрировали каталепсию поднятой руки. Загипнотизированные после этого студенты также обнаруживали каталепсию одной руки.

В данном случае пациент получал от гипнотизера точные, хотя и не прямые, указания о том, как себя вести. Но вопрос о зависимости поведения гипнотизируемого от экспериментатора иногда очень труден, поскольку гипнотизер может даже безотчетно, бессознательно внушить именно то, что он ожидает получить у пациента. Под названием «Специфические требования экспериментальной ситуации» Orne описывает совокупность указаний, передающих намерения или желания гипнотизера (в том числе скрытые, невысказанные указания экспериментатора и указания, связанные с процессом самого эксперимента).

Однако специфические требования экспериментальной ситуации влияют не только на пациента, но и на экспериментатора. Гипноз во многих отношениях можно рассматривать как «folie a deux» (сумасшествие вдвоем), каждый из вовлеченных в гипнотические отношения играет ту роль, которую другой от него ожидает. Пациент ведет себя так, как будто он не может сопротивляться внушениям гипнотизера, а тот играет роль всемогущей особы. Например, если пациент испытывает внушенные галлюцинации, то гипнотизер ведет себя так, будто эти галлюцинации отражают реальные явления.¹⁷

¹⁶ Каталепсию здесь надо понимать так, что, если экспериментатор поднимает руку гипнотизируемого, она остается в том же положении.

¹⁷ Конечно, этот пример не является случаем «folie a deux» в обычном его понимании, поскольку отсутствует бредовое убеждение; не только у гипнотизера, но и у гипнотизируемого «я» всё время сохраняет контроль реальности, которая в любой момент может быть восстановлена. Принять выражение

Это взаимное влияние гипнотизера и гипнотизируемого ярко проявилось в случае, когда экспериментатор был предубежден против пациента, полагая, что он является симулянтом. На самом же деле пациент был способен впасть в глубокий транс. Гипнотический сеанс потерпел неудачу, так как пациент проявил враждебность к гипнотизеру, который, делая обычное внушение, не сумел вполне убедительно сыграть свою роль.

Brotteaux (1936, 1938) подчеркивал значение бессознательной связи между гипнотизером и пациентом. Он цитировал работу одного из хирургов, который использовал скопохлоралозу как вспомогательное средство при анестезии. Brotteaux, как известно, считал, что этот препарат прежде всего способствует повышению внушаемости. Хирург не разделял его мнения, так как «теоретически не признавал использования гипноза и внушения». «Подмена воли, – говорил он (хирург), – это самая большая ошибка, которую может совершить человек по отношению к себе подобным». Brotteaux указывал:

«Гипнотизеры обычно выбирают тех пациентов, которые для них желательны. Liegeois и Liebault имели очень послушных пациентов. Brouardel и Babinski не могли заставить загипнотизированных выполнить внушение, которое, как они считали, должно было вызвать возмущение их морального сознания. В сущности, пациенты всегда выполняют те основные внушения, которые соответствуют предвзятым идеям гипнотизера... Во времена Шарко считалось, что у истериков нервные припадки должны иметь вид красочных зрелищ. Но Babinski не признает подлинности этих кризов... Конечно, ему не придется их наблюдать: сам того не подозревая, он внушит своим больным не проявлять больше этих признаков болезни» [Brotteaux, 1938, p.115–116].

По мнению Ogne, трудно определить, что характеризует гипнотическое состояние само по себе, поскольку невозможно найти наивных пациентов, полностью избавленных от влияния своей социально-культурной среды. Если бы удалось освободить основной процесс от множества социально-культурных наслоений, тогда, по автору, проявилась бы в чистом виде сущность гипноза.

Не только в гипнозе, но и в психотерапии в целом социально-культурные факторы играют, по мнению Ogne, самую значительную роль. Процесс психотерапии зависит от того, какое представление о ней в данное время имеют пациент и терапевт. Идеи, распространенные в обществе в тот период, когда проводится курс психотерапии, в большой мере определяют ее успех. Степень доверия социальной среды к этому виду лечения также в какой-то мере влияет на его эффективность. Таким образом, для того чтобы вскрыть сущность всякого психотерапевтического процесса, необходимо отделить его от всех этих социально-культурных факторов.

Безусловно, важно подчеркнуть влияние социально-культурных факторов на поведение гипнотизируемых. Однако они не кажутся нам столь решающими, какими представляются Ogne. Они взаимодействуют с психобиологическими факторами. Различные «паттерны» могут сосуществовать. К тому же не совсем верно то, что в конце XVIII в. у всех гипнотизированных возникали конвульсивные кризы. Даже среди окружавших пресловутый металлический чан Месмера не у всех постоянно наблюдался приступ конвульсий: некоторые из пациентов прогуливались и разговаривали между собой. Имеются многочисленные тому свидетельства. Приведем некоторые из них. Mahon (1752–1801), судебно-медицинский эксперт и историк медицины, присутствовавший на сеансах Месмера, писал в 1784 г:

«Я видел людей в таком состоянии, какое описывают у лунатиков, с открытыми, но неподвижными глазами, не произносивших ни слова, но знаками показывавших, что они хотели; казалось, они слышали то, что им говорили относительно их поведения..., уверяя потом, что ничего не помнят из того, что было» (постмагнетическая амнезия) [Mahon, 1784, p. 3–4].

Швейцарский теолог Шарль Мулинье (1757–1824) также сообщает, что в окружении Месмера одна юная служанка 13 лет, будучи подвергнутой магнетизации, вела себя, как настоящий лунатик (Moulinie, 1784).

Ряд описаний поведения больных в состоянии сомнамбулизма приведен в знаменитом докладе Bailly (1784): «Больные ищут контакта, спешат навстречу друг другу, улыбаются, ласково разговаривают и стремятся взаимно облегчить приступы конвульсий».

Анонимный автор, который присутствовал на опытах Месмера, заявляет (датировано 3 сентября 1784 г.), что он видел, как в состоянии сомнамбулизма пациенты указывали локализацию заболевания у других участников группового сеанса (известно, что способность диагностировать в то время считалась особенностью лунатиков).

В докладе знаменитого ботаника Jussieu (1784) описывается, в частности, один случай, когда «молодой человек спокойно проходил по залу, часто прикасаясь к больным... Придя в нормальное состояние, он разговаривал, не припоминая ничего из происшедшего, и больше не мог магнетизировать. Я ничего не понял из того, что многократно повторялось на моих глазах».

Gauthier (1842) сообщает в своей «Истории лунатизма» о 25-летней девушке, у которой в магнетическом состоянии, вызванном ассистентом Месмера доктором Обри, часто наблюдались явления сомнамбулизма. Однажды, когда она находилась в таком состоянии в отсутствие этого доктора, никто не смог разбудить ее окончательно, и она дошла до дома доктора Обри, ибо только он мог ее «размагнетизировать».

Примерно к тому же времени относится известный случай с пастухом, загипнотизированным Puusegur. В гипнотическом состоянии у него практически не наблюдалось никаких выраженных двигательных реакций. В таких условиях трудно говорить о том, что загипнотизированный играл роль (role-taking).

Американский автор Pattie, напоминая об открытии Jussieu постмагнетической амнезии, замечает: «Эта амнезия, до тех пор неизвестная, не могла в то время сыграть особую роль». (О постмагнетической амнезии сообщалось еще до Jussieu, как указывалось выше, но это не меняет сути проблемы.)

Следовательно, в эпоху Месмера бурные кризы возникали не всегда. Вместе с тем подобные кризы можно наблюдать и сегодня при гипнотизации явно истерических особ.

Вероятно, что первая пациентка Месмера страдала истерией. Такое поведение, должно быть, импонировало Месмеру по мотивам контртрансферентным и рациональным (криз являлся целительным эпилогом). Месмер был убежден в целебном действии кризов, и в дальнейшем его пациенты воспроизводили такое поведение путем подражания. Метр рассматривал сомнамбулизм как вторичный нежелательный эффект магнетического состояния, но мы думаем, что, напротив, конвульсивный криз означает преобладание истерического в этом состоянии. Итак, по-видимому, уже во времена Месмера в магнетических состояниях проявлялась вся гамма гипнотических феноменов. Тем не менее эта проблема весьма сложна, поскольку трудно отделить искренние проявления от симуляции (сознательной или бессознательной). Интересно отметить, что старые авторы уже принимали во внимание этот аспект проблемы. В «Секретном докладе», опубликованном вместе с официальным докладом членов Королевской комиссии, сказано: «Существует еще одно средство вызывать конвульсии, средство, об использовании которого члены комиссии не имеют прямых и неоспоримых доказательств, но о существовании которого могут подозревать. Это **симулированный**¹⁸ криз, который служит сигналом или определяющим фактором для возникновения множества других кризов посредством имитации» [Rapport, 1784, p. 515]. Charles de Villiers (1787) пишет во «Влюбленном Магнетизере» (стр. 133):

«Я думаю, что воображение¹⁹ играет весьма существенную роль в магнетизме (и я не усматриваю в этом ничего дурного, поскольку вижу в нем лишь духовное начало). Вероятно, сомнамбулизм, возникший впервые, не был результатом воображения, но когда этот эффект стал известным, то больной, страдавший сомнамбулизмом, мог легко повторно впасть в подобное состояние вследствие собственного душевного настроения, будучи хорошо осведомлен в том, что дерево или чан²⁰ способны его вызвать. Я отнюдь не уверен в подлинности такого сомнамбулизма».

Мы склонны думать, что существует несколько разновидностей сомнамбулизма, среди которых истинный, «настоящий», сомнамбулизм представляет собой адаптивное психобиологическое состояние, а более поверхностный, «приобретенный», является результатом имитации. Ввиду этого не приходится удивляться утверждению Weitzenhoffer, что он за многие годы

¹⁸ Это слово выделено в тексте доклада.

¹⁹ Если истолковывать слово «воображение» согласно современному пониманию, можно констатировать, что оно отражает два пласта нашей личности: оно имеет отношение или к глубоко эмоциональной жизни со всеми присущими ей психоаффективными сдвигами, или к интеллектуальному аспекту нашей личности, к ее культурной деятельности (обучение, подражание).

²⁰ Металлический блестящий чан – атрибут гипнотических сеансов в эпоху Месмера. – *Примеч ред.*

экспериментирования на сотнях субъектов встретил не более десятка подлинных сомнамбул. Мы не производили таких подсчетов. Наш опыт был поневоле более ограниченным, поскольку наш «экспериментальный материал» составляли главным образом больные, а не нормальные субъекты, как в Соединенных Штатах, где обычно для этой цели пользуются услугами студентов. Но мы знаем, что «удачные случаи» редки. Небезынтересно отметить, что наши «лучшие случаи» были представлены индивидуумами со спонтанным сомнамбулизмом или с феноменом раздвоения личности.

На основании опубликованных работ старых авторов можно предположить, что раньше сомнамбулизм встречался чаще. Но утверждать это трудно. Если данное предположение справедливо, то возникает вопрос: каким было соотношение «подлинного» и «поверхностного», имитационного сомнамбулизма? Если первая из этих двух категорий была более многочисленной, чем в настоящее время (и это вероятно), то надо признать, что тип («паттерн») экспрессивного поведения изменился. Это верно по отношению к истерии. У некоторых слабо развитых народов мы еще встречаем формы поведения, которые не свойственны более развитым народам. Всё это возвращает нас к вопросу о социально-культурных влияниях, значение которых особенно подчеркивал Огпе и исследование которых, несомненно, представляет большой интерес. Мы сделали оговорки лишь по поводу одного из слишком смелых его предположений относительно того, что «наивных» субъектов практически больше нет.

Такое утверждение кажется нам слишком категоричным. Во Франции, где гипноз в настоящее время в немилости, как мы уже отмечали, нередко можно встретить пациентов, не имеющих никаких предварительных сведений об этом предмете. Однако реакция пациентов, ничего не знающих о психотерапии, которую к ним применяют, не отличается от реакции других пациентов. Поскольку трудно предположить, что эта реакция целиком определяется гипнотизером, то приходится думать о существовании специфического механизма, представленного в различных вариантах. Этот механизм в его элементарной форме выявляется в гипнозе животных. Он обуславливает адаптивное поведение, изменяющее взаимоотношения животного с окружающей средой и характеризующееся прекращением двигательной активности (см. далее «Гипноз животных»). У человека в первой стадии гипноза также тормозится активность двигательного аппарата – инструмента исследования окружающего мира. Нам возразят, что пациент в состоянии сомнамбулизма ходит. Это объясняется тем, что у человека вступают в игру психодинамические феномены; можно сказать, что гипнотизируемый ходит не по своей воле, а по воле гипнотизера.

Американский исследователь Barber (1961, 1962) шел по пути, намеченному еще Бернгеймом. Он пытался доказать, как и глава школы Нанси, что все феномены, названные гипнотическими, а именно – изменение под гипнозом различных физиологических функций (сенсорных, кровообращения, желудочно-кишечных и др.), можно посредством внушения получить у предрасположенных субъектов и в состоянии бодрствования.

Это уподобление гипноза внушению выдвигает проблему, к которой мы вернемся позже. Ограничимся пока замечанием, что сторонники этой точки зрения продолжают использовать гипнотические приемы, чтобы добиться феноменов, для получения которых (по логике вещей) достаточно было бы внушения наяву. Такую непоследовательность проявил даже Бернгейм.

Работы Barber представляют несомненный интерес. Они показывают, что и в состоянии бодрствования для возникновения психофизиологических реакций имеет значение фактор взаимоотношений. Однако эти работы не облегчают понимания гипноза. Гипнотическое воздействие, включающее в себя воздействие сенсомоторное и эмоциональное, вызывает изменение сознания, связанное с особым интерсубъективным опытом, что рассматривается некоторыми учеными как регрессия. В большинстве случаев гипноза проявляется повышенная внушаемость, но некоторые психодинамические конstellляции могут ее подавлять. Когда внушаемость проявляется в гипнозе, внушение может оказать гораздо более глубокое воздействие, чем внушение в состоянии бодрствования. Примером возможности гипноза может служить выполнение с его помощью такого серьезного хирургического вмешательства, как лапаротомия, что не было осуществлено в экспериментах Barber. Такого рода попытка стала предметом душераздирающего представления, предположенного французским телевидением (знаменитая передача в феврале 1963 г.): больной, получивший «установку», но не загипнотизированный, был подвергнут аппендэктомии, во время которой он проявлял все признаки чрезмерных страданий.

Weitzenhoffer (1953, 1957, 1963), будучи вначале под сильным влиянием Bernheim и Hull, считал, что возможность воздействия в гипнозе определяется внушаемостью. Но впоследствии он, по-видимому, изменил свою точку зрения, так как в одной из последних работ признал, что гипноз содержит в себе «нечто другое». Он добавляет, что сам Bernheim никогда не был так категоричен, как часто думают, и что он признавал существование некоего «гипнотического состояния», которое нельзя сводить только к внушению.

По мнению Weitzenhoffer, по существу нет противоречий между тем, что писал Бернгейм в 1887 г., когда он еще различал эти два состояния, и тем, что он писал в 1903 г., когда различия между ними начали стираться, и взгляды Бернгейма за данный период не претерпели значительных изменений.

Мы же думаем, что в его работе 1903 г. выявилось некоторое изменение точки зрения. Правда, при этом обнаружилась и определенная двойственность суждений, от которой Бернгейм никогда не мог освободиться. Она присутствует и в более поздних его работах, в которых он полностью отрицает существование собственно гипнотического состояния, независимого от внушаемости. Эта двойственность снова проявляется в последней формулировке его идей в 1917 г. (за 2 года до смерти). Он пишет по поводу феноменов, именуемых гипнотическими:

«Все эти феномены не являются результатом особого состояния, называемого гипнотическим, поскольку их можно вызвать в состоянии бодрствования у субъектов, которых никогда не усыпляли и которые никогда не видели, как усыпляют других. У внушаемых индивидуумов посредством словесного внушения наяву также можно добиться обезболивания, галлюцинаций, действий по приказу и т.д., которые вызываются у них и в состоянии спровоцированного сна. Значит, вовсе не этот сон обуславливает внушаемость. Состояние сна и гипнотическое состояние, или состояние внушаемости, следовательно, не связаны друг с другом (подчеркнуто нами. – Л.Ч.). Иначе я могу сказать: гипнотизма нет, а есть только внушаемость» (подчеркнуто автором) [Bernheim, 1917, p. 46–47].

На возражение, сделанное ему по поводу того, что его утверждение внушено любовью к парадоксам и внушаемость есть не что иное, как гипнотизм наяву, Бернгейм ответил еще более категорично: «Точнее было бы сказать: гипнотизм – это внушаемость в состоянии сна». Здесь внутреннее противоречие становится явным, и оно усиливается, когда автор добавляет: «Необходимо ещё, как я уже говорил, чтобы сон был неполным». Но что такое «неполный сон?» Существует ли он? Если да, то это не что иное, как внушаемость. Впечатление противоречивости не исчезает, когда Бернгейм старается уточнить свои идеи. Он продолжает:

«Сон не является необходимостью для возникновения феноменов внушаемости. Их можно было бы обнаружить непосредственно в состоянии бодрствования, минуя необязательное посредничество спровоцированного сна; тогда и слово «гипнотизм» не появилось бы, а идея особого магнетического или гипнотического состояния, вызванного специальными действиями, не была бы связана с этими феноменами. Внушение родилось из древнего гипнотизма, как химия родилась из алхимии».

Эти рассуждения Бернгейма, высказанные столь категорично, не представляются нам бесспорными. В самом деле, ведь существует состояние, определяемое Бернгеймом (и другими) как «неполный сон», «спровоцированный сон», которое является всё же чем-то иным, отличным от чистой внушаемости. Именно это «нечто иное», этот неполный сон остается неуловимым, непостижимым, хотя существование его засвидетельствовано веками, а его изучение с конца XVIII в. вызвало столько страстей.

Определенная «слабинка» в теории Бернгейма, о которой мы только что говорили, позволяет выдвинуть предположение о том, что им бессознательно не была полностью принята абсолютная тождественность гипноза и внушаемости и что его позиции, всё более и более категоричные по отношению к гипнозу, не всегда соответствовали глубокому убеждению. Нам кажется, что частично они обусловлены той борьбой, которую Бернгейму приходилось вести на двух фронтах: с одной стороны, атаки школы Сальпетриера, которая после смерти Шарко и краха соматической теории гипноза стала отрицать само существование гипноза, с другой – возражения морального порядка, выдвинутые против гипноза швейцарской школой (Дюбуа из Берна).

Борьба велась крайне жестко (что, впрочем, часто бывает в дискуссиях, касающихся психологических проблем), причем аргументы в спорах нередко носили далеко не научный

характер. Всё это послужило причиной колебаний Бернгейма и заставило его настаивать на том, что гипноза не существует.

Отрекаясь от гипноза, он отстаивал внушение, что вызывало враждебность его прежних сторонников (сформировавших в некотором роде третий фронт), которые протестовали против безусловного и простого отождествления гипноза и внушения. Бернгейм (1917) полагал, что «это значит отнять у гипнотизеров весь их престиж»; «они отвергнут меня и исключат из своей среды», – добавлял он с горечью.

Помимо влияния Бернгейма, некоторые исследователи, работавшие над теорией гипноза, испытывали также влияние Жане. Они исходили из понятия «диссоциации сознания», суть которой, напомним вкратце, заключается в том, что какие-то течения сознания могут «отделяться» и брать на себя «автоматическую» активность. Крайняя степень диссоциации сознания выражается раздвоением личности или появлением так называемых множественных личностей. Подобная диссоциация возникает в состоянии спонтанного сомнамбулизма или вне его. В литературе описано много примеров такой диссоциации, из которых наиболее известны сообщения о Мари Рейнольде (1811), о Фелиде (сообщение доктора Azam из Бордо в конце XIX в.), а также Элен Смит, описанной в книге Theodore Flournoy в начале XX в. Этот механизм объясняет спровоцированный сомнамбулизм; прочие гипнотические феномены можно рассматривать как проявления неполной диссоциации.

Работы Жане оказали влияние на многих американских авторов, среди которых отметим McDougall (1926), Morton Prince (1925–1926), Sidis.

В механизме диссоциации психики важную роль играет бессознательное. Но, показав всю важность бессознательного, Жане не интерпретировал его динамически, не подчеркнул его императивность. Этот шаг был сделан Фрейдом, и мы увидим в следующей главе влияние его идей на развитие теории гипноза.

5. Психоаналитические теории

Психоаналитические теории гипноза вначале были сконцентрированы на проблеме удовлетворения инстинктивных желаний индивидуума. С этой точки зрения гипнотическая ситуация создается с помощью особого рода перенесения.

Термин «перенесение», хотя он является одним из наиболее часто употребляемых в психоаналитическом словаре, обозначает понятие, определить которое не так легко. Между существующими определениями имеется значительное расхождение. Тем не менее, придерживаясь общего в этих определениях, можно сказать, что под этим термином подразумевается перенесение на личность терапевта чувств, испытанных пациентом в прошлом по отношению к лицам, имевшим для него важное значение, – родителям, лицам, их заменяющим (кормильцам, воспитателям и др.). Термином «контрперенесение» обозначается феномен той же природы, но относящийся соответственно к чувствам терапевта, перенесенным на личность пациента.

Согласно Ferenczi (1852–1909), последователю Фрейда, в гипнозе возможна реактивация эдипова комплекса с его любовью и страхом; отсюда два типа гипноза: «материнский», основанный на любви, и «отцовский», базирующийся на страхе.

Фрейд изложил свои взгляды на гипноз в 1921 г. в своей работе «Psychologie collective et analyse du Moi». По его утверждению, гипнотические взаимоотношения имеют эротическую основу: «Гипнотические отношения заключаются в неограниченном любовном самоотречении, за исключением полового удовлетворения» [Freud, 1921, p. 128]. Но состояние влюбленности, лишённое прямой сексуальной направленности, пока не поддается какому-либо разумному объяснению, и во многих отношениях гипноз еще трудно понять, он продолжает сохранять свой мистический характер (см. там же, с. 129). Автор настаивает и на значении подчинения в гипнотических отношениях. Гипнотизер замещает идеал «я» (сверх «я») субъекта, он играет роль всемогущего отца первобытной орды.

Schilder (1922, 1926) также подчеркивает сексуальный характер отношений между гипнотизером и гипнотизируемым и настаивает на отождествлении пациента и врача.²¹ Приписывая врачу магическое всемогущество, больной реализует свои собственные инфантильные фантазмы.

Вместе с тем Schilder был первым психоаналитиком, привлёкшим внимание к физиологическим, телесным факторам и показавшим значение их связи с факторами психологическими.

²¹ На основании своих экспериментов Gill и Brenman считают, что эротические фантазмы возникают во время гипнотической индукции не чаще, чем при других психотерапевтических процедурах.

Таким образом, он открыл плодотворный путь, который должен был привести к обновлению теории гипноза.

Jones (1923) рассматривает проблему в аспекте нарциссизма и структуры «идеала я». Нарциссизм – существенный компонент ауто- и гетероидентификации; в гипнозе, по данным автора, происходит регрессия к аутоэротической стадии развития либидо.

Fenichel (1953) более подробно анализирует сексуальные позиции пациента и утверждает, что они направлены на удовлетворение инфантильных прегенитальных влечений пассивно-регрессивного типа.

В последние годы гипноз анализируется психоаналитиками преимущественно в плане психологии «я». Brenman (1952), а также G. и Knight подчеркивают значение изучения психологии «я» для понимания сущности гипноза. Они экспериментально изучали «колебания глубины гипноза» и их отношение к состоянию «я». Работы этих авторов вскрыли сложность феномена транса, феномена, который не может оцениваться только в плане большей или меньшей глубины.

Мы не располагаем никаким способом измерения глубины транса. Наиболее точный критерий – это высказывания пациента о своих переживаниях в гипнотическом состоянии, конечно при условии, что он достаточно умен и способен к самоанализу.

Исследование Brenman, Gill и Knight основано на анализе высказываний пациентов. Суммировав ряд наблюдений во время сеансов, на которых отмечались колебания глубины транса, авторы представили их с целью проверки людям, хорошо знавшим биографию больных. Учитывая контекст гипнотического сеанса, эти люди могли даже предугадать, наблюдались ли у данного пациента колебания глубины транса и в каком направлении они происходили. Авторы пришли к заключению, что углубление или ослабление транса может быть проявлением механизма защиты. Глубина транса меняется при нарушении равновесия импульс–защита. Так изменение глубины транса может следовать за появлением агрессивной эмоции по отношению к гипнотизеру. Пациент впадает в более глубокий транс не столько для получения инфантильного сексуального вознаграждения, сколько для того, чтобы скрыть свою агрессивность путем преувеличения своей покорности. Углубление или ослабление транса служит то сексуальному вознаграждению, то защите против агрессивных импульсов.

Нам пришлось наблюдать пожилого человека с нарушенным общим состоянием (азотемия, неизлечимая долголетняя бессонница). Большие дозы снотворного, вредно действующие на его здоровье, вызывали лишь кратковременный сон. Этот пациент – сильная личность типа «менеджера», несмотря на значительную азотемию, сохранял бодрость, энергию и представительность, что удивляло его врачей, к которым он относился с агрессивным скептицизмом. Внушение оказалось успешным, уже на первом сеансе этот человек, страдавший бессонницей и употреблявший огромные дозы снотворного, мгновенно заснул при простом сигнале; сон сопровождался храпом. Он спал всё время, пока мы находились рядом. Однако отсроченное суггестивное действие имело только кратковременный эффект.

Такое развитие событий может быть результатом инстинктивного вознаграждения, «позволяющего» спать при условии неотступного присутствия терапевта. Это может быть также формой защиты, которая имеет целью прервать некоторые формы общения с терапевтом.

В совместных с Muriel Cahen исследованиях, часто наблюдая пациентов, способных довольно точно описывать свои переживания в гипнозе, мы могли убедиться в том, что колебания глубины транса являются результатом развития взаимоотношений терапевта и пациента [Chertok, 1955].

Итак, психоаналитическая теория перенесения дала возможность полнее проанализировать отношения между гипнотизером и гипнотизируемым. Однако эта теория не дает исчерпывающего объяснения, поскольку перенесение имеет место при всех способах психотерапии и не является спецификой гипнотических отношений.

Ida Macalpine (1950) показала, что гипнотизация обуславливает мгновенное развитие трансферентных отношений, аналогичных тем, которые устанавливаются в процессе психоанализа, однако в последнем случае они развиваются постепенно. Механизм создания перенесения, по мнению автора, идентичен при обоих способах психотерапии: пациент оказывается в инфантильной ситуации, к которой он приспособляется посредством регрессии.

Добавим от себя, что в гипнотических отношениях перенесение обычно управляется вознаграждением: гипнотизер одаривает своими словами, внушение принимается как подкрепление, как хорошая пища.

Fisher (1953) пишет по этому поводу:

«Внушения принимаются или отвергаются в зависимости от степени тревоги или вознаграждения, обусловленных фантазмами поглощения или отвержения; иначе говоря, внушение принимается, если оно бессознательно ассимилируется с принятием хорошей пищи, хорошей субстанции, и отвергается, если оно приобретает значение «дурной» субстанции» [Fischer, 1953, p. 435].

С этой точки зрения про субъекта, загипнотизированного словесным внушением, можно сказать, что он как бы включил в свой организм «хорошую» субстанцию. Автор добавляет, что динамика влечений, подобная той, какая имеет место в процессе внушения, развертывается и в ходе психоанализа; она играет роль и в обычных человеческих взаимоотношениях.

В процессе проведения психоанализа терапевт вначале пассивен, он ничего не предпринимает, безмолвствует. Перенесение при этом развивается в атмосфере некоторого разочарования. Конечно, различие процедур не всегда так ясно выражено, и переживания пациента, подвергающегося гипнозу или проходящего курс психоанализа, могут быть сходными.

Вопрос о такого рода разочаровании в начале курса психоанализа был вновь поставлен Nacht (1962). Автор считает необходимым строгий нейтралитет врача. Перенесение в этих условиях возникает и развивается с трудом, однако глубоко бессознательное отношение психоаналитика, основанное на доброжелательности, «внимательной открытости», чуткости и уступчивости, способствует вовлечению больного в процесс лечения. Даже во время молчания психоаналитика пациент должен чувствовать его постоянное внимание, которое воспринимается как помощь. Nacht идет дальше, считая, что бессловесное общение является наиболее значимым и что «речь, во всяком случае в начале лечения, утверждает и усиливает отчуждение, отрыв пациента от врача, что... порождает страх». Австралийский автор Meares (1960) полагает, что в гипнозе словесное общение в какой-то мере тормозит пациента; он описывает технику бессловесного гипнотизирования, при которой эффект достигается благодаря особой атмосфере (см. с. 171).

Таким образом, роль речи или молчания в терапевтических отношениях по-разному оценивается различными авторами. Несомненно, что значение этих факторов различно в зависимости от стадии развития лечебного процесса.

Важным шагом на пути к пониманию роли перенесения в гипнотических отношениях стал выход в свет в *American Journal of Psychiatry* в 1944 г. статьи Kubi и Margolin «Процесс гипнотизма и природа гипнотического состояния». После плодотворных исследований Schilder эта статья явилась первой смелой попыткой сформулировать с психоаналитических позиций теорию гипноза с учетом как психологических, так и физиологических факторов.

Авторы много экспериментировали с гипнозом и пришли к следующему заключению.

«Наука постепенно пришла к признанию существования гипнотизма, но мы до сих пор еще не имеем удовлетворительного ему объяснения. Одной из причин этого является то, что мы до сих пор не осознали необходимости описывать и объяснять два совершенно различных аспекта феномена, а именно: гипнотическое внушение и гипнотическое состояние. Они различны как в психологическом, так и в физиологическом плане».

Это различие отчетливо выявляется в отношении перенесения. Kubi и Margolin установили, что перенесение не является обязательным условием для индукции гипноза, ее можно достичь посредством чисто физических манипуляций.²²

Кроме того, авторы отмечают, что перенесение, когда оно происходит в стадии индукции, не обязательно является причиной последующего гипнотического состояния.²³ В то же время

²² В сообщении, датированном 1942 г., авторы описывают физиологический метод индукции, в котором в качестве гипногенного стимула используется фиксация внимания на собственном дыхании.

²³ Вопрос о том, может ли одно перенесение играть роль индуктивного агента, еще не выяснен. Неясно также, действует ли перенесение при каких-либо условиях изолированно. Например, являются ли гипноидные состояния, возникающие спонтанно в ходе психоанализа, результатом исключительно переживаемых субъектом межличностных отношений или в их возникновении играют роль и физические факторы (тишина, положение лежа, неподвижность и др.), эквивалентные сенсомоторным манипуляциям и создающие афферентную изоляцию. Правда, иногда встречаются субъекты, впадающие в гипнотическое

очевидно, что гипнотическое состояние со всеми присущими данному субъекту психологическими особенностями может быть вызвано сенсомоторными манипуляциями.

Kubie и Margolin, опираясь на эти данные,²⁴ попытались достичь синтеза психоаналитической и павловской теории гипноза. Они полагают, что в процессе индукции происходит постепенное вытеснение всех стимулов, не исходящих от гипнотизера. Это понимается как возникновение очага концентрированного кортикального возбуждения, окруженного зоной торможения. В психологическом плане авторы понимают этот процесс как отождествление «я» и внешнего мира, представляемого гипнотизером, с которым субъект в конце концов совмещается. Последний регрессирует в состояние, напоминающее состояние грудного ребенка, гипнотизер же играет роль родителей.

Работа психоаналитиков Gill и Brenman,²⁵ опубликованная в 1959 г., является вкладом первостепенной важности в область гипнологии. В используемые авторами новые психоаналитические понятия (психология «я») они попытались включить некоторые данные экспериментальной психологии и даже физиологии.

Авторы отмечают, что до сих пор психоаналитические объяснения гипноза вращались вокруг мазохизма (отношения гипнотизируемого и гипнотизера рассматривались как отношения мазохистского типа) и перенесения (активация эдипова комплекса). Таким образом, речь шла только об инстинктивных силах.

«Сенсомоторная», телесная сторона гипноза не принималась во внимание психоаналитиками, за исключением Schilder и Kauders (1926), Kubie и Margolin (1944); она оставалась областью психологов-экспериментаторов.

Похоже, что пропасть, разделявшая психологов-экспериментаторов и психоаналитиков, стала уменьшаться: психологи начинают учитывать бессознательные мотивации, а психоаналитики – склоняться к признанию роли сенсомоторных феноменов. Gill и Brenman исходят из работ Kubie и Margolin, в которых они видят неуклонную попытку соединить психологические и физиологические феномены. Вдохновляясь идеями Hartmann о функциональных системах «я» («ego apparatuses») и их первичной автономии, они изучали сенсомоторную проблему в гипнозе. Наконец, работы Kris о регрессе для удовлетворения «я» позволили рассматривать гипноз как регрессию такого же типа.

Вместе с тем на Gill и Brenman оказали большое влияние работы школы Hebb (1954) в Монреале о сенсорной депривации. То же понятие получило название «сенсорная изоляция» или «афферентная изоляция» (Kubie). Во всех случаях речь идет о психических изменениях, возникающих вследствие лишения индивидуума сенсорной информации путем заключения его в кубическую клетку [Vexton, 1954] или в ванну с водой в респираторной маске [Lilly, 1956]. В этих условиях через некоторое время проявляются регрессивные феномены, иногда сопровождаемые серьезными психическими расстройствами (галлюцинации, депрессивные состояния, бред и др.)²⁶.

состояние при первом контакте с врачом, т.е. еще до того момента, когда действие указанных факторов может проявиться. В этих случаях можно было бы усмотреть действие только самого перенесения.

²⁴ Идея о возможности вызвать феномены психологического регресса посредством сенсомоторных манипуляций (идея «сенсорного ограничения» в еще не оформленном виде) уже содержалась в работах Kubie и Margolin (1944). Работы представителей школы Hebb (начиная с 1954г.) дали экспериментальные подтверждения этой идеи, но отправной точкой для таких исследований (в Монреале) послужила не гипотеза Kubie и Margolin, а стремление найти механизм «lavage de cerveau», что и позволило в дальнейшем определить значение «сенсорного ограничения».

²⁵ Gill и Brenman в настоящее время являются преподавателями психоанализа (trailing analysts): первый – в Психоаналитическом институте Сан-Франциско, второй – в Austen-Riggs Center в Стокбридже. Их работа – это плод 20-летнего исследования, проводившегося с привлечением огромного количества средств (помощь ряда научных фондов, а также использование в экспериментах нескольких тысяч студентов психологических факультетов, более ста врачей-психиатров и множества больных).

²⁶ В сообщении, сделанном в 1960 г., Kubie предсказывал, что человек в космическом пространстве будет подвержен такому сенсорному ограничению (невесомость, неподвижность, полное безмолвие, отсутствие всякого общения), что впадет в гипноидное состояние мечтательности (waking dream). Оказалось, что космонавты, находившиеся несколько дней в космическом полете, вели себя иначе. Их изоляция не была такой полной, как себе представлял Kubie, поскольку они поддерживали связь с Землей и между собой. Несомненно, что в их поведении большую роль сыграли тренировки и мотивировка. Отметим, кстати, что эти факторы не помешали Валентине Терешковой непредусмотренно вздремнуть во время своего полета.

За последние годы количество работ, посвященных изучению сенсорной депривации, значительно увеличилось.

Gill и Brenman считают, что в гипнозе заключены два фактора регрессии: отношение и мотивировка (перенесение); физический (сенсорная депривация). Этот последний состоит, как ранее отмечали Kubie и Margolin, в ограничении контакта субъекта с внешним миром стимулами, исходящими от гипнотизера. Таким образом, в гипнозе сосуществуют два процесса, т.е. гипнотизер провоцирует регрессию двумя механизмами – действием на инфантильные импульсы и уменьшением сенсорного поля и поля генерации идей. Следовательно, гипноз для этих авторов является «неким регрессивным процессом, который может быть включен посредством снижения активности генерации идей и сенсомоторной активности или посредством установления архаических отношений с гипнотизером». Авторы добавляют далее: «Если регрессивный процесс пущен в ход одним из этих двух факторов, то появляются характерные феномены другого фактора». На практике гипнотизер использует одновременно (подчеркнуто нами. – Л.Ш.) оба фактора. Что касается собственно гипнотического состояния, авторы определяют его как индуцированную психологическую регрессию, которая на основе межличностных отношений регрессивного типа приводит к относительно стабильному состоянию, включающему подсистему «я» с различной степенью изменения контроля функции «я».

Таким образом, у гипнотизируемого субъекта «я» не устранено, как предполагали раньше; речь идет об изменении «я» посредством особого рефессивного процесса. Gill и Brenman выдвигают гипотезу:

«Любая психотерапевтическая ситуация в некоторой степени побуждает больного к рефессии; подобный регрессивный процесс в той или иной мере имеет место во всякой психотерапии, где есть контакт с больным; в гипнозе этот феномен проявляется отчетливее, поскольку он принимает любую форму». По мнению автора, «именно в этой рефессии и в том, как терапевты с ней обращаются – с помощью гипноза или без него, и заключается секрет поддержания оптимального эмоционального включения пациента в терапевтический процесс».

Что же касается личного клинического опыта авторов, то, по их мнению, обозначенные ими «рефессивные тенденции», присущие гипнозу, в одних случаях могут быть полезными в психотерапии, в других – бесполезными, если не пагубными.

Надо отметить, что, если Gill и Brenman, как мы видели, исходили из работ Kubie и Margolin, их заключения в некоторых пунктах оспаривались Kubie. Прежде всего напомним, что Kubie и Margolin настаивали на возможности осуществления гипноза без гипнотизера. Таким образом, они поднимали вопрос о том, содержатся ли межличностные отношения в самой природе гипнотического состояния независимо от условий его возникновения.

На этот спорный вопрос Kubie дает тонкий и блестящий ответ, представляющий собой, однако, лишь рабочую гипотезу. Парадоксально, он считает, что в гипнозе без гипнотизера функция отношения играет даже большую роль, чем в гипнозе с гипнотизером. По поводу первого он пишет:

«Здесь присутствует нечто... нечто витающее, невидимое и неизвестное, воспринимаемое сознательно, но чаще подсознательно, или бессознательно. Это могут быть образы-покровители раннего детства или образы гораздо более позднего периода, наделенные авторитетом и покровительством... По существу речь идет о перенесении в чистом виде,²⁷ даже если отсутствует объект, реальный или воображаемый, осознанный или неосознанный, которому можно было бы придать функции покровительства, к чему мы в целях самозащиты мало-помалу приучаемся с детства. Таковы, вероятно, происхождение и сущность древнего фантазма ангела-хранителя, создания, которое должно заботиться обо мне, когда я сплю, беззащитный» [Kubie, 1961, p. 43].

Автор добавляет, что неспособность управлять защитными функциями лежит в основе человеческой психопатологии. Так что «изучение феноменологии гипнотизма дает возможность полнее понять человеческую природу в здоровом и больном состоянии»²⁸.

²⁷ Можно сказать также аутогенное, эндогенное, анонимное перенесение в противоположность перенесению гетерогенному, экзогенному или персонализированному.

²⁸ Это утверждение перекликается с идеей И.П. Павлова, видевшего в гипнозе путь к пониманию шизофрении. Американский автор King (1957) высказал мнение, что шизофрения является суггестивным

В противоположность тому, что думают Kubie и Margolin, Gill и Brenman считают, что подлинного гипноза можно добиться только при установлении контакта между субъектом и гипнотизером. Они настаивают (подчеркивая это как одно из главных положений своего труда) на том, что при гипнозе необходимы отношения с гипнотизером, и если для вызова гипнотического состояния используются сходные по своему характеру приемы, но без контакта с гипнотизером (например, в опытах Vexton и др.), то возникающие феномены представляют собой нечто сходное с гипнозом, но всё же отличаются от него. Перенесение в чистом виде (аутогенное перенесение), которое, согласно Kubie, возникает при отсутствии гипнотизера, не имеет места при настоящем гипнотическом состоянии. Таким образом, по мнению Gill и Brenman, непременным условием подлинного гипнотического состояния является гетерогенное перенесение.

Разногласия между теориями гипноза Gill и Brenman и Kubie в конце концов сводятся к вопросу терминологии. Можно сформулировать это следующим образом: все три автора допускают возможность вызова гипнотического состояния посредством сенсомоторных манипуляций. Но, по Gill и Brenman, это состояние может быть названо гипнозом только в том случае, если в его возникновении играло роль перенесение. Kubie обозначает этим термином и состояния, в которых перенесение отсутствует (вводя тем не менее понятие перенесения «в чистом виде» – аутоперенесение). Он утверждает, что индукции можно достигнуть без живого участия другого человеческого существа. Gill и Brenman в таких случаях не считают возможным использовать термин «гипноз» (они говорят о пограничных состояниях), который, по их мнению, обязательно включает в себя межличностные отношения. Kubie же полагает, что межличностные отношения в гипнозе необязательны. По его мнению, существенным является то, что в гипнозе субъект «отказывается от использования врожденных механизмов, которые служат для самозащиты, чтобы отдать свою особу и свое чувство безопасности в руки другого» (будь то существо реальное или воображаемое).

Как считают Gill и Brenman, в присутствии гипнотизера перенесение включается автоматически. По мнению Kubie, это необязательно. Гипнотизер может представлять собой лишь сенсомоторное физическое поле без того, чтобы его присутствие непременно рождало гетеротрансферентные отношения.

Согласно Kubie, совершенно не установлено, что архаические отношения неизменно сопровождаются процессом регрессии независимо от того, возникают они в стадии индукции или в самом гипнотическом состоянии, а также вне зависимости от форм гипноза и присутствия или отсутствия гипнотизера.²⁹ Что касается самой регрессии, Kubie видит в ней сопровождение гипноза, но сомневается в ее познавательной ценности; это «метафора для описания результатов многих процессов». Kubie неоднократно подчеркивает опасность объяснения феномена его следствием. Для него перенесение, контрперенесение и различные регрессивные и прогрессивные явления – эпифеномены.

Но прежде всего важно понять, посредством какого самозапускающего механизма³⁰ (trigger-mechanism) происходит переход к гипнотическому состоянию или выход из него. Kubie придает очень большое значение этим переходным³¹ процессам (transitional processes), так как наше понимание психики, нормальной и патологической, по его мнению, во многом зависит от знания процессов, посредством которых человек переходит из одного психического состояния в другое. В данном отношении гипноз представляется ему одной из наиболее благоприятных областей для исследований, поскольку процессы, о которых идет речь, в гипнозе можно контролировать. Следовательно, необходимо определить, как осуществляются эти переходы; их разносторонняя физиологическая и психологическая обусловленность должна быть изучена

феноменом, аналогичным гипнозу. Bowers (1961) также считает, что шизофрения – это особый род злокачественного и перманентного самогипноза.

²⁹ Здесь, вероятно, можно отметить противоречие тому, что автор говорил об аутогенном перенесении, в котором присутствуют воображаемые образы раннего детства. Но не исключено, что автор оперирует различием между аутогенным и гетерогенным перенесением и что эта дискуссия с Gill и Brenman относится к гетерогенному перенесению.

³⁰ **МОИ:** переключающего механизма.

³¹ Советский автор А.П. Слободяник (1962), используя работы И.Е. Введенского о парабиозе, подчеркнул значение понятия лабильности физиологических процессов для понимания гипноза (он даже пытался количественно определить эту лабильность, ставя ее в соотношение с хронаксией, измеряемой при помощи аппарата Бургиньона).

совместно психологами, психоаналитиками, нейрофизиологами, нейробиохимиками, фармакологами и другими специалистами.

Если взаимоотношения между гипнозом и перенесением сложны, то не менее трудны для анализа и взаимоотношения между перенесением и внушением.

Концепция внушения никогда не была точно определена. Что же касается перенесения, то Ida Macalpine считает, что его механизм и процесс возникновения кажутся особенно малопонятными. Она констатирует, что психоаналитическая литература, затрагивающая эту проблему, весьма малочисленна; в труде Fenichel «Психоаналитическая теория неврозов», где представлен библиографический список из 1640 названий, она обнаружила только одну работу по данному вопросу.

Ida Macalpine (1950) подчеркивает, что новая техника психоанализа стремилась отвергнуть понятие внушения, но несколько позже Фрейд снова ввел его, заявив во «Введении в психоанализ»: «Мы должны отдать себе отчет, что если мы в своем методе отказались от гипноза, то это лишь затем, чтобы вновь открыть внушение в форме перенесения» (см. с. 505). Он пишет также в книге «Моя жизнь и психоанализ»: «Нетрудно увидеть в нем (перенесении) тот же динамический фактор, называемый гипнотизерами внушаемостью, который является движущей силой гипнотического раппорта...» И дальше: «Совершенно верно, что в психоанализе также применяется внушение, как и другие методы психотерапии. Но разница в том, что терапевтический успех психоанализа не определяется внушением или перенесением». Во «Введении в психоанализ» Фрейд употребляет термины «перенесение» и «внушение» как взаимозаменяемые, но подчеркивает, что от прямого внушения психоанализ отказался.

Фрейд утверждает, что внушение (или перенесение) в психоанализе используется иначе, чем при других методах психотерапии. В психоанализе перенесение постоянно анализируется и отвергается. Исключение внушения происходит, таким образом, путем отрицания перенесения. Ida Macalpine считает, что всё это верно, но не объясняет ни перенесения, ни внушения. Она пишет:

«Странно с научной точки зрения включать в понятие внушения последующие отношения между терапевтом и больным; так же ненаучно определять «внушение» посредством его функции: в зависимости от того, какова цель внушения – угадать или обнаружить, внушение существует или отсутствует. Мы мало выиграем в методологическом плане, если будем употреблять термин «внушение», учитывая эти соображения, и трактовать термины «внушение», «внушаемость», «перенесение» как синонимы. Отсюда неудивительно, что понимание аналитического перенесения постоянно страдает от неточной и ненаучной формулировки».

Затем автор дает свое определение:

«Если человек, от природы обладающий некоторой внушаемостью, подвергается воздействию стимула внушения и на него реагирует, можно сказать, что он находится под влиянием внушения. Чтобы дать определение аналитическому перенесению, необходимо прежде ввести термин, аналогичный обозначению внушаемости в гипнозе, и говорить о способности или склонности человека к перенесению. Эта склонность является точно таким же фактором, как внушаемость, и может так же определяться, а именно – как способность приспособляться путем регрессии. Тогда как в гипнозе суггестивным стимулом является фактор внезапности, за которым следует внушение, в психоанализе адаптация индивидуума посредством регрессии включается внешним стимулом (или фактором внезапности), создающим инфантильную ситуацию. В психоанализе регрессия – не следствие внушения психоаналитика, но результат длительного воздействия инфантильной ситуации анализа. Если субъект реагирует, он создает трансферентные отношения, т.е. он регрессирует и формирует отношения (связи) с образами раннего детства. Таким образом, перенесение, происходящее в процессе психоанализа, может быть определено как постепенная адаптация субъекта к инфантильной ситуации анализа, осуществляющаяся путем регрессии.

Проблема взаимоотношений внушения, перенесения и гипноза еще более усложняется, когда к этим понятиям, рассматривавшимся до сих пор в чисто психологическом, инстинктивном и мотивационном плане, добавляют психофизиологические концепции. Попытка подобного синтеза была предпринята, как мы видели, Kubie и Margolin, Gill и Brenman. Были введены новые параметры. Было установлено, что физические факторы типа сенсорного ограничения и сами по себе, без участия перенесения, способны вызвать регрессию – телесную и психическую.

Важный вклад в психоаналитическую теорию гипноза внес Harold Stewart (1963). Он видоизменил взгляды Фрейда и Ференци, считавших, что гипнотическое отношение – это прежде всего мазохистическое и сексуальное подчинение гипнотизируемого субъекта гипнотизеру. Stewart развивает идеи Gill и Brenman о том, что гипнотическое отношение содержит не только вознаграждение инстинктивных потребностей, но и сложное уравнивание влечений и защитных тенденций, в которых значительную роль играет враждебность. Иначе говоря, Stewart допускает, что гипнотизируемый находится в амбивалентном положении по отношению к гипнотизеру, которого он любит и ненавидит одновременно.

Последний аспект ситуации автор считает наиболее важным. По наблюдениям Stewart, при интерпретации сексуальных влечений глубина гипноза не изменялась, но если внимание субъекта привлекали к его враждебным чувствам, транс уменьшался или даже исчезал. Это означает, что если пациент загипнотизирован, его враждебные чувства в некотором роде интегрированы так, что он может их выдерживать. Автор спрашивает себя, как это происходит. Он предполагает, что когда гипнотизируемый чувствует и говорит, что он находится под контролем гипнотизера, то это только на уровне сознания. В бессознательном же происходит обратное: субъект сам контролирует ситуацию. Автор рассуждает следующим образом. Гипнотическое состояние базируется на фикции: гипнотизер, если он хочет добиться гипнотического транса, должен делать вид, что он всемогущ. Но «бессознательное» пациента «знает», что гипнотизер делает вид, и компенсирует ситуацию ощущением, что он сам «принуждает гипнотизера своей властью к этой фикции и сам контролирует гипнотическую ситуацию». Таким образом, отношения в трансе – это не только пассивная мазохистическая идентификация и подчинение гипнотизируемого:

«содержанием динамического бессознательного одновременно является агрессивная атака на гипнотизера... Гипнотический транс может быть понят как соучастие гипнотизера и пациента, направленное на подавление агрессивной атаки последнего на гипнотизера, но одновременно это и проявление атаки» [Stewart, 1963, p. 373].

Исходя из данных теоретических рассуждений, Stewart выдвигает новые гипотезы для объяснения гипнотических феноменов. Он считает, что могут сложиться две ситуации:

«В первой – способность субъекта оценивать реальность (reality testing) достигает высокого уровня, поскольку тревога по отношению к гипнотизеру, рассматриваемому в качестве соперника в данной области, может быть подавлена. Вторая ситуация противоположна первой, так как она характеризуется отказом от реальности, проявляющимся в таких, например, феноменах, как позитивные и негативные галлюцинации, анальгезии, афонии и др. Подобная ситуация может рассматриваться как внутреннее нападение на самого себя (self), происходящее под давлением «принципа реальности» и обусловленное боязнью репрессий со стороны атакованного гипнотизера или связанным с этим бессознательным чувством вины».

Stewart объясняет также возможность вызвать и оживить вытесненные воспоминания. Он пишет:

«Фрейд (1921) внушил, что гипнотизер поставлен на место «идеала я» («сверх я») субъекта, но, по моему утверждению, «идеал я» поставлен на место гипнотизера и это «сверх я»³² спроектировано и проконтролировано субъектом в соучастии с гипнотизером. Таким образом, субъект чувствует себя в значительной мере освобожденным от власти собственного «сверх я» и может дать свободный выход воспоминаниям, до тех пор подавляемым».

6. Взаимоотношения гипноза и сна

Аббат Фариа (1819) первым употребил выражение «светлый сон» для обозначения гипнотического состояния. Позднее начали использоваться термины «гипнотический сон», «провоцированный сон», «искусственный сон» и др. Schilder и Kauders, Kretschmer, Stokvis и др. поддержали идею о родственности гипноза и сна с физиологической точки зрения, считая, что за

³² Это утверждение, естественно, может быть использовано при обсуждении очень спорного вопроса – об антисоциальном поведении загипнотизированного.

возникновение гипноза ответственны подкорковые центры, регуляторы сна. Для павловской школы речь здесь идет о частичном торможении коры головного мозга. С открытием основной роли ретикулярной формации ствола головного мозга в поддержании бодрствования появилась теория, приписывающая особое значение этой формации в механизме гипноза. Американские авторы выступают против теории сна. Они отмечают, что дыхание, пульс и другие физиологические параметры в гипнозе и в состоянии бодрствования идентичны. В частности, коленный рефлекс никогда не исчезает.

С появлением электроэнцефалографии борьба мнений вновь обострилась. Русские исследователи пробуют доказать однородность гипноза и сна с точки зрения электроэнцефалографии. Однако их заключения не представляются нам достаточно обоснованными. В самом деле, они описывают особенности биоэлектрической активности мозга в трех стадиях гипноза, тогда как клиническое существование этих стадий не базируется на объективных критериях. Американские авторы, наоборот, никаких электроэнцефалографических признаков однородности сна и гипноза не выявили. Некоторые исследователи (например, Israel и Rohmer) говорят о «предсонном» состоянии. Мы с Kramarz записывали электроэнцефалограмму пациентов во время гипноза [Chertok, 1959]. У большинства из них во время гипноза электроэнцефалограмма не менялась, но у некоторых пациентов были отмечены изменения, которые нельзя объяснить однозначно.

Нами наблюдались электроэнцефалографические картины, вызванные изменением состояния сознания в сторону *huro* или *hureg* (замедление ритмов, обусловленное предсонным состоянием; десинхронизация альфа-ритма, усиление артефактов, связанных с движением глазных яблок, характерны для сверхбодрого состояния).

Существует также тенденция обнаруживать сходство между гипнозом и сном не только в физиологическом, но и в психологическом плане, в частности у психоаналитиков. Бренман (1951) вслед за Фрейдом считает, что с психологической точки зрения гипноз может быть в какой-то мере уподоблен сну. Bellak (1955) рассматривает гипноз как частный случай самоисключения функции «я», что имеет место и во сне. В гипнозе происходит то, что возникает при автоматическом задании, т.е. топологическая регрессия в подсознательное. При автоматическом задании функция познания отчасти сохраняется; в гипнозе она направлена на гипнотизера.

С психодинамической точки зрения Bellak не видит фундаментального различия между гипнозом и сном, кроме чисто количественного, касающегося степени устранения «я». Kubie с присущей ему осмотрительностью предостерегает от попыток объяснить гипноз посредством сна.

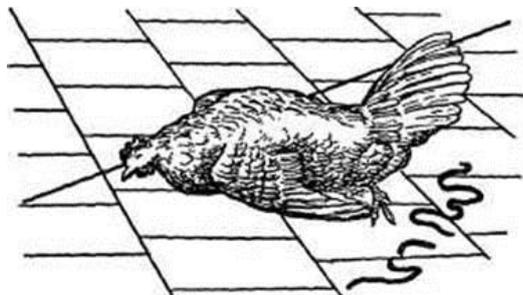
«В этом случае, – говорит он, – мы поступаем так, как если бы мы понимали механизм сна и как если бы связи между гипнотическим состоянием, сном и сновидениями были бы четко определены; между тем в действительности не достигнуто ни то, ни другое» [Kubie, 1961, p. 41].

Kubie считает, что, только поняв природу гипноза, можно осветить механизм сна.

7. Гипноз животных

Экспериментирование с целью вызвать гипнотическое состояние у животных предшествовало проведению подобных опытов у человека. Еще в 1646 г. в Риме имел место «Experimentum mirabile de imaginatione gallinae», представленный отцом-иезуитом Антанасиусом Кирхером. Этот знаменитый эксперимент стал основой многих приемов, применявшихся впоследствии, а его интерпретация выдвинула важные теоретические вопросы, которые обсуждаются и сегодня. Поэтому стоит описать его в общих чертах.

Курицу со связанными лапками кладут на доску на живот или на бок. Когда она после периода возбуждения успокаивается, на доске проводят черту мелом, идущую от ее клюва. Если ей затем развязать лапки, она останется неподвижной (см. рисунок). Чтобы «разбудить» курицу, ее надо слегка ударить или зашуметь. По мнению Кирхера, курица успокаивается с того момента, когда, видя бесполезность своих усилий освободиться, «покоряется своему победителю». Когда



Опыт с курицей (по Кирхеру).

последний освобождает ее, она продолжает оставаться на месте, так как ее *vehemens animals imaginatio* воспринимает черту как узы, сбивая ее с толку. Таким образом, Кирхер, ссылаясь на страх, покорность и воображение курицы, дает своему объяснению в некотором роде психологическую направленность, которая была подхвачена многочисленными исследователями и оказалась плодотворной и в интерпретации гипноза у человека.

Среди многочисленных экспериментаторов, интересовавшихся вопросами гипноза животных, особенно с конца XIX в., необходимо упомянуть Czermak, Preyer, А.Я. Данилевского, Mangold, Volgyesi, Sworad. Они, как и другие авторы, проводили опыты на самых различных животных – млекопитающих, птицах, пресмыкающихся, насекомых, пауках, ракообразных, рыбах и т.д. Наблюдавшиеся ими феномены носят различные наименования, соответствующие, возможно, различным фактам, но вместе с тем часто отражающие теоретическую, физиологическую или психологическую ориентацию авторов. Что касается техники, то эксперимент Кирхера воспроизводился часто и притом весьма упрощенно. В сущности он заключался в том, что курицу приводили в неподвижное состояние в необычном положении. Но применялись и многие другие способы, которые сводятся к тому, что животное помещают в необычное положение или ситуацию: резкий поворот на спину (классический прием), фиксация взглядом, повторяющееся надевание капюшона или раскачивание сверху вниз (для птиц) и т.д.

Восприимчивость к гипнозу у животных различна: если курица исключительно покорна, то собака и кошка слывут весьма строптивыми пациентами.

В мире животных случаи гипноза наблюдаются и вне всякого эксперимента. Некоторые беспозвоночные в определенных условиях впадают в состояние, напоминающее каталепсию, например пауки при фиксации сильного света на его паутине. Вместе с тем одни животные могут гипнотически воздействовать на других. У некоторых видов крупных пауков (фаланга Каспия и Туркестана – *Galeodes caspicus turkestanus*), описанных Neumons, самка пытается сожрать самца в то время, как он за ней ухаживает. Чтобы совершить совокупление, самец гипнотизирует самку, втыкая свои крючки ей в брюшко.³³ После выполненного акта самка нападает на своего партнера, менее сильного, чем она, но более проворного. Именно благодаря своей проворности самцу часто удается сохранить себе жизнь. Наконец, хорошо известно гипнотизирование (порой взаимное) змеями крыс и птиц.

С теоретической точки зрения гипноз животных поднимает прежде всего проблему биологического значения. Мнения на этот счет четко разделились. Для И.П. Павлова (1951) гипноз животных – это рефлекс самосохранения: если животное не находит спасения в борьбе или бегстве, оно становится неподвижным, чтобы не вызвать своими движениями агрессии нападающей силы. Фрейд (1951) высказывается аналогично:

«Особенность гипнотического состояния заключается в чем-то вроде паралича воли и движений, являющегося результатом влияния всемогущего лица не беспомощного, беззащитного субъекта; эта особенность приближает нас к гипнозу, который вызывается у животных посредством страха».

Но некоторые авторы (Mangold, Rabaud, Sworad) отмечают, что рефлекс неподвижности для одних животных совершенно бесполезен, тогда как другие, которые, казалось бы, нуждаются в нем, им не обладают (например, *Scarite lisse* или *Scarites lavigatus*). Этот рефлекс даже вреден для некоторых членистоногих (*Nehria psamodes*, *Brachynus crepitans*).

Изучение природы гипноза подняло другую проблему. В своих объяснениях авторы отдавали предпочтение тому или другому аспекту феноменов. Одни рассматривали гипнотическое состояние в плане эмоциональных сдвигов (страх, подчинение и др.), другие – в нейрофизиологическом аспекте (тонический рефлекс, корковое торможение и др.). Но ни одно из этих объяснений не представляется удовлетворительным: они односторонни и проводят жесткую грань между психическими и физическими факторами. Более синтетический подход к проблеме предложен Schilder и Kauders (1926). Придавая большое значение физиологическим факторам, авторы подчеркивают, что не только они должны приниматься во внимание, ибо нельзя еще сказать с полной уверенностью, что двигательная заторможенность у животных является результатом лишь изменения состояния моторики и не связана с психическими сдвигами. Этот двойной аспект можно обнаружить и в гипнозе человека. Впрочем, в более общем плане Schilder

³³ Schilder (1922) опирается на этот пример, чтобы подкрепить гипотезу сексуального компонента в гипнозе человека.

и Kauders считают, что, несмотря на вариации, обусловленные различием строения мозга, гипноз животных и гипноз человека идентичны. Schilder открыл в объяснении гипноза человека новую перспективу, связывая мотивационный и соматический факторы. Один из его сотрудников, Hartman (1939), произвел в психоанализе изменение ориентации, переоценив значение «я», а следовательно и тела, по отношению к инстинктивному. Данное изменение отразилось на теории гипноза, как это вытекает, в частности, из работ Gill и Brenman. Как уже отмечалось, они использовали синтез (см. выше) психоаналитических идей о психологии «я» с некоторыми новыми теориями экспериментальной психологии. Авторы считают, что гипноз – это регрессивный процесс, который можно вызвать с помощью физических (сенсомоторные ограничения) или психических средств. В своей работе «Гипноз и смежные состояния» Gill и Brenman лишь однажды ссылаются на гипноз животных, анализируя идеи Kubie и Margolin о значении расстройства двигательной активности для возникновения гипнотического состояния. Kubie и Margolin исходили из наблюдений И.П. Павлова, согласно которому нарушение моторной активности у животных является первым шагом к индукции гипнотической неподвижности.

По мнению Kubie и Margolin, ситуация человека, вынужденного длительно фиксировать взглядом одну точку, аналогична той, в которой находится животное с неподвижно фиксированной головой. Эта аргументация, как подчеркивают Gill и Brenman, впервые устанавливает связь между гипнозом животных и гипнотическим состоянием человека «через посредство аппарата организма, имеющего жизненно важное значение для поддержания контакта со стимулами внешнего мира» [Gill, Brenman, 1959, p. 128]. Тем не менее Gill и Brenman не использовали свою концепцию о природе гипноза человека для объяснения гипноза животных. Их концепция представляется нам интересной, и мы попытаемся, исходя из нее, наметить новую перспективу в определении гипноза животных. В гипнозе животных нам кажется существенным элемент ситуации, т.е. изменения, происходящие в физических и эмоциональных отношениях между животным и его окружением. В результате различных манипуляций животное подчиняется определенному «сенсорному ограничению», на которое оно реагирует, впадая в состояние оцепенения, неподвижности (такое состояние можно интерпретировать как регрессивное). Следует отметить, что для достижения гипнотической неподвижности не всегда бывает достаточно насильственной обездвиженности. Иногда для этого требуется еще поместить животное в неудобное положение, т.е. добавить к вынужденной неподвижности необычную для животного позу, что изменяет его «способ существования в мире» и обуславливает «психический стресс». В этом отношении поучительны проведенные во Франции эксперименты Vonfilis и Lambling (1962) на крысах.

У насильно обездвиженных крыс после нескольких часов безуспешного барахтания развивалась язва желудка. Морские свинки в аналогичном эксперименте реагировали так же и в итоге приобретали ту же болезнь (правда, в меньшем процентном отношении). В то же время, переворачивая морских свинок на спину, легко добиваются возникновения у них состояния гипнотической неподвижности. Насильно обездвиженная морская свинка или крыса сохраняет контакт с окружающей средой. Животное находится в продолжительном стрессе, в результате чего у него развивается язва. В случае, когда морская свинка перевернута на спину, контакт с внешним миром, очевидно, потерян, и животное реагирует на эту необычную ситуацию «бессознательностью», глобальной регрессией, что оказывается благоприятным для его организма.

Однако морская свинка находится в положении на спине лишь несколько секунд, и нельзя утверждать, что ее состояние окажется тем же, если она останется в таком положении длительное время. В этом отношении интересны работы Liberson (1961), которому удалось добиться продолжительного гипнотического состояния у морских свинок. Он многократно подвергал их иммобилизации, прерывая гипноз внезапными пробуждениями. Время иммобилизации увеличивалось по мере продолжения манипуляций. В определенный момент, который Liberson называл «переломным», у животных, казавшихся пригвожденными к доске, на которой они лежали, глаза вылезали из орбит, конечности чрезмерно напрягались и время от времени слегка вздрагивали. Животные ослабевали и погибали.

Можно ли такой исход отнести на счет гипнотической неподвижности? Прежде всего подчеркнем, что она не сопровождается напряжением до «переломного момента». Можно думать, что это напряжение является скорее следствием психологического «разочарования», результатом безуспешных попыток животного выпрямиться. Впрочем, недостоверно, что продолжительная неподвижность, достигнутая механизмом «разочарования», может уподоб-

ляться настоящей гипнотической неподвижности. Последняя характеризуется «отдыхом» и может быть истолкована как спонтанное положение животного, выбранное им как средство защиты. Имобилизация же с напряжением в экспериментах Liberson является, наоборот, результатом длинной серии принуждений. Само собой разумеется, что здесь мы находимся в области умозрительных построений из-за отсутствия экспериментальных работ.

Резюмируя, мы можем предложить следующее определение. Гипноз животных представляет собой поведение, характеризующееся неподвижностью и оцепенением регрессивного типа. Такого поведения можно добиться разными способами, помещая животное в непривычное для него положение или ситуацию, изменяющую нормальное осуществление сенсомоторных и эмоциональных контактов с окружающим миром. Чем выше стоит животное в филогенетическом ряду, тем большую роль в возникновении гипнотического состояния играют эмоциональные факторы (в элементарной форме они, безусловно, имеют место и у низших животных). Для человека сенсорное ограничение как таковое также имеет большое значение. Каждое живое существо нуждается в постоянном контакте с внешним миром, и если контакт прерывается или изменяется, у существа, о котором идет речь, может возникнуть реакция регрессивного типа. Это происходит как в гипнозе животных, так и в гипнозе человека, и на данной общности ситуаций покоится основное сходство двух форм гипноза.³⁴

Теперь понятно, почему мы так долго задержались на теоретических проблемах, связанных с гипнозом животных. Гипноз человека до сих пор не имеет удовлетворительного теоретического объяснения, ввиду чего исследование гипноза животных кажется полезным «возвращением к источникам». Изучение поведения животных ценно главным образом для понимания природы инстинктивных влечений человека.³⁵ Можно лишь сожалеть, что в последние годы работы по гипнозу животных стали редкими. Будучи более простым и доступным для эксперимента, гипноз животных может быть одним из путей к изучению проблем гипноза человека.

8. Восприимчивость

Восприимчивость к гипнозу – основополагающая проблема. Как врачей, так и не врачей непременно интересует вопрос: все ли поддаются гипнозу? И еще: все ли люди способны гипнотизировать? Начнем с первого вопроса. Прежде чем приступить к рассмотрению этой проблемы во всей ее сложности, необходимо сказать: с одной стороны, существуют субъекты, которые могут быть загипнотизированы всеми, это превосходные сомнамбулы (во времена Льебо существовали профессиональные сомнамбулы; мы их встречали еще перед второй мировой войной в психиатрической клинике Вены, куда их приглашали в качестве «пациентов» для обучения студентов, желающих овладеть гипнозом), и, с другой стороны, субъекты, никогда не поддающиеся гипнозу. Это абсолютно невосприимчивые субъекты. Между этими двумя категориями находятся индивидуумы, более или менее восприимчивые к гипнозу, поддающиеся лишь некоторым врачам.

Это общепринятое мнение, но Gill и Brenman считают, что восприимчивость к гипнозу – относительно устойчивое свойство субъекта. Осуществив серию экспериментов с целью повысить гипнотическую восприимчивость у маловосприимчивых субъектов, варьируя методы и меняя врачей, они не отметили сколько-нибудь существенной разницы в результатах, т.е. не добились повышения гипнабельности. Вместе с тем, если речь идет о восприимчивости к гипнозу, необходимо учитывать степень гипнотизации, т.е. так называемую глубину транса во всей сложности этого понятия.

Были предприняты попытки определить в процентах количество людей, поддающихся гипнозу. Результаты оказались различными. Изучение этого вопроса затруднено по той простой

³⁴ Мы видели, какое значение придает Kubie (1961) подавлению «механизмов самозащиты и т.д.» в гипнозе человека. Аналогичные выражения встречаются у него и при упоминании о гипнозе животных. Описывая психофизиологию гипноза, он пишет «Попросите человека фиксировать взгляд на медленно вращающейся спирали или, скажем, поддержите голову и шею курицы, когда она лежит на спине вдоль черты, проведенной мелом. Любые манипуляции, которые полностью сковывают механизм тревоги, могут породить подобные феномены (гипноидные состояния)».

³⁵ Именно эта перспектива руководила Henri Ey (1964) при подготовке коллективного труда «Психиатрия животных», к работе над которым он привлек зоологов, ветеринаров и психиатров. В эту книгу включена и наша глава о гипнозе животных, где более полно развиваются приведенные здесь соображения.

причине, что мы не имеем объективных критериев, позволяющих оценить, загипнотизирован ли субъект, и до какой степени.

Английский автор Bramwell (1903) считал, что все люди в какой-то степени восприимчивы к гипнозу и у 10–20 % людей можно добиться глубокого транс. Приведем также интересное наблюдение Бернгейма, показавшего, что 4/5 госпитализированных больных были способны впасть в глубокий транс, тогда как среди его городской клиентуры гипнабельной оказалась лишь 1/5 – 1/6 больных.

От чего зависит восприимчивость к гипнозу? Этот вопрос имеет два аспекта, так как он касается одновременно гипнотизируемого и гипнотизера.

Личность гипнотизируемого изучалась со всех точек зрения, однако неоспоримых критериев, определяющих степень гипнабельности, не было установлено. Не была выявлена корреляция между восприимчивостью к гипнозу и физической или психической конституцией, экстравертированным или интровертированным характером, расой, полом, социальным положением и др. Были использованы проективные тесты, не давшие убедительных результатов. Не было установлено также какой-либо связи между восприимчивостью к гипнозу и нозологическими формами заболеваний.

Однако мы констатировали, что почти все подростки и взрослые, страдающие энурезом, восприимчивы к гипнозу. То же, хотя и в меньшей степени, относится к астматикам. Кроме того, американский психоаналитик Kaufman (1961) отметил, что солдаты обычно проявляют большую восприимчивость к гипнозу: в годы второй мировой войны, во время тихоокеанской кампании, он лечил гипнозом около 2500 бойцов, подавляющее большинство из которых оказались превосходными пациентами. Данное наблюдение аналогично сообщениям, сделанным задолго до этого Льебо и Бернгеймом. Последние объясняют это явление пассивным повиновением, к которому приучены военные. Но Kubie, истолковывая полученные Kaufman результаты, полагает, что врач, удаляющий солдата с линии фронта, становится для него всемогущим, лицом, которому он вручает заботу о своем благополучии.

Существование тесной связи между внушаемостью и восприимчивостью к гипнозу установлено очень давно. Известно, что для Бернгейма гипноз сводился к внушаемости. Жане придерживался другого мнения. В «Психологическом автоматизме» он пишет:

«Феномены внушения не зависят от гипнотического состояния; внушаемость может быть полной вне искусственного сомнамбулизма и может вовсе отсутствовать в состоянии полного сомнамбулизма, одним словом, она не меняется одновременно с гипнотическим состоянием и в том же направлении» [Janet, 1919, p. 262; 1921, p. 171].

В наше время Kubie (1961) утверждает, что внушаемость является не причиной гипнотического состояния, а его следствием. Автор ссылается на эксперименты, во время которых он приводил пациента в гипнотическое состояние при помощи аппарата, без всякого словесного внушения. Пациент, загипнотизированный таким способом, воспринимает затем слова гипнотизера как выражение себя самого. Граница между гипнотизером и гипнотизируемым до некоторой степени стирается. Таким образом, восприимчивость к гипнозу зависит от той легкости, с какой индивидуум способен как бы включить в себя внешний стимул, сделать его частью себя самого.

Мы вместе с Muriel Cahen также изучали проблему личности гипнотизируемого на 40 больных, большей частью с психосоматическими расстройствами, хорошо и плохо поддающихся гипнозу [Chertok, 1955]. Исследование включало беседы с больными и тестирование. Мы не решали статистических проблем (отбор, анализ результатов), работа проводилась только с больными, без групп контроля. (В других странах, где эксперименты проводят на здоровых людях, для этой цели часто используют студентов, изучающих психологию.) Мы проанализировали лишь некоторые клинические данные.

Среди наших пациентов, не поддающихся гипнозу, мы выделили две группы: субъекты, сознательно отказывающиеся быть загипнотизированными, и субъекты, невосприимчивые к гипнозу. Большинство из них составляли больные, длительно лечившиеся и подвергавшиеся хирургическому вмешательству, которое оказалось неэффективным. Все они были социально неприспособленными. Это были люди с нарушенной структурой личности, с проявлением так называемого соматопсихоза с нарциссической установкой. У нас создалось впечатление, что соматическое заболевание позволяло им сохранять относительное психическое равновесие. Контакт с реальностью у них был нестойким, контроль недостаточным. Все гипнабельные субъекты оказались социально приспособленными, имели прочную связь с реальностью. Если им

приходилось переживать конфликтные ситуации, они проявляли достаточную способность к адаптации. Среди них не было субъектов с навязчивыми идеями. Поскольку истерические черты встречаются и в норме, можно говорить о наличии у этих субъектов истерических компонентов. Мы подошли, таким образом, к проблеме истерии. При обсуждении этой проблемы было сломано немало копий. Гипноз долгое время рассматривался как эквивалент истерии. Полагали, что только больные истерией восприимчивы к гипнозу. Однако в настоящее время считают, что невротики, как правило, меньше поддаются гипнозу, чем здоровые люди. Что же касается истерического невроза, то можно утверждать, что больные с резко выраженной истерией не поддаются гипнозу. Истерический синдром связан с эмоциями по отношению к лицам из прошлого, вследствие чего такие больные отказываются от установления новых трансферентных отношений с гипнотизером, т.е. они как бы отказываются от пересмотра своих проблем и от той пользы, которую это могло бы им принести. Больные с менее выраженной истерией могут оказаться гипнабельными. Восприимчивость к гипнозу может даже быть использована в целях прогноза: гипнабельные истерики обычно более восприимчивы к психотерапии.

Наши клинические впечатления нашли подтверждение в наблюдениях Gill и Brenman. Экспериментальным путем они доказали, что здоровые люди легче поддаются гипнозу, чем больные неврозами, а среди последних наиболее гипнабельны больные истерией.

Еще несколько слов по поводу того, следует ли упорствовать в достижении гипнотического транса. Некоторые авторы ограничиваются тремя–четырьмя попытками, другие идут дальше; немецкий исследователь Vogt (1894) добился успеха на 300-м сеансе. По нашему мнению, очень важен первый сеанс. Но это не является общим правилом. Так, мы смогли добиться транса у одной госпитализированной больной при второй попытке, сделанной через 3 мес. после первой. Некоторые субъекты, не поддающиеся индивидуальному гипнозу, хорошо гипнотизируются в группе (группа играет защитную роль против бессознательных страхов у этих больных).

Теперь перейдем к вопросу о гипнотизере. Здесь надо рассмотреть две проблемы: гипнотическую технику и личность гипнотизера. Безусловно, длительный опыт и техническая сноровка имеют важное значение. Техника прежде всего должна быть гибкой, приспособленной к особенностям гипнотизируемых. Для гипнабельных субъектов хороша любая техника, для трудных же – она должна быть тщательно продумана (см. вторую часть книги). Первая попытка является особенно важной. Возможно, именно поэтому в психиатрической клинике Вены на первый сеанс приглашали «профессиональных» сомнамбул, ведь для студента удача в первой попытке весьма важна.

Что касается личности гипнотизера, то тут мы не имеем надежных критериев. Эта проблема изучалась меньше, чем проблема личности гипнотизируемого. Мы располагаем только несколькими замечаниями различных исследователей. Уже авторы эпохи животного магнетизма обычно считали, что магнетизер должен быть спокойным во время сеанса, так как больной в состоянии сомнамбулизма чувствует любые его тревоги. Во всяком случае нельзя утверждать, что способность гипнотизировать определяется специфической структурой личности гипнотизера. Поскольку существуют различные виды гипноза (отцовский, материнский) и человек может быть загипнотизирован по разным причинам, мотивировки терапевта также могут варьировать. По мнению Schilder, гипнотизер должен бессознательно желать магической власти и (сексуального) господства над пациентом.

Страх перед сексуальными импульсами усиливал у некоторых больных сопротивление гипнозу. Известна история Breuer, прервавшего лечение мадемуазель Анны О. по контртрансферентным мотивам и по причине ревности госпожи Breuer. У мадемуазель Анны была мнимая беременность, и воображаемые роды произошли в тот день, когда Breuer объявил ей об окончании лечения. Jones (1958) в биографии Фрейда также сообщает, что будущая госпожа Фрейд отождествляла себя с госпожой Breuer и боялась однажды оказаться в таком же положении. Ее супруг был вынужден разуверить ее в этом. Как бы то ни было, Фрейд, несмотря на свой интерес к лечению мадемуазель Анны О., о котором он узнал в 1882 г., не решался широко применять гипноз вплоть до декабря 1887 г. Он использовал гипноз эпизодически с лета 1885 г, но с весны 1886 г., когда он начал практиковать, применял в основном электротерапию.

С декабря 1887 г. до мая 1889 г. он применял только гипнотическое внушение, затем пользовался также методом катарсиса. Jones приписывает запоздалое применение этого метода более чем сдержанному отношению Шарко к методу Breuer, о котором ему сообщил Фрейд. Возможно, здесь сыграла свою роль и проблема контртрансферентных отношений. Впоследствии

стал известен инцидент с пациенткой, которая бросилась на шею Фрейду; в своей автобиографии он описал реакцию на это событие:

«У меня был достаточно ясный рассудок, чтобы не отнести его на счет неотразимости моей особы, и я почувствовал тогда природу мистического элемента, действующего в гипнозе. Чтобы устранить его или по крайней мере изолировать, я должен был отказаться от гипноза».

Плодотворный отказ, ибо он привел Фрейда к открытию психоанализа! [Freud, 1925, p.40–41].

Мы полагаем, будет полезным ввиду важности этой проблемы немного остановиться на взаимоотношениях врача и пациента в гипнозе, на вопросе об ангажементе. Спротивление терапевта этому ангажементу всё еще оказывает тормозящее действие на развитие психотерапии, но оно принесло и определенную пользу: с одной стороны, оно способствовало развитию химиотерапии, с другой – совершенно неожиданно привело (как мы увидим дальше) к фундаментальным открытиям в психотерапии, таким, как понятие перенесения.

Если историю научной психотерапии начинаю с месмеровского периода, то, очевидно, потому, что в то время впервые эти отношения стали изучаться экспериментально, и прежде всего академиками в их знаменитых работах о животном магнетизме. Целью исследования было доказать существование физической причины магнетизма – флюида. Не обнаружив его, они осудили животный магнетизм. В своих докладах академики описывали феномены, возникающие при магнетизме, не углубляясь, однако, в их изучение. Тем не менее в секретном отчете, опубликованном одновременно с официальным докладом Bailly, подчеркивается эротический аспект этих феноменов, чем и объясняется сдержанность академиков. Действительно, мы читаем в этом отчете:

«Всегда мужчины магнетизируют женщин: устанавливающиеся при этом отношения, безусловно, соответствуют таковым между больным и его врачом, но этот врач – мужчина. Какова бы ни была болезнь, она вовсе не лишает нас пола и не избавляет нас полностью от власти другого пола» [Rapport, 1784, p. 512].

Сеанс магнетизма описан следующим образом:

«Часто мужчина... проводит правую руку за спину женщины, они одновременно наклоняются друг к другу, чтобы содействовать этому прикосновению. Близость становится предельно возможной, их лица почти соприкасаются, дыхание смешивается, все физические впечатления мгновенно разделяются ими, и взаимное притяжение полов должно действовать во всю свою силу. Нет ничего удивительного, что чувства воспламеняются; одновременно работает воображение, внося во всё это определенное расстройство, оно побеждает здравый смысл, подавляет внимание, женщины не могут отдавать себе отчет в том, что они испытывают, они не понимают своего состояния».

И далее следовал вывод: «Магнетическое лечение не может не представлять опасности для нравственности».

Месмер также отдавал себе отчет в узах, связывавших его с больными [Mesmer, 1781, p. 95]. Он даже описал их аффективную сторону:

«Животный магнетизм должен в первую очередь передаваться чувствами. Только чувство может сделать теорию вразумительной. Например, один из моих больных, обычно подвергающийся проверке действие, которое я оказываю на него, чтобы хорошо меня понимать, проявляет ко мне большее расположение, чем остальные мужчины».

Однако Месмер не прибегал ни к какому психологическому объяснению, придерживаясь всегда теории флюидов. Последняя допускала, так сказать, деперсонализацию терапевта. Она ссылалась на вмешательство некоей «третьей силы», которая, находясь в терапевте, всё же существовала вне его. Терапевт был только вектором этой универсальной силы.

Месмер отказывался от словесного контакта с пациентом в фазе сомнамбулизма, что, несомненно, было бессознательным проявлением защитной тенденции. Известно, что заслуга первого применения словесного внушения в качестве терапевтического метода принадлежит Puusegur. Но возможно, что это открытие имело бессознательную мотивировку, и для Puusegur речь создавала дистанцию между врачом и больным, являясь, таким образом, другой формой

защиты. Напомним, что и в наше время представители психоаналитического направления подчеркивают, что слово может увеличивать дистанцию между пациентом и врачом [Nacht, 1962].

Но уже некоторые современники и ученики Месмера проявляли сдержанность по отношению к флюидам и преуменьшали их значение. Эти «волюнтаристы» публично признавали, что для получения благоприятных результатов надо любить больного и иметь настойчивое желание вылечить его. Показательной в этом отношении является уже упомянутая книга ученика Puységur – Charles de Villers³⁶ «Влюбленный магнетизер», где автор в беллетристической форме излагает свои идеи: гипотеза флюидов не нужна, магнетизм состоит в «решительном желании» вылечить больного, сила воздействия врача покоится на сердечности и любви.

В спиритуалистических высказываниях Villers иногда улавливается предвосхищение прогрессивных идей некоторых современных психоаналитиков по поводу используемых в их методике лечебных факторов. Эти психоаналитики утверждают, что даже правильные интерпретации (симптомов) теряют свое значение, если они не подкреплены бессознательным отношением, подобным тому, которое предугадывал Villers. Например, он писал: «Душа магнетизера соединяется с душой сомнамбулы, таким образом отождествляясь с ней» [Villers, 1787, p. 133]. Эта мысль близка к тому, что позднее было написано Nacht:

«Мы все признаем, что вмешательство психоаналитиков тем благотворнее, чем больше ему удастся войти в общение с «бессознательным» больным, вплоть до того, чтобы буквально поставить себя на его место, оставаясь в то же время на своем» [Nacht, 1962, p. 20].

Villers, высказываясь о влиянии на больного, говорит, что оно будет зависеть «от степени нашего внутреннего расположения» и особенно «от сердечности, которую я вложу в свою волю» [Villers, 1787, p. 121]. Nacht также полагает, что «поведение аналитика, если оно продиктовано доброжелательностью, становится тогда и только тогда той опорой и силой, которые необходимы больному, чтобы преодолеть страх, преграждающий путь к выздоровлению» [Nacht, 1962, p. 210].

Наконец, беллетристическое произведение Villers изобилует высказываниями об основополагающей роли любви; например:

«Я заключаю в себе, следовательно, то, что способно принести облегчение ближнему; всё наиболее возвышенное в моем существе имеет такое предназначение, и именно это ощущение самого искреннего участия дает моему другу уверенность, что он найдет в нем лекарство от своих недугов».

Не преминем здесь сопоставить эти слова со следующим утверждением Nacht: «Никто не может вылечить другого, если у него нет искреннего желания ему помочь. И никто не может иметь желание помочь, если он не любит в самом прямом смысле этого слова» [Nacht, 1962, p. 210]. Такая склонность является отчасти врожденной, однако Nacht считает, что «правильное отношение возможно лишь в том случае, если аналитику удастся снизить у себя самого до неизбежного минимума вечную амбивалентность человека» [Nacht, 1962, p. 208], чего можно достичь только посредством полного самоанализа.

К этому необходимо добавить, что в настоящее время, когда психоаналитику известна природа перенесения и контрперенесения, психотерапевтическая ситуация стала совершенно иной.

Таким образом, мы видим, что некоторые ученики Месмера, в частности Villers, осознавали значение взаимоотношений врача и пациента. Villers хорошо понимал, что в некоторых случаях такие взаимоотношения могут принять эротический характер, и предупреждал о возможных опасных последствиях этого. Но в отличие от академиков он отнюдь не отказывался от изучения межличностных отношений, имеющих место при магнетизме. Он признавал взаимозависимость в этих отношениях, но только частично. Хотя Villers смутно представлял себе эти взаимоотношения как «зависимость от внутреннего расположения» между

³⁶ Charles de Villers был артиллерийским офицером, как и Puységur (а также Laclos, знаменитый автор «Опасных связей»). Известно, что в то время офицеры пристрастились к магнетизму и находили в своей среде замечательных субъектов. Как писал об этом Figuier (1860) в «Истории сверхъестественного», «магнетизация со всем своим очарованием, казалось, стала главным занятием в жизни военных: это был золотой век армии». Указанная книга Villers является библиографической редкостью (ее единственный экземпляр находится в Муниципальной библиотеке Безансона) и одной из первых работ, проливающих свет на проблему так называемых взаимоотношений с объектом.

двумя индивидуумами, а другие авторы после него говорили о чувстве доверия и даже привязанности, которую может испытывать больной к своему врачу, всё же, по общему мнению, главная роль в терапевтическом процессе принадлежит врачу. Именно желание вылечить является основным, решающим фактором лечения. Так думали Villers и другие магнетизеры того времени; они верили или исключительно в действие воли врача, или в комбинированное влияние воли и флюидов. Таким образом, вместе с Raymond de i Saussure можно сказать, что всё понималось так, будто перенесение проявляется не со стороны больного, а со стороны врача, который хочет вылечить.

Такое одностороннее понимание отношений между пациентом и врачом можно истолковать как бессознательное сопротивление магнетизеров признанию всей сложности взаимоотношений. Терапевт, таким образом, защищает себя от аффективных проявлений пациента, он сохраняет определенную дистанцию. (Интересно, что даже в физическом плане произошли технические изменения: прямой контакт с телом больного при помощи пассов был заменен пассами на некотором расстоянии.)

Несмотря на частичное признание некоторыми магнетизерами в начале XIX в. значения межличностных отношений, сопротивление в целом продолжало проявляться. В конце XIX в. известные врачи, занимавшиеся гипнозом, всё еще отказывались признать значение отношения пациента к врачу. Чтобы избежать понятия внушения (понятия психологического), они изобрели металлотерапию, которая ввела физический агент (еще один пережиток флюидизма). Но даже врачи, вступившие на путь психотерапии, проявляли некоторое бессознательное сопротивление, которое (и это парадоксально) иногда способствовало прогрессу психотерапии. Этим можно объяснить открытие Фрейдом понятия перенесения. Мы уже упоминали знаменитый эпизод с больной, проявившей влюбленность к Фрейду, и испуг последнего. Он отказался отнести этот инцидент на счет своей «личной неотразимости». Конечно, он предпочел деперсонализировать себя, предоставив себе роль другого лица, человека, которого действительно любила больная. Такой способ рассматривать вещи послужил отправной точкой для разработки теории перенесения (хотя у пациентки Фрейда могло быть физическое влечение к нему самому).

Breuer, как мы уже видели, пережил подобное приключение с одной из своих пациенток, небезызвестной Анной О., вследствие чего он оставил изучение истерии. Jones пишет, что Фрейд, для того чтобы заставить Breuer вновь заниматься проблемой, поведал ему, «как его больная бросилась ему на шею в аффективном бреде, и объяснил, по каким причинам следует рассматривать эти досадные инциденты как результат феномена перенесения...».

Szasz (1963), изучавший защитный аспект перенесения, отмечает, что с выдвиганием концепции перенесения «Фрейд эффективно снизил угрозу эротизма пациента». По мнению Szasz, к разработке этой концепции Фрейда подтолкнул случай с Breuer: не будучи лично замешан в дело, Фрейд мог оставаться хладнокровным наблюдателем и, следовательно, скорее найти объяснение. Однако нам представляется более вероятным, что аффективной мотивацией разработки понятия перенесения Фрейду послужил собственный опыт (т.е. упомянутый выше эпизод). Действительно, ведь если это должно было, по выражению Szasz, «устранить угрозу эротизма пациента», то более правдоподобно, что Фрейд постиг его в случае, когда сам ощутил себя под прицелом.

Каким бы ни был защитный характер перенесения, Фрейд всё же оставил гипноз. Ему предстояло вновь найти перенесение в своем новом методе. Fenichel (1953) в «Психоаналитической теории неврозов» отмечает, что первой реакцией Фрейда, когда он столкнулся с подобным феноменом, было удивление. Однако из авторского текста неясно, когда это произошло – при применении гипноза или нового (психоаналитического) метода. Данная Fenichel библиографическая ссылка относится к статье «Динамика перенесения» (1912), которая никоим образом не связана с этим пресловутым удивлением.

Верно, что Фрейд в «Истории психоаналитического движения» высказывается следующим образом:

«Мы можем также сказать, что психоаналитическая теория представляет собой попытку объяснить две оригинальные и неожиданные констатации, сделанные тогда, когда мы искали связь болезненных симптомов у невротиков с их источниками, т.е. событиями, пережитыми больными в прошлом: мы хотим поговорить о перенесении и о сопротивлении» [Freud, 1914, p. 81–82].

Задумался ли Fenichel над этим текстом? В самом деле, Фрейд говорит здесь об удивительном феномене, правда, приведенная выше цитата не позволяет установить, при каких обстоятельствах это удивление было выражено впервые.

Но как бы там ни было, разработав концепцию перенесения, Фрейд положил этим начало новой эры в психотерапии.

По мнению Ferenczi (1952), существует огромная индивидуальная разница в достижениях различных гипнотизеров; одни способны загипнотизировать только 10 % испытуемых, другие – 80–90 и даже 96 %. Автор считает, что здесь имеют значение представительная внешность гипнотизера, его социальный престиж, уверенность в своих силах и даже некоторые физические особенности например черная борода (что в свое время соответствовало условному образу гипнотизера; сегодняшние гипнотизеры мюзик-холла чаще безбородые и имеют спортивный вид). Наконец, Ferenczi замечает, что, когда он начинал заниматься гипнозом, его невежество придавало ему самоуверенность, что способствовало успеху в достижении гипноза и было утрачено впоследствии.

Один из американских психоаналитиков, плодотворно работавший в области гипноза, рассказал нам, что он стал испытывать затруднения в гипнотической терапии после того, как сам подвергся психоанализу. Он спрашивал себя, не было ли это прежнее стремление гипнотизировать проявлением невроза. Мы сказали ему, что такое объяснение несостоятельно, ибо в той же мере можно считать невротическим симптомом и его нежелание продолжать использовать в исследованиях важный на его взгляд способ. Он охотно согласился с нами.

Тем не менее можно думать, что после психоанализа стремление гипнотизировать действительно может измениться: по-видимому, то, что служило вознаграждением, становится средством сублимации. Возможно также, что, познакомившись ближе с психоанализом, этот врач подпал под влияние весьма распространенного среди психоаналитиков мнения, согласно которому психоанализ, своим происхождением обязанный гипнозу, больше в нем не нуждается. Таким образом, его затруднения были обусловлены не только обращением к психоанализу для разрешения своих глубинных проблем, но и влиянием социально-культурных факторов, значение которых подчеркивал Отте. Психоаналитикам, впервые заинтересовавшимся гипнозом, необходимо было преодолеть определенный конформизм. Число таких психоаналитиков возрастает (хотя и остается еще ограниченным) ввиду того, что гипноз становится излюбленным средством исследований во всех областях экспериментальной психологии и психотерапии.

Таким образом, психоанализ, произошедший от гипноза и позволяющий лучше его понять, может в свою очередь освещаться им. К сожалению, до сих пор относительно мало психоаналитиков интересуются гипнозом. Отказ от гипноза мог быть в свое время полезен Фрейду, но его современные последователи не имеют того же оправдания, чтобы оставаться на аналогичной позиции.

Новая попытка осветить проблему личности гипнотизера была предпринята Gill и Brenman. Они использовали самоанализ многих гипнотизеров, наблюдения психоаналитиков, лечившихся у гипнотизеров или проводивших гипноз, и опросили разных исследователей. Авторы признали, что не смогли найти характерных мотиваций в личности гипнотизера. Полученные ими результаты позволяют, однако, сделать определенные заключения. Они отметили у гипнотизера желание играть роль всемогущего родителя; впрочем, такое желание лежит в основе признания врача и особенно психиатра. Другая черта, часто встречающаяся у гипнотизера, – это склонность к актерству, стремление играть роль в сеансе гипноза, рассматриваемого как игра. Немало гипнотизеров, по-видимому, испытывают потребность много говорить. Наконец, значительную роль играет такой мотив, как «парадоксальная потребность близости и дистанции». Желание установить подобные отношения с другим человеческим существом испытывают все психотерапевты, но в особенности гипнотизеры.

В заключение можно сказать, что никаких характерных черт в личности гипнотизера (ни в личности гипнотизируемого), объясняющих восприимчивость к гипнозу, найти не удалось. При изучении этого вопроса необходимо учитывать самым серьезным образом, что в гипнозе личность гипнотизера и личность гипнотизируемого – взаимодополняющие роли. Таким образом, восприимчивость к гипнозу зависит от многочисленных интер и интраперсональных отношений.

9. Терапевтическое применение

Схематично можно различать терапию посредством гипноза и терапию под гипнозом. Первая, в форме кратковременных или продолжительных сеансов, основывается на лечебной эффективности гипнотического состояния как такового. Механизм терапевтического эффекта объясняется различно в зависимости от теоретических взглядов разных школ. Представители павловской школы заявляют, что речь идет о длительном восстановительном торможении; психоаналитики говорят о регрессии и инстинктивном вознаграждении; Schultz употребляет следующее выражение: «благоприятное организмическое переключение» (Umschaltung).

Schilder и Kauders (1926) полагают, что психическая обработка, которой человек подвергается во время гипнотического сеанса, имеет большее значение, чем физическое действие сна.

Психическая обработка, иначе говоря, регрессия в сфере взаимоотношений, создает, по мнению Gill и Brenman, канву, на которой разворачивается психотерапевтический процесс. Этот процесс мог бы осуществляться и другими средствами; отношения, возникающие в гипнозе, способны лишь ускорить его. Но гипнотические отношения не имеют ничего специфического; поэтому Gill и Brenman считают, что не следует употреблять термин «гипнотерапия». По их мнению, гипноз – это не особая психотерапия, а только вспомогательное средство в психотерапии. Такая точка зрения, в общем имеющая основание, вызывает некоторые возражения. Если следовать рассуждениям этих авторов, то придется допустить, что в продолжительном гипнозе лечебный эффект обусловлен исключительно фактором взаимоотношений. Тем не менее, какова бы ни была роль данного фактора, нам кажется, нельзя отбрасывать физического или психофизического значения гипнотического сна, известного еще с античных времен. Речь идет о специфическом биологическом поведении, элементарным примером которого является гипноз животных [Gill, Brenman, 1959, p. 77]. Мы полагаем, что по крайней мере в этом смысле правомерно говорить о специфике гипнотерапии.

Продолжительный гипнотический сон в течение нескольких дней и даже нескольких недель использовался Janet (1923) во Франции, Wetterstrand (1899) в Швеции, Van Renterghem (1907) в Голландии, Schilder и Kauders (1926) в Австрии. Русские авторы практикуют сеансы, длящиеся от 1 часа до 18 часов в сутки и сопровождающиеся терапевтическим внушением.

Мы сами могли убедиться, что фактор времени играет определенную роль. Действительно, в некоторых случаях мы получали благоприятные результаты при длительных сеансах, тогда как кратковременные сеансы не давали никакого эффекта. Чтобы психологическое и физиологическое действие было эффективным, необходима определенная продолжительность сеансов.

Мы пробовали комбинировать лечение медикаментозным сном и гипнозом. Сна добивались посредством медикаментов, даваемых с определенными интервалами. Мы могли заменять один из дневных приемов лекарства сеансом гипноза, который оказался столь же эффективным в поддержании сна, как и лекарство.

Сеансы гипнотического сна без словесного внушения (или почти без него) терапевт иногда трудно выносит из-за их магического облика. Ему не по себе в этой пассивной роли, он чувствует себя обязанным одаривать пациента словами. Пациент же, переживая полезный регрессивный опыт, иногда предпочел бы остаться на невербальном уровне.

Гипнотерапия в значительной мере использует прямое внушение, направленное на снятие симптомов; это терапия «покрывала», имеющая своей целью так называемое лечение перенесением.

С возникновением фрейдистской психопатологии, учитывающей функциональную значимость симптомов, изменился психотерапевтический прицел. Психотерапия становится более честолюбивой, ее цель отныне – перестройка личности пациента. Простое снятие симптомов признается теперь недостаточным, так как оно не предотвращает появления замещающих симптомов. С теоретической точки зрения это справедливо, но в практическом плане порой малоэффективно. Не все больные способны к внутренней работе, не у всех можно достигнуть перестройки личности. Терапевтический эффект прямого гипнотического внушения Brenman и Gill определяют следующим образом:

«Терапевтическая эффективность базируется большей частью на глубоких бессознательных потребностях субъекта, которые могут быть активизированы в его отношениях с терапевтом в процессе гипноза. Мы не знаем природы этих отношений, что, однако, не меняет дела, поскольку благодаря им субъект получает облегчение, иногда, правда, кратковременное, но чаще длительное» [Brenman, Gill, 1947, p. 58].

Kubie и Margolin (1944), со своей стороны, так формулируют гипотезу о терапевтическом значении гипнотических отношений: в процессе индукции происходит слияние гипнотизера и субъекта, и в гипнотическом состоянии субъект включает в себя образ гипнотизера. Таким путем «экспериментально воспроизводится естественный процесс психического развития».

Добавим, что субъект, включаясь в трансферентные отношения, не всегда привносит в них свои прошлые переживания в чистом виде (простое повторение инфантильных эмоций). Если в прошлом было слишком много разочарований, больной может попытаться пережить его в более благоприятном, «поправленном» варианте. Видимо, в некоторых исключительных случаях (см., например, наблюдение 4) эта тенденция превалирует. В таких случаях механизм лечебного действия основывается не только на элементах «подавления», он может включать и процесс созревания.

Наш опыт свидетельствует, что заменяющие симптомы появляются не всегда. Обследуя через несколько лет больных, леченных прямым внушением, направленным на снятие симптомов, мы иногда констатировали выздоровление или стойкое улучшение. Такое внушение всегда сопровождается и, следовательно, дополняется психотерапевтическим контекстом. В психотерапевтических взаимоотношениях действуют сложные психодинамические факторы, которые не всегда удается выяснить.

Другой формой терапии под гипнозом является терапевтическое воздействие, ориентированное на усовершенствование самосознания. Можно выделить три метода:

- терапия, направленная на изменение поведения (перевоспитание);
- метод катарсиса;
- гипноанализ.

а. При первом методе часто используется прямое внушение. Самосознание (осознание) находится еще в зачаточном состоянии. Терапевт убеждает и воспитывает. Данный метод широко применяется в СССР. В нем комбинируется лечение посредством «мотивированного внушения» с «рациональной психотерапией» Dubois³⁷ (Берн) и Dejerine [Kopil-Levina, 1940]. Врач добавляет к прямому внушению элементы информации, объясняя и убеждая.

б. Катартический метод является наиболее известным и демонстративным. При его использовании облегчение аффективной напряженности наступает в результате возрождения подавленных вытесненных эмоций, что позволяет выявить происхождение расстройств и добиться исчезновения симптомов. Этот метод был широко распространен во время второй мировой войны при лечении военных неврозов [Kaufman, 1961]. Однако в том, что касается неврозов у гражданского населения, метод катарсиса, видимо, потерял свою эффективность, которую ему приписывали прежде. Нам трудно высказать свое мнение по этому поводу; мы точно не знаем, были ли полученные во время войны результаты достаточно продолжительными. Возможно также, что современные психотерапевты меньше доверяют этому методу и, следовательно, применяют его с меньшей эффективностью. Кроме того, подмечено, что современные больные менее способны к абстрактным переживаниям.

Советские авторы проявляют антипатию к катартическому методу; это определяется, по-видимому, тем, что катарсис приводит в действие иррациональные структуры и, таким образом, входит в область психоанализа, отвергнутого в СССР. С.И. Консторум (1959) признает, что метод катарсиса применялся не только психоаналитиками и не должен обязательно получать фрейдовское истолкование; однако и он не верит в его терапевтическую эффективность. В крайнем случае, по мнению автора, этот метод может быть использован для углубленного изучения анамнеза, однако при его применении необходимо соблюдать предельную осторожность, так как он не всегда дает достоверные результаты и может быть небезопасным для пациента. В Москве один молодой психотерапевт,³⁸ который не пользовался катартическим методом, заявил нам, что «этот метод создает слишком сильный стресс для нервной системы больного» (или врача, как ему, вероятно, внушали приверженцы психологии отношений).

Всем известна борьба мнений о приоритете в открытии катартического метода, который одновременно присваивали себе Breuer и Janet. Здесь мы не будем это обсуждать (см. Шертук,

³⁷ Известны страстные споры в начале века между Бернгеймом и Дюбуа; последний хотел заменить густегивную терапию терапией убеждения.

³⁸ Фамилия психотерапевта в оригинале не приведена. – *Примеч. ред.*

1960). Коснемся лишь небольшого факта, имеющего исключительно исторический интерес (он фигурирует в одном сообщении, которое мы обнаружили в ходе наших исследований).

Речь идет о «Случае истерической неврастении с раздвоением личности», представленном Bourgu и Vurot на Конгрессе гипнотизма в 1889 г. (8–12 августа). Эти авторы известны, в частности, своей книгой «Изменение личности», упомянутой Janet (1889) в «Психологическом автоматизме».

В сообщении, о котором идет речь, авторы описывают способ лечения, весьма близкий к катартическому методу. Они вновь возвращаются к наблюдению, уже представленному в общих чертах в их работе, указанной выше. У больной, которую они лечили в 1881 г., выявлялся комплекс истерических симптомов, сходных с симптомами мадмуазель Анны О. Авторы добились временного улучшения, а затем выздоровления при помощи галлюцинаторного воспроизведения некоторых ситуаций, относившихся к счастливым обстоятельствам, которые, однако, больная пережила в тяжелом кризисе. Улучшение состояния наступило после этих кризисов. Bourgu и Vurot считают, что благоприятный галлюцинаторный кризис в отличие от прямого внушения является каузальным, а не только симптоматическим лечением. По их мнению,

«недостаточно преодолеть болезненные явления одно за другим посредством внушения. Данные феномены могут исчезнуть, а болезнь – упорствовать. Это только терапия симптомов, симптоматическое средство, но не выход. Реальное и стойкое улучшение происходит лишь тогда, когда внимательное наблюдение и логическая дедукция приводят нас к источнику болезни. Эти реактивные целительные кризисы выражались преимущественно в наплыве галлюцинаций, вызывающих потрясение всего морального существа, возрождающих переживания, которые в прошлом волновали мозг и были причиной заболевания» [Bourgu, Vurot, 1884].

Любопытно, что ни Жане, ни Фрейд, включенные в список участников Конгресса 1889 г., не попытались сопоставить данные сообщения Bourgu и Vurot с тем, что им самим было известно в этой области.

Что касается Жане, то 10 августа, когда было сделано указанное сообщение, он весь день присутствовал на другом конгрессе (Конгрессе психологии), о котором мы еще будем говорить (в частности, он принимал участие в обсуждении доклада Babinski). Таким образом, неизвестно, слышал ли он сообщение Bourgu и Vurot или не проявил к нему особого внимания. Сообщение этих авторов в более лаконичном виде было опубликовано ранее в их монографии «*Les variations de la personnalité*»³⁹. Если Жане и познакомился со столь интересными данными, содержащимися в указанной книге, он, по-видимому, не оценил то новое, что в них было заключено, ибо, насколько нам известно, никогда не упоминал об этом.

Чтобы точнее узнать об участии Фрейда в работе конгресса, мы обратились к новой биографии Ernest Jones.

Согласно Jones, Фрейд в сопровождении Бернгейма и Льебо прибыл в Париж из Нанси в конце июля 1889 г., чтобы присутствовать на Конгрессе гипнотизма. Jones пишет, что конгресс «очень наскучил» Фрейду, и он уехал в Вену вечером 9 августа, т.е. на второй день работы конгресса. Очевидно, автор что-то перепутал: у Фрейда вовсе не было времени скучать. Дело в том, что Фрейд (как и Льебо и Бернгейм) входил в список участников Конгресса психологии,⁴⁰ который проходил с 6 по 10 августа. На этом конгрессе была важная секция, посвященная гипнотизму, который рассматривался главным образом в психологическом аспекте, тогда как Конгресс гипнотизма был сосредоточен на медицинских проблемах. Однако Фрейд, приехавший из Нанси для усовершенствования своей техники гипноза, не заинтересовался дебатами на эту тему, проходившими на обоих конгрессах при участии наиболее авторитетных специалистов того времени. Отметим, что Фрейд покинул Париж на исходе дня 9 августа; в тот день утром Бернгейм председательствовал на заседании Конгресса психологии, а после полудня делал доклад на Конгрессе гипнотизма. Можно предположить, что из вежливости Фрейд не захотел уехать до этих двух заседаний.

³⁹ Эта работа содержит подробное описание так называемой экспериментальной регрессии посредством гипнотического внушения, метода, используемого многими современными исследователями.

⁴⁰ Речь идет о Первом международном конгрессе психологии. Второй конгресс, состоявшийся в 1892 г., изменил наименование: он стал называться конгрессом экспериментальной психологии. Третий же (1896) назывался Конгрессом психологии (это название сохранилось и поныне). Август 1889 г., совпавший со Всемирной выставкой, был богат конгрессами. С 5 по 10 августа работал и международный конгресс медицинской психологии. Некоторые ученые принимали участие в работе всех трех конгрессов.

Сообщение Bourgu и Vigot было сделано на следующий день. Если бы Фрейд слышал его, то, возможно, отметил бы его близость с тем катартическим методом, которым пользовались он и Breuer. Фрейд мог бы, взяв слово, сделать сообщение о своих работах и работах Breuer и тем самым осветить вопрос об открытии метода катарсиса.

Границы между методом катарсиса и гипноанализом не всегда четко определены.

Термин «гипноанализ», sporadически встречающийся с 1917 г., обозначает прежде всего методику, не ограничивающуюся снятием симптомов, а направленную на этиологическое лечение. Гипноанализ включает, следовательно, элементы анализа и самоанализа при помощи катарсиса или воспитательных методов [Hadfield 1928]. Авторы необязательно должны иметь психоаналитическую ориентацию [Lifchitz, 1927].

Simmel работал в психоаналитическом направлении. Фрейд упоминает его в автобиографии как исследователя, успешно применявшего катартический метод при лечении военных неврозов в немецкой армии во время первой мировой войны. На самом деле Simmel пошел дальше: кроме катартических приемов, он прибегал к аналитическим беседам и толкованию снов в состоянии бодрствования или под гипнозом. Другие авторы использовали подобные приемы во время второй мировой войны [Fischer, 1943].

В настоящее время гипноанализ – это методика лечения, сочетающая психоанализ с гипнозом. Практической целью этой методики было сокращение классического психоанализа. Хотя некоторые авторы иногда ограничиваются значительно сокращенным количеством сеансов, средняя продолжительность гипноаналитического лечения, по Brenman и Gill (1947), варьирует от 40 до 100 и более сеансов.

В настоящее время применяют две методики гипноанализа: одна – строго определенная [Lindner, 1958], другая – более гибкая [Erickson, 1941; Wolberg, 1948; Brenman, Gill, 1947; Schneck, 1962; Kline, 1955, и др.]. По обеим методикам лечение начинается с периода тренировки, во время которой субъект приучается впадать в гипнотическое состояние по сигналу. Некоторые авторы считают, что для проведения гипноанализа необходим глубокий транс; по мнению других, достаточно и легкого транса.

Первая методика (Lindner) включает, помимо фазы тренировки, еще две фазы. Вторая фаза состоит из классических психоаналитических сеансов с использованием методики свободных ассоциаций. Гипноз применяется для преодоления сопротивления. Когда возникает сопротивление, пациент гипнотизируется, и от него пытаются добиться сообщения того материала, который он не мог дать в состоянии бодрствования. Лечение заканчивается периодом перевоспитания и переориентации (третья фаза), во время которого применяют даже прямое внушение.

Вторая методика очень гибкая. Для получения материала авторы используют целую гамму специальных приемов: индукцию сновидений, регрессию, автоматическое письмо, визуализацию сцен, относящихся к конфликтным ситуациям, и др.

С теоретической точки зрения гипноз упрекают в маскировке перенесения и обходе сопротивления. Сторонники гипноанализа полагают, при этом методе действие защитных механизмов и сопротивления не исключается, вследствие чего сохраняется возможность воздействовать на личность, как и при классическом психоанализе.

Эта методика лечения находится в стадии экспериментальной разработки. Опубликованные наблюдения и полученные результаты не позволяют еще сформулировать определенное заключение об эффективности этой терапии. Однако различные приемы, используемые в данной методике, делают возможным осуществление интересных экспериментов.

Кто должен гипнотизировать

Должна ли гипнотерапия быть предоставлена психотерапевтам или ею могут заниматься все врачи? Этот вопрос касается всех видов психотерапии. Любой практикующий терапевт всегда занимается психотерапией, даже сам того не осознавая, и в каждом медицинском действии частично содержится психотерапия. Однако всё отчетливее проявляется тенденция приобщения к психотерапии практикующего врача, чтобы он лучше сознавал, что делает, и мог сам применять «малую» психотерапию в повседневной практике.

Можно ли рассматривать гипнотерапию как «малую» психотерапию? Мы думаем – нет.

Если и существует такая тенденция, то потому, что методика относительно проста, результаты появляются быстро, а глубина вмешательства, по-видимому, бывает умеренной. В действительности, как уже было сказано, гипноз сам по себе редко является лечением. Скорее он способствует более быстрому установлению терапевтических отношений и их интенсификации.

Используя терминологию психоанализа, можно сказать, что гипноз приводит в действие мощные механизмы перенесения и контрперенесения, которыми надо уметь пользоваться и иногда их сдерживать. Следовательно, нелогично думать, что легче проводить психотерапию с гипнозом, чем без него. Мы охотно подпишемся под следующими словами американского автора Rosen (1960):

«Никто никогда не должен пользоваться гипнозом в терапевтических целях, если у него нет профессиональной компетенции и умения вылечить ту же болезнь, не прибегая к гипнотической технике».

Следовательно, психотерапевтическая подготовка необходима всем, кто желает использовать гипноз. Врач-неспециалист может применять его в некоторых случаях при условии, что он сведущ в психотерапии. Эта точка зрения признана в Великобритании. В одном из номеров *British Medical Journal* (за 8 июня 1957 г.) было опубликовано несколько статей о гипнозе, написанных практикующими терапевтами.

Условия проведения гипнотерапии уточнены в 1958 г. в отчете комиссии Американской медицинской ассоциации (АМА). Члены комиссии считают:

«Для понимания феноменов гипноза существенно необходима специальная подготовка в области психодинамической психологии и психиатрии... Использование гипнотической техники в терапевтических целях предоставляется тем, кто по своей теоретической и практической подготовке удовлетворяет всем требованиям, необходимым для установления полного диагноза болезни, подлежащей лечению. Гипноз должен проводиться только врачами, отвечающими этим условиям, и при всех обстоятельствах никогда не должен быть единственным методом терапевта» [Rapport, 1958, p. 187].

Известно, что в Соединенных Штатах гипноз широко применяется дантистами. Некоторые европейские авторы [Stokvis, 1957] возражают против такой практики. Теоретически это можно рассматривать так, что, используя гипноз, дантист действует символически на бессознательные, глубокие и очень уязвимые области. Мы можем задать себе вопрос, не подвергается ли больной риску травматизации. Мы не располагаем достаточно обширными данными обследования пациентов, лечившихся у дантистов гипнозом, чтобы установить, повлияло ли это вмешательство на психику больного.

Можно всё же полагать, что риск тут невелик, так как отношения дантист–пациент не требуют глубокого контакта (если, разумеется, дантист не выходит за определенные рамки). Впрочем, для того чтобы осознать эти проблемы, некоторые американские дантисты приобщаются к современной динамической психологии.

В докладе комиссии Американской медицинской ассоциации определяются условия применения гипноза врачами не специалистами в психотерапии:

«Ни один врач или дантист не должен использовать гипноз в целях, не имеющих отношения к его специальности и превышающих его компетенцию. Например, опытный и квалифицированный дантист может пользоваться гипнозом для гипноанестезии или гипноаналгезии, или с целью ослабления тревоги, связанной с некоторыми зубоврачебными работами. Но ни в коем случае он не должен лечить гипнозом невротические расстройства пациента. Хирург, акушер, анестезиолог, гинеколог и практикующий терапевт могут на законном основании применять эту методику в рамках своей компетенции».

Опасности при использовании гипноза

Проблема опасности при использовании гипноза в психотерапии оценивается по-разному. Не существует отвечающих научным требованиям работ (с контрольными группами, катанестическими исследованиями и т.д.), которые помогли бы точно оценить степень опасности при применении гипноза. Заметим, что, если бы гипнотерапия не таила бы в себе никакой опасности, ее терапевтическое действие, вероятно, могло бы быть взято под сомнение. Исходя из постулата, что медикаментозное средство бывает сильнодействующим только тогда, когда оно представляет собой опасность, Janet заключает: «Гипнотизм и внушение, к сожалению, слишком мало опасны».

В любой терапии есть риск, а при биологическом лечении она может привести даже к смерти. Безусловно, компетентность – это наиважнейший фактор успеха, но даже опытнейшие специалисты иногда допускают ошибки или получают неожиданные результаты. Такие случайности присущи любому терапевтическому вмешательству.

Одновременно с «эпидемией» гипноза, захлестнувшей в последние годы Соединенные Штаты, стали раздаваться голоса, предупреждающие о некоторых негативных эффектах гипнотерапии и о возможных пагубных последствиях. Rosen, сообщая о ряде подобных случаев, выражает следующее мнение:

«Описанные здесь случаи показывают, что ни методы экспрессивной диагностики (uncovering), ни возвращение к так называемой абреактивной терапии небезопасны в руках людей, не знакомых с психодинамикой. Неудачи столь же поразительны, как и успехи» [Rosen, 1960, p. 683].

Hilgard и соавт. (1961) опубликовали обзор сообщений за последние годы о пагубных последствиях гипноза, используемого как квалифицированными специалистами, так и неквалифицированными людьми. Число таких наблюдений достигает 15. Речь идет о случаях, когда устранение имевшихся у больных симптомов привело к появлению более серьезных симптомов и даже психотических реакций. Однако авторы считают, что эти осложнения возникают чаще у больных, длительно лечившихся по поводу различных заболеваний и проявлявших ранее психотические тенденции по отношению к терапии. Неизвестно, какое количество леченных гипнозом дало эти 15 случаев и чем в большей мере обусловлены наблюдавшиеся осложнения – применением противопоказанных данному больному психотерапевтических методов или самим гипнозом. Ведь к подобным последствиям иногда приводит и снятие симптомов другими, отличными от гипноза, способами.

Hilgard и соавт. проводили эксперименты на здоровой популяции (220 студентов). Они констатировали незначительные кратковременные побочные эффекты в 17 случаях (7,7 %). В 5 случаях они наблюдались всего несколько часов после эксперимента. Авторы сделали заключение о безвредности их экспериментов. Они отметили любопытный факт: побочные эффекты возникали у лиц, сохранивших неприятные воспоминания о когда-то перенесенной химической анестезии.

Нам хотелось бы подчеркнуть, что при устранении симптомов необходима чрезвычайная осторожность, особенно если используется гипноз. Действительно, с помощью гипноза симптомы снимаются быстрее, но порой слишком резко, что не только может привести к возникновению более или менее серьезных замещающих симптомов, но и вызвать другие нежелательные реакции вплоть до появления суицидальных тенденций. Напомним, что при применении психотерапии с гипнозом у психических и психосоматических больных рекомендуется предварительное психиатрическое обследование. Однако, несмотря на принятые меры предосторожности, иногда могут возникнуть затруднительные ситуации, для разрешения которых врач должен обладать психотерапевтическим опытом. Можно считать, что гипнотерапия представляет определенную опасность, когда она проводится неквалифицированными людьми. Отсутствие достоверных статистических данных не позволяет провести сравнение гипнотерапии с другими методами лечения в отношении риска.

Мы отмечаем кратковременные обострения у пациентов, подвергавшихся гипнотерапии. При обследовании некоторых из них через несколько лет мы не обнаружили стойких нарушений. Правда, не все наши больные были обследованы повторно (что, впрочем, имеет место и при использовании других методов лечения).

Наконец, добавим, что больной, к счастью, сам часто принимает меры предосторожности, проявляя защитную тактику. Субъект с хрупким «я», чувствующий опасность для своей личности, обладает достаточными защитными тенденциями, чтобы вступать или не вступать в гипнотические отношения. Но даже вступая в такие отношения, он никогда не становится абсолютным автоматом: механизм защиты и сопротивления полностью не выключается. Мы лично установили, что глубоко загипнотизированные субъекты сохраняют еще достаточно свободы, чтобы в определенных условиях искажать истину, не быть до конца откровенными.

Некоторые исследователи говорят также о привыкании к гипнозу, но это может проявляться при всех видах психотерапии. Здесь многое зависит от терапевта, который должен умело управлять отношениями врач–больной, чтобы избежать этой опасности. Современный психотерапевт лучше, чем прежние врачи, знает законы, которым подчиняются эти отношения: при осознании трансферентной и контртрансферентной ситуаций управлять ими легче.

Возможно, благодаря этому сегодня как будто меньше стало таких происшествий, как известный случай с мадемуазель Анна О., прекращение лечения которой причинило когда-то столько неприятностей Breuer, о чем мы рассказали в предыдущей главе.

Гипноз и психоанализ

Фрейд никогда не отрицал связи между гипнозом и психоанализом. В 1923 г. он, в частности, писал:

«Трудно переоценить значение гипнотизма для развития психоанализа. Психоанализ управляет тем теоретическим и терапевтическим наследством, которое он получил от гипнотизма».

Положение гипноза в аналитической психотерапии было предвосхищено самим Фрейдом, заявившим в 1918 г.:

«Применение нашей терапии для лечения многочисленных больных заставит нас широко сочетать чистое золото анализа с медью прямого внушения, и гипнотическое влияние тоже может найти здесь свое место..., но какова бы ни была эта форма психотерапии, на какой бы высокой ступени она ни стояла, какими бы ни были его составные элементы, наиболее важными его компонентами окажутся те, которые будут заимствованы у психоанализа в узком смысле слова...» [Freud, – 1953, p. 141].

Теперь посмотрим, в каких формах гипноз может интегрироваться с аналитической психотерапией.

Наиболее честолюбивая попытка представлена гипноанализом, сторонники которого полагают, что он представляет собой терапию, способную заменить в сокращенном виде курс психоанализа. Но, как мы уже говорили, гипноанализ находится еще в стадии эксперимента и пока преждевременно высказываться о его возможностях.

Зато гипноз как составная часть может войти в РПР (виды психотерапии, руководствующие психоанализом). Напомним, что эта область мало освещена в литературе и нечетко обозначена. Схематически можно наметить три основных ее критерия.

1. Понимание симптома на основе психоаналитических концепций.
2. Глубокое отношение терапевта к пациенту, обусловленное его собственной личностью и психоаналитической подготовкой (контртрансференция).
3. Осмотрительное использование в случае необходимости процесса осознания глубоких конфликтов посредством анализа перенесения и сопротивления.

На первый взгляд, из этих трех положений именно второе кажется наиболее важным. Но не находится ли на грани РПР и очень легкая психотерапия (директивная, рациональная, поддерживающая, контактная и др.), если она осуществляется психоаналитиком и ориентируется на психодинамические перспективы. Практикующий врач, следовательно, должен учитывать, что гипнотическое отношение характеризуется особыми трансферентными и контртрансферентными формами (массивная регрессия). Некоторые специалисты считают практику таких отношений слишком утомительной. Один из наших ведущих психоаналитиков⁴¹ объясняет подобное мнение тем, что в гипнотических взаимоотношениях «бессознательное гипнотизера и пациента очень близко соприкасаются, что, конечно, не может не быть утомительным».

В заключение мы охотно присоединяемся к мнению Kaufman (1961), который считает, что применение гипноза не является ни анахронизмом, ни топтанием на месте, ни регрессом по отношению к современным психотерапевтическим методам, но может быть равноправным способом «психотерапии с ограниченной задачей в рамках аналитической психологии»⁴².

Мы хотели бы поднять еще один вопрос, который, возможно, объяснит меньшую эффективность гипноза в настоящее время по сравнению с прошлым веком. Конечно, тогда было много преувеличений терапевтических возможностей гипноза, а в оценке результатов отсутствовал строго научный подход. Тем не менее можно предположить, что в то время эта форма лечения была более эффективной. Видимо, это было обусловлено прежде всего большей внушаемостью среды; возможно также, что мы менее способны к гипнотизированию. Мы,

⁴¹ Фамилия в оригинале не указана. – *Примеч. ред.*

⁴² Сообщение, сделанное на общем собрании Психиатрической ассоциации и Психоаналитической ассоциации США в 1960 г.

вероятно, меньше верим в его лечебный эффект, теряем уверенность в себе, и больной это чувствует.

Современный советский автор А.И. Картамышев (1953), применявший гипноз в дерматологии, сообщил о прекрасных результатах, полученных при лечении бородавок посредством прямого и непрямого внушения. Но, по его словам, постоянно встречая насмешливые улыбки своих сотрудников, он потерял уверенность в себе и способность исцелять.

Манера держаться у первых гипнотизеров, подражавших походке и жестам чудотворцев и магов, что могло ввести в заблуждение, сегодня, безусловно, вызывает улыбку. Современные знания психопатологии диктуют нам более рациональное поведение. Зная о возможности возникновения трансферентных отношений, мы ведем себя более осмотрительно. Но спрашивается, не лишает ли нас эта сдержанность той непосредственности, свободы действия, которая уже сама по себе повышает способность к внушению.

Нам возражали, что знание и овладение контртрансферентными отношениями, наоборот, должны способствовать большей раскованности. В идеале настоящий аналитик должен владеть всеми методами психотерапии, но мы полагаем, что проблема слишком сложна, чтобы здесь можно было делать обобщения.

Открытие и осознание контртрансферентных отношений – одно из наиболее значительных достижений психотерапии. Оно оградило больных от бессознательных метаний терапевтов. Однако вытекающая отсюда осторожность воспринимается некоторыми больными как отдаление от врача. Действительно, иногда мы излишне утверждаемся в нейтральной позиции или слишком ленивы, чтобы изменить поведение. Допускаются изменения тактики врача только при лечении психически больных и при аналитической терапии тяжелых психосоматических заболеваний; в этих случаях терапевт принимает позицию матери по отношению к грудному младенцу.

Margolin, описавший аналитическое лечение, требующее «массивного вознаграждения» больного, советует при проведении подобного лечения прибегать к помощи другого психотерапевта, настолько непосильной кажется ему эта задача.

Эпизодическая практика гипноза может быть полезной для каждого психотерапевта. Она позволит ему сохранить гибкость и варьировать свои приемы.

Аргентинский психоаналитик Grinberg (1963) настаивает на необходимости для психоаналитиков ограничивать часы, посвященные курсу лечения психоанализом. По мнению автора, если они будут заниматься только психоанализом, то окажутся замкнутыми в особом отношении, отношении психоаналитическом, что порождает в конце концов «изоляция, отсутствие связи» и отсюда некоторую степень регрессии. Такая ситуация может привести к «интенсификации тревоги, связанной с представлениями о преследовании, с включением шизопараноидных механизмов и чрезмерных аффектов, реакций соперничества, зависти, враждебности». Так Grinberg объясняет остроту и частоту конфликтов между психоаналитиками. Как и Фрейд, он допускает «возможность появления в процессе психоанализа инстинктивных влечений, способных вредно влиять на личность аналитика, поскольку они не могут быть отреагированы. Чтобы освободиться от этого груза, психоаналитик время от времени бессознательно выбирает себе мишень посредством механизма замены. Этой мишенью являются его коллеги» [Grinberg, 1963, p. 362–363]. Как меру «психической гигиены» для психоаналитиков автор рекомендует расширение межличностных связей, в которых отсутствует аналитическое общение: курсы, конференции, работа в больнице и т.д. В этом аспекте можно спросить себя: не создает ли общение в гипнозе (при условии строгой нейтральности врача) некоторого полезного отвлечения для психотерапевта, не может ли оно явиться своеобразным предохранительным клапаном.

В той же работе, ссылаясь на Фрейда и Melanie Klein, Grinberg сравнивает хороший анализ с кормлением грудью и подчеркивает, что в процессе психоанализа пациент получает бессознательное вознаграждение. Это вознаграждение является условием счастья для человека и определяет возможность установления хороших отношений с другими людьми.

Отметим, кстати, что кормящая мать также вознаграждается: кормление грудью доставляет ей удовольствие, что оказывается важным для ее эмоционального равновесия и ее способности «давать». Отсюда, если допустить, что общение между гипнотизером и гипнотизируемым происходит в плане оральной эротики, то надо признать, что гипнотизер, подобно кормящей матери, получает вознаграждение.

Отметим, между прочим, что качество пищи, выдаваемой терапевтом гипнотизируемому, зависит также от качества «питания», полученного им самим в собственном анализе, если он ему подвергался.

Karl Menninger (1958) считает полезным для каждого психоаналитика не ограничиваться проведением курса психоанализа и рекомендует посвятить часть времени другим формам аналитической психотерапии.

Некоторые психоаналитики, однако, предпочитают применять исключительно курсовое лечение психоанализом, придерживаясь, таким образом, «диалектики кресла–дивана», по выражению Held (1960). Другие соглашаются использовать в психотерапии психоаналитическое внушение (PIP), т.е. ставят себя лицом к лицу с пациентом («кресло–кресло» также по выражению Held). Выбор зависит от личности аналитика и, разумеется, от способности пациента к восприимчивости в каждом отдельном случае.

Добавим, что исключительно гипнотическая практика также не рекомендуется. Прежде всего (полагаясь на мнение одного из наших крупных мастеров, Pierre Male) в процессе гипнотерапии создаются такие отношения между подсознательным больного и терапевта, которые при большей продолжительности гипноза могут вызвать у последнего аффективный стресс. Кроме того, использование какого-либо одного способа лечения может иметь и другие неблагоприятные последствия: психотерапевт будет стремиться расширить значение своего метода, что чревато его применением при недостаточных к тому показаниях.

10. Обучение

В Соединенных Штатах Америки обучение гипнозу осуществляется на медицинских факультетах на уровне университетского и постуниверситетского преподавания. Американская медицинская ассоциация разработала план преподавания, который обсуждался в 1960 г. на собрании представителей 22 медицинских институтов Соединенных Штатов и Канады.

Генеральные линии программы преподавания следующие.

1. Преподавание гипноза должно опираться на знание современной психодинамики и психопатологии, в частности того, что касается возникновения симптомов, отношений врач–больной и природы бессознательных психических процессов.

2. В процессе обучения должны быть использованы тщательно отобранные пациенты; учащиеся несут ответственность за лечение, но проводят его под руководством педагогов.

3. На протяжении всего обучения гипнозу необходим индивидуальный контроль не только в интересах пациента, но и для обеспечения постоянного руководства образованием учащихся, что даст им возможность извлечь максимальную пользу из всего, что им предлагается.

4. Отбор лиц, желающих в дальнейшем продолжить обучение гипнозу, должен быть ограниченным. При отборе необходимо учитывать общую культуру претендентов, уровень их подготовки, мотивировку, а также состояние здоровья, психическую и эмоциональную устойчивость.

5. Преподавание гипноза следует вести на разных уровнях. Программа для психотерапевтов должна быть расширенной и специализированной. Однако эта расширенная программа может иметь много общего с хорошо разработанной постуниверситетской программой для непсихиатров. Некоторые разделы обеих программ могут с успехом комбинироваться.

Американская психиатрическая ассоциация также опубликовала в 1961 г. свои рекомендации относительно преподавания.

1. Настоятельно не рекомендуется проведение курсов, которые ограничиваются лишь обучением гипнотической терапии.

2. Преподавание гипноза должно осуществляться в медицинских институтах и психиатрических центрах, заинтересованных в обучении гипнозу. Гипноз, изученный студентами в соответствии с принципами психиатрии, станет полезным вспомогательным средством терапии.

3. Преподавание гипноза должно быть достаточно продолжительным и углубленным, что позволит студентам приобрести соответствующие знания о значении и месте гипноза среди других методов лечения в психиатрии, о существующих показаниях и противопоказаниях, преимуществах и опасностях при его применении. Решение вопроса о том, достаточно ли углубленно и широко поставлено преподавание гипноза, должно быть гибким и принадлежать психиатрическим учреждениям, организовавшим данные курсы.

4. Обучение гипнозу во всех указанных аспектах могут также пройти врачи и дантисты, изъявившие желание.

5. Требования, предъявляемые к преподаванию гипноза, должны особенно возрастать на постуниверситетском уровне. Рекомендуется организация постуниверситетских курсов в

медицинских институтах и других учебных центрах под руководством психиатрического учреждения.

6. Врачи, прибегающие к гипнозу, должны ограничиваться при этом областью своей медицинской компетентности.

7. Подчеркивается необходимость дальнейшего изучения гипноза и проведения соответствующих исследований; особое внимание должно быть уделено определению места гипноза среди других методов лечения.

Параллельно преподаванию и обучению гипноза ведется научно-исследовательская работа. В распоряжение исследователей различными учреждениями США недавно были представлены стипендии на сумму около миллиона долларов.

Что касается роли гипноза в психотерапевтическом обучении, то, по мнению Kennedy (1957), профессора медицинской психологии Эдинбургского Университета, этот метод психотерапии может быть полезным, так как «благодаря ему можно показать студенту элементарные формы отношений врач–больной, возникающие в терапевтической ситуации, и способы их использования при оказании помощи больному». Кроме получения практических навыков, будущий психотерапевт изучает теорию гипноза, после чего переходит к более сложным методам психотерапии. Позднее он решит, желает ли он сам подвергнуться психоанализу. Kennedy добавляет: «Можно сказать, что такое развитие учебного процесса является сжатым повторением пути, которым Фрейд и многие другие, начав с гипноза и освоив его драгоценные уроки, шли к новым методам». Другие авторы считают иначе. Среди них есть и такие, которые предлагают противоположный путь: прежде всего освоить динамическую психотерапию, испытать в случае необходимости дидактический психоанализ, а затем перейти к гипнотерапии. Предпочтение, на наш взгляд, следует отдать последнему решению, особенно при намерении использовать гипноз как способ усовершенствования психотерапевтического исследования.

11. Показания к гипнотерапии

В декларации Американской психиатрической ассоциации (1961) терапевтическое применение гипноза резюмируется следующим образом:

«Гипноз используется разумно и правильно в процессе терапии только в том случае, когда он служит лечебным целям, не подвергая больного излишнему риску. При правильном отборе больных его можно использовать как седативное и обезболивающее средство, с целью ослабления страха и тревоги, а также снятия симптомов. Гипноз можно применять и при невротических и психотических расстройствах, но на основе еще более строгого отбора больных.

Трудно определить точные границы терапевтических показаний к гипнозу. Это зависит скорее от больного, а не от болезни. Для того чтобы применить лечение гипнозом, надо, конечно, руководствоваться диагнозом, однако следует принимать во внимание и то, что одинаковые диагнозы не всегда обуславливают одинаковую реакцию на гипнотерапию. Среди отобранных для лечения больных могут быть и такие, которые сами отказываются от гипноза из-за невосприимчивости к нему. Гипнабельный больной оказывается обычно восприимчивым и к психотерапии. Ее можно применить у таких больных, однако это не значит, что лечение обязательно увенчается успехом. Тем не менее больной, соглашающийся на гипнотические отношения, протягивает руку помощи врачу, который должен использовать это наилучшим образом для больного.

При отборе больных для гипнотерапии мы руководствовались прежде всего практическими соображениями. Мы выбирали приемлемую для больных кратковременную форму лечения. Некоторые среди этих больных были невосприимчивы к глубокой психотерапии в силу недостаточности их динамических ресурсов, другие – не соглашались на длительное лечение. Для кого-то из них гипноз был единственным, а иногда и неотложным способом лечения. Возможно также, что некоторые больные, ранее лечившиеся гипнозом по поводу острого заболевания, обращались затем к психотерапии другого рода.

В процессе лечения мы редко ограничиваемся прямым внушением под гипнозом. В большинстве случаев лечение сопровождается психотерапевтическими беседами под гипнозом или в состоянии бодрствования; больной сидит напротив нас или лежит, он или видит нас, или мы вне поля его зрения. Иногда мы используем катартический метод и специальные приемы (регрессия, индуцированные сновидения и др.), но последние скорее в целях исследования, нежели в качестве терапии.

Как и у всех психотерапевтов, у нас есть своя теоретическая установка. Мы используем систему психоаналитических положений и рассматриваем гипнотические отношения как психотерапию, сопровождающуюся особой трансферентной или контртрансферентной ситуацией, которую мы стараемся постоянно осознавать. Как и в любой психотерапии (PIP), самоанализ (*insight*) и пояснительная обработка (*working through*) должны использоваться с осторожностью.

Что касается оценки результатов гипнотерапии, то она также требует чрезвычайной осмотрительности. Известно, сколько трудностей представляет этот вопрос для каждого вида психотерапии. Никто не может похвастаться умением представить эффективность лечения в количественном выражении. Кроме того (и это, возможно, самый серьезный пробел), в публикациях, относящихся к прошлому, обычно отсутствуют данные, подтверждающие достоверную оценку успехов терапии. Вследствие этого остаются непроверенными результаты, полученные за продолжительный период применения гипнотерапии. Вроде бы исцеляли всех. Правда, и современные публикации грешат тем же, исследования здесь также недостаточны.

Добавим еще, *last but not least*, основную трудность. Речь идет о всегда спорной проблеме критериев выздоровления, с которой мы сталкиваемся при оценке результатов гипноза, как и любого другого вида психотерапии.

Вполне возможно, что терапевтические результаты, полученные с помощью гипноза в прошлом веке, были лучше сегодняшних. Разумеется, трудно получить сравнительные данные. Катамнестические исследования, достаточно отдаленные от момента лечения, раньше проводились редко (как, впрочем, и сегодня, и не только при гипнозе, но и при всех видах психотерапии). Более того, старые авторы не уделяли достаточно внимания заменяющим симптомам.

Однако при анализе результатов, представленных в наиболее серьезных сообщениях, создается впечатление, что гипнотическое лечение в прошлом было более эффективным и покушалось на такие болезни, которые сегодня плохо поддаются этой терапии. Так, например, в отчетах двух Международных конгрессов (1889 и 1900 гг.) отмечены положительные результаты (с достаточным периодом наблюдения), полученные в некоторых случаях агорафобии, при неврозах навязчивых состояний, писчем спазме. Гипнотерапия была, по-видимому, особенно эффективной при токсикоманиях.

Были сделаны попытки сравнительной оценки различных видов психотерапии. Отметим, например, работу Stokvis (1960), в которой автор попытался дать статистическую оценку результатам психотерапии при помощи катамнестической анкеты, проанализированной в сроки от 6 мес. до 5 лет после лечения. Автор указывает на методологические трудности, с которыми он сталкивался; ценность его заключения оказалась, следовательно, относительной. В качестве лечебного эффекта им учитывалась степень социальной адаптации пациента. Stokvis различает две формы терапии: «Zudechende» и «Aufdeckende»; эти термины трудно перевести на французский язык.⁴³ Первая форма, включающая процесс прямого внушения, – это поверхностная терапия. Вторая – терапия глубокая, экспрессивная, интроспективная, включающая аналитическое лечение (метод индивидуальной психологии). Психотерапевтические результаты, полученные при обеих формах, почти одинаковые.

При лечении психоневрозов (75 больных лечились поверхностной терапией и 30 – глубокой) получено от 5 до 10 % положительных результатов, 40 % – удовлетворительных, 25 % – сомнительных и 25 % неудач. При психосоматических заболеваниях число положительных результатов несколько выше. Средняя длительность лечения составляла 25 сеансов для поверхностной терапии (проводилась в течение 5,3 мес.) и до 100 сеансов для глубокой терапии (лечение проводилось в течение 4,5 мес.). Диагноз заболевания в обеих группах был примерно одинаковым.

Теперь рассмотрим заболевания, при которых была испытана гипнотерапия. Как психотерапевтический метод гипноз был применен при различных органических и функциональных заболеваниях, включающих эмоциональный компонент (или как этиологический фактор, или как фактор, возникший в течение болезни).

Более подробно мы расскажем здесь о некоторых наших наблюдениях, относящихся к довольно простым случаям и касающихся различных заболеваний, прослеженных нами на протяжении нескольких лет. Успех лечения не всегда был полным. Мы не утверждаем, что в случаях, когда были достигнуты положительные результаты гипнотерапии, другой вид психоте-

⁴³ Jean Delay говорит о них соответственно как об «упраздняющей» и «вскрывающей» форме.

рапии не мог быть эффективным. Но мы думаем, что гипноз оказал хорошее дополнительное действие.

Результаты наших наблюдений будут сгруппированы по трем разделам: психосоматическая медицина, психиатрия и разное. Нам приходилось иметь дело и с чисто органическими заболеваниями, при лечении которых было возможным оказание помощи в отношении функциональных симптомов и субъективных переживаний. Само собой разумеется, что приведенный нами список заболеваний не может быть исчерпывающим.

Психосоматическая медицина

Сердечно-сосудистая система. Русские авторы сообщали об успешном лечении артериальной гипертензии с помощью продленных сеансов гипнотерапии (вплоть до лечения сном). Гипнотерапия может оказаться полезной также при лечении кардиальных неврозов с нарушением сердечного ритма. Наконец, у больных со стенокардией или перенесших инфаркт миокарда гипноз применялся с целью дать отдых больному и уменьшить его тревогу.

Дыхательная система. Мы точно не знаем этиологии астмы, но известно, что наряду с аллергическими факторами в этом заболевании играет роль эмоциональный компонент. Все виды лечения астмы симптоматичны. Гипноз может вызвать улучшение состояния и оказать срочную помощь во время приступа [Sinclair-Gieben, 1960]. Так, американский автор Kaufman (1961) сообщает о 5 пациентах с бронхиальной астмой, которым гипноз, примененный во время приступа, оказал жизненно необходимую помощь, дав возможность нормально дышать.

Эндокринная система. У больных, страдавших ожирением, пытались путем прямого внушения снизить аппетит и установить диету. При таком способе лечения больные могли худеть. Но не следует забывать, что в этиологии ожирения значительную роль играют психологические факторы, что обуславливает возможность применения психотерапии.

При базедовой болезни, особенно если она возникла в результате эмоционального шока, гипноз может обеспечить седативный эффект.

Наблюдение 1. Больная О., 23 лет, студентка фармацевтического факультета, направлена к нам эндокринологом в марте 1958 г. Страдает олигурией, что вынуждает ее «испытывать муки жажды и голода, чтобы не дойти до чудовищных размеров». По предположению эндокринолога, речь шла о гиперсекреции антидиуретического гормона, возможно, имеющей психогенную природу. Больная находится в явно выраженном депрессивном состоянии и не может работать.

Страдает «ожирением» и олигурией с 10-летнего возраста. При поступлении к нам ее масса тела составляла 60 кг при росте 163 см, что не является чрезмерным, но она решила, что ее масса тела не должна превышать 48 кг. Больная старалась воздерживаться от питья и назначила себе драконовскую диету: 600–700 калорий в день в течение нескольких лет. Время от времени под влиянием внезапного голода она переставала соблюдать диету и тогда прибавляла в день до 4 кг, от которых стремилась избавиться, принимая огромные дозы слабительного.

Два года назад она лечилась у психотерапевта, но прекратила лечение после двух сеансов. На следующий год начала курс психоанализа и прервала его через 3 мес. В течение последнего года ее личная жизнь очень осложнилась, о чем мы не будем подробно рассказывать. В целом речь идет об очень конфликтной личности, не поддающейся никаким психотерапевтическим воздействиям. При этом больная была убеждена, что ее заболевание имеет органическую природу, и отказывалась от всякого аналитического лечения.

Ситуация требовала неотложного вмешательства. Поскольку наши возможности были ограничены, мы решили использовать гипноз с целью уменьшить выраженность симптомов. Мы применили «planning», чтобы поддержать у нее уверенность в успехе лечения, в котором она потерпела неудачу в предыдущем году. Успех имел для нее особенное значение, так как она не могла себе представить нового поражения. Мы не надеялись достигнуть сразу структурных изменений личности, но предполагали позже ориентироваться на глубокое лечение.

Гипноз был проведен, и она оказалась хорошей пациенткой. Эффект первого сеанса, в котором было дано постгипнотическое внушение, был замечательным. Она стала нормально мочиться. Приступы голода не повторялись, и после двух сеансов (через 7 дней) она потеряла 4 кг. Больная весит 54 кг, точно столько, сколько ей было внушено.

Она начала работать и готовиться к экзамену. Острая фаза болезни преодолена, но пациентка боится рецидива и ложится в психиатрическую больницу, которую покидает через 3 дня. Она прекращает лечиться и у нас. Время от времени мы узнаем, что состояние больной то улучшается, то ухудшается, но она может работать и успешно сдала экзамены.

Больная вернулась к нам в сентябре 1962 г. Она закончила учебу и работает по своей специальности. Она не создала семью, о чем сожалеет. Соблюдает диету, но проблема веса уже не является навязчивой идеей. Конфликты у больной сохраняются. Безуспешно пыталась лечиться наркоанализом. По-прежнему настроена против глубокого лечения.

Желудочно-кишечный тракт. Язва двенадцатиперстной кишки успешно лечилась длительными сеансами (состояние покоя, вызванное терапией сном). Можно прибегать к гипнозу при спазмах пищевода и кардиальной части желудка. Внушением можно повлиять также на запоры и поносы. Гипнотерапия может найти применение в гастроэнтерологии, при болевых симптомах и рвоте. Эти симптомы, появляясь у больных язвой, могут ускорить осуществление гастрэктомии, когда не исчерпаны все возможности консервативного лечения. Если после операции сохраняются те же симптомы, больные также нуждаются в психотерапевтическом вмешательстве. Наконец, гипноз применялся при кровоточащих ректоколитах в период обострения.

Наблюдение 2. Больной М.Р., 31 год, электрик, женат, отец 4-х детей, лечился у нас с июня 1953 г. Мы его видели на консультации у гастроэнтеролога по поводу заболевания желудка с рвотой, болями и значительным похуданием. В 1952 г. подвергся гастрэктомии в связи с кровавой рвотой во время болевого приступа.

Начиная с 1944 г. у больного отмечались расстройства желудка с рвотой и болями. Операция принесла облегчение на 2 мес., затем приступы возобновились и с каждым разом становились всё сильнее. Больной потерял трудоспособность. Через 2 мес. вновь перенес оперативное вмешательство по поводу спаечного процесса. Улучшение состояния в течение месяца, затем опять расстройства прежнего типа. Общее состояние болезненное; за последние 18 мес. больной похудел на 22 кг, ходит с палочкой, не работает уже несколько месяцев.

Обследование больного и особенно его собственное описание симптомов встревожили нас: больной сравнивал свою боль с двигающимся пауком, перемещающим свои щупальца в глубине желудка. Он считал, что у него рак. Кроме того, обнаружилась полная слепота левого глаза, возникшая после ранения при бомбардировке. Офтальмолог констатировал рубец, но считал, что слепота с ним не связана.

Мы решили применить гипноз с активной психотерапией, направленной на социальную реабилитацию. Больной оказался весьма гипнабельным, но, будучи амбивалентным в отношении лечения, приходил на сеансы очень нерегулярно. Тем не менее наступило определенное улучшение его состояния, увеличилась масса тела.

Вначале мы проводили длительные сеансы гипноза, затем решили предпринять попытку исследования под гипнозом с целью катарсиса, учитывая при этом хрупкость структуры личности пациента. Больного попросили воскресить в памяти ту бомбардировку, когда он был ранен. В момент, когда больной начал вспоминать, он внезапно проснулся в паническом ужасе. Мы его успокоили и решили прибегнуть к компромиссу. С этого дня мы занялись только пищеварительными расстройствами больного, отложив на время лечение его слепоты.

По-видимому, выбранный метод лечения позволил улучшить общее состояние больного и избавить его от желудочных расстройств, облегчив его включение в социальную и профессиональную деятельность. Удовлетворительное состояние наблюдалось 2 года. В июле 1956 г. работал по своей специальности, немного жалуясь на свое физическое состояние. В мае 1958 г. состояние больного хорошее; рвота не возникает. В семье появился пятый ребенок. Материальное положение больного улучшилось, ему удалось выбраться из трущобы, где он жил, и переселиться в муниципальный дом.

Лечение уберегло этого больного от хронической инвалидности и надвигавшегося социального отчуждения. По-видимому, гипнотические отношения, включающие удовлетворение инстинктивных влечений (объяснить все психодинамические процессы не представляется возможным), позволили ему мобилизовать свои силы, что привело к частичному выздоровлению.

Его пробуждение во время катартического сеанса могло бы проиллюстрировать размышления Brennian, Gill и Knight (1952) о колебаниях глубины транса в зависимости от «я». При ситуации, воспринятой как угроза, больной просыпается.

Мы вновь видели этого больного в августе 1962 г. У него была реактивная депрессия, связанная со смертью от лейкоза его 15-летнего сына. Чтобы помочь ему, мы пытались применить гипноз, но он не поддавался ему.

Мочеполовая система (урология и гинекология). Хотя первая работа, написанная в психосоматическом плане, была опубликована венским урологом Schwartz еще в 1925 г., урология в психосоматике остается без должного внимания (так же, как в психоаналитической

литературе уретральная область, в некотором роде «бедный родственник» анальной области). Урогенитальные боли (цисталгии при нормально окрашенной моче) наблюдаются очень часто и имеют тенденцию к хронизации. Цисталгия при светлой моче – хорошо изученный синдром. Он характеризуется болями и учащенным мочеиспусканием и встречается у лиц обоих полов, хотя лучше изучен у женщин (у них поллакиурия наблюдается чаще). При раннем выявлении заболевание может поддаваться гипнотической психотерапии. При хронизации процесса вмешательство становится более рискованным. Некоторые болевые симптомы принимают форму настоящей сенестопатии, не реагирующей на гипнотерапию, как и на любое другое лечение. У женщин с цисталгией легче добиться ослабления болей, чем уменьшения поллакиурии. В случаях достижения социальной реабилитации прогноз бывает благоприятным. В психотерапии психогенной задержки мочи гипноз является очень полезным вспомогательным средством, часто дающим положительный результат [Aboulker, Chertok, 1959].

При постпубертатном энурезе гипноз, по нашему мнению, является методом выбора. Мы наблюдали большое количество таких случаев со значительным процентом положительных результатов. При этом мы применяли метод так называемой психотерапии по требованию: без заранее определенного режима, с произвольными интервалами между сеансами; больные приходят, когда хотят или когда чувствуют в этом необходимость. Состояние прогрессивно улучшалось. Выздоровление наступало обычно через несколько месяцев после начала лечения, а иногда через некоторое время после его окончания. Такой терапевтический метод весьма поучителен в отношении механизма гипнотерапии, не сопровождающейся интроспективным лечением. У нас создалось впечатление, что происходило постепенное осознание болезни, и больные приходили на сеанс, когда их внутренняя экономика (баланс импульс–защита) им это позволяла. Теперь, спустя годы после лечения, мы не отмечаем появления заменяющих симптомов.

Непроизвольное мочеиспускание. Оно рассматривается как органическое заболевание, требующее хирургического вмешательства. Между тем одна из таких пациенток была нами вылечена с помощью гипнотерапии. После этого прошло уже несколько лет, рецидива не произошло (см. наблюдение 5). Другие подобные случаи нам неизвестны.

Американские авторы [Bodner, 1960] применяли гипноз для уменьшения боли в следующих случаях: при уретральной дилатации у взрослых и детей, цистоскопии и зондировании мочеоточника, при фульгурации небольших опухолей мочевого канала, рассечении наружного отверстия мочеиспускательного канала, при зондировании мочевого пузыря и цистографии, особенно у детей и др. Они также использовали гипноз в случаях, когда больные не могли мочиться при цистоуретрографии; после гипнотизации больные могли это делать.

Гипнотическое внушение может потребоваться иногда как срочное лечение. Как, например, в случае с молодой невестой одного врача, страдавшей цисталгией, которая характеризовалась главным образом выраженной поллакиурией. Будущая новобрачная опасалась, что императивный позыв может прервать церемонию бракосочетания. Ее загипнотизировали и успокоили накануне бракосочетания в мэрии, и всё прошло благополучно. К несчастью, молодая женщина пренебрегла повторным визитом к нам перед венчанием в церкви, которое должно было состояться через 2 нед., и... во время благословения брака пришлось отлучиться по неотложной нужде.

Нарушения половой потенции у мужчин и фригидность у женщин обычно требуют длительной психотерапии. Однако с помощью гипнотерапии можно добиться положительных результатов и в более короткие сроки. Мы лечили нескольких молодых людей, хорошо приспособленных к профессиональной деятельности и социально адаптированных, но оказавшихся бессильными в супружестве. Неврозов, по-видимому, у партнеров не было, и нескольких сеансов гипноза с восстановительной психотерапией было достаточно, чтобы добиться положительных результатов, которые сохранились в течение ряда лет.

В гинекологии посредством гипноза экспериментально вызывали появление и задержку менструации. Гипноз может с успехом применяться при нарушениях менструального цикла, при менопаузе и вагинизме.

Наблюдение 3. Больная Л.Г., 56 лет, замужняя, была госпитализирована в августе 1952 г. в пригородную больницу по поводу цистита с гематурией. Цистит прекратился после обычного лечения, но было замечено, что больная страдает хронической задержкой мочеиспускания, которое происходит только при переполнении мочевого пузыря. После мочеиспускания определялось значительное количество остаточной мочи – от 800 до 1000 мл и более. Имевшееся у больной растяжение мочевого пузыря объясняется, по-видимому, длительно существовавшей

задержкой мочеиспускания. В сентябре больная обратилась к урологам для дальнейших исследований. Ее госпитализировали и подвергли обычному обследованию, а затем неврологическому, которое не выявило патологии. Тогда предположили, что причиной расстройства является застарелое заболевание шейки мочевого пузыря. Это заболевание могло бы объяснить наличие остаточной мочи, но не полную задержку. У больной заподозрили повышенную эмоциональность, и она обратилась к нам для психосоматического обследования. В декабре того же года мы ее обследовали. Больная страдала выраженной поллакиурией (мочеиспускание от переполнения мочевого пузыря), жжением в области мочевого пузыря, что приводило к нетрудоспособности и нарушению общего состояния. Как нам показалось, больная имела волю и желание выздороветь.

Больная замечательно реагирует на гипноз. После нескольких сеансов количество выделенной мочи составило 200 мл, затем около 400 мл, но остаточная моча еще имела место. Общее состояние улучшилось. Через 2 мес. от начала лечения больная снова приступила к работе. Ввиду того что у нее постоянно наблюдалась остаточная моча в количестве 500 мл из-за необратимого органического расширения мочевого пузыря (это могло послужить источником инфекции), был поставлен вопрос об операции. Больная, раньше настроенная против хирургического вмешательства, теперь дала согласие. Операцию произвели в октябре 1953 г. После операции мы использовали гипноз, чтобы ослабить послеоперационные боли и избежать назначения обычных седативных средств.

Впоследствии у больной отмечался небольшой остаток мочи, но общее самочувствие было хорошим. Мы осматривали ее регулярно. В мае 1958 г. остаточная моча составляла 400 мл, но пациентка не предъявляла никаких жалоб, была вполне адаптирована социально. При осмотре в 1962 г. остаточная моча составляла 300 мл. Была предложена повторная операция, на которую больная после небольших колебаний согласилась.

В общем речь шла о больной с необратимым органическим нарушением, к которому присоединилось функциональное расстройство в виде полной задержки мочи. Можно предполагать, что причиной функционального расстройства послужила конфликтная обстановка в семье, обусловившая нарушение социальных связей. Гипнотерапия оказала довольно быстрое благоприятное действие на физическое и моральное состояние больной, вернув ее к социальной жизни. Однако это улучшение не позволяет забывать об органическом изменении и наличии остаточной мочи, что представляет постоянную опасность; больная должна находиться под наблюдением уролога. Повторное хирургическое вмешательство могло быть реализовано при условии хорошего психологического состояния больной. Следует подчеркнуть, что, устраняя функциональные симптомы, при психотерапевтическом лечении подобных больных нельзя забывать об органической природе заболевания. Именно такие больные могут стать жертвами знахарского лечения.

Наблюдение 4. Больной М.М., садовый сторож. Поллакиурия и энурез появились в 1943 г. в 26-летнем возрасте во время нахождения в плену. В 1950 г. лечился по поводу дизурии, поллакиурии, дилатации верхних мочевых путей. Определялся остаток мочи около 250 мл. Мочеиспускание происходило почти каждые полчаса. Моча очень нечистая. Лечение ляписом в июле 1950 г. вызвало задержку мочи, что заставило прибегнуть к катетеризации в течение 2 дней. За этим последовало повышение температуры до 40° в течение 3 дней. Была произведена эндоскопическая резекция шейки пузыря. Поллакиурия становилась всё более выраженной как днем, так и ночью. В октябре больной вернулся к работе, но страдал от поллакиурии (мочеиспускание каждые 5 мин), жжения, болезненного мочеиспускания; остаток мочи составлял около 50 мл. Ввиду дисфункции почки произведена нефрэктомия справа, однако состояние не улучшилось.

В 1954 г. больной чувствовал себя очень плохо. Мочеиспускание частое (каждые 15 мин), остаточная моча 200 мл, энурез. Общее состояние резко ухудшилось. В октябре произведена эндоскопическая резекция предстательной железы, но симптомы не исчезли. В июле 1955 г. больного снова госпитализировали по поводу дневной и ночной поллакиурии (он встает ночью 7 раз), энуреза. К нам он обратился в августе следующего года.

Это больной с довольно примитивным развитием, поэтому психологическое исследование затруднительно. Гипноз представляется нам единственно возможным способом лечения и благоприятно действует на пациента. Поллакиурия значительно уменьшилась. Спустя 3 мес. больной вставал ночью не более 2 раз; он прибавил в весе, не предъявлял никаких субъективных жалоб, был в состоянии вернуться к работе. Мы снова увидели его в мае 1958 г., через 2 года

после окончания лечения. Улучшение стойкое. Масса тела увеличилась на 12 кг, жалоб не было, хотя еще отмечался остаток мочи 70 мл. В сентябре 1962 г. его состояние оставалось тем же.

В этом случае речь идет об органическом заболевании у больного с эмоциональным усилением симптомов, причину которого выявить не удалось. Лечение позволило ему вернуться к нормальному существованию, несмотря на то, что органическая основа болезни не изменилась.

Наблюдение 5. Больная Б., 24 лет, замужняя, мать одного ребенка. Госпитализирована в урологическое отделение в апреле 1958 г. по поводу недержания мочи. С детства непроизвольное мочеиспускание при кашле, напряжении и беге, но стоя и лежа может сдержаться. Перенесла несколько хирургических вмешательств, после которых нарушения всякий раз усиливались.

В 1955 г. произведено двустороннее удаление яичников. После этой операции у больной отмечалось непроизвольное мочеиспускание при быстрой ходьбе и даже стоя. В январе 1957 г. перенесла субтотальную гистерэктомию, после которой мочится почти непрерывно: стоя – постоянно, лежа – несколько меньше. В ноябре 1957 г. фиксация шейки пузыря (операция Marion). Улучшения не наступило. В январе 1958 г. перенесла цервикостоцистэктомию. После операции недержание мочи становится почти полным, что делает невозможной какую бы то ни было деятельность; появляется, кроме того, ночное недержание мочи. Таково состояние больной в день очередной ее госпитализации. Был поставлен вопрос о новом хирургическом вмешательстве, но прежде чем принять решение, больная обратилась к нам для обследования.

После ее поступления в психосоматическое отделение ночное недержание мочи прекратилось; в течение дня больной также иногда удавалось контролировать мочеиспускание.

Мы обследовали ее в апреле. У больной было тяжелое детство, она пережила много разочарований. Имеется психиатрический анамнез: отец умер от белой горячки, бабушка находится в психиатрической больнице. Больная оказалась весьма гипнабельной. После первого сеанса она намочила в постель, но больше этого не было до ее выхода из больницы (через 2 дня). Днем тоже не бывает недержания мочи. После выписки больная наблюдалась амбулаторно. В течение недели после выхода из больницы она неоднократно мочилась в постель ночью, но дневного недержания не было. Затем несколько недель она не предъявляла никаких жалоб. Ввиду того, что в ее заболевании играют значительную роль эмоциональные факторы, мы решили отложить более радикальное вмешательство.

Мы снова увидели эту больную в июле; она сообщила нам, что у нее нет никаких расстройств уже в течение 6 недель. Однако ее обычная раздражительность усилилась (не принимая еще тревожных размеров), и, по ее словам, у нее бывает иногда желание «всё ломать». Она добавила, что предпочитает свой гнев мочевым расстройствам.

Возможно, здесь речь идет о механизме замены: уретральная агрессивность трансформируется в агрессивный характер. Но эта агрессивность в данном случае наносит меньший ущерб. Для психодинамического равновесия теперь достаточно характерологических проявлений, что обуславливает «отказ» от соматических симптомов. Вследствие этого происходит социальная реабилитация.

В октябре больная вновь осмотрена нами; дизурических явлений не отмечено, ее «гнев» смягчился. Она прекратила лечение. При осмотре в апреле 1959 г. она также не жаловалась на дизурию. Она приступила к своей работе, прерванной несколько лет назад. В сентябре 1962 г. состояние больной оставалось прежним. Вопрос о хирургическом вмешательстве, разумеется, больше не поднимался.

Акушерство. Известно, что гипноз сыграл первостепенную роль в возникновении психопрофилактического метода (обезболивание родов), применяемого в настоящее время очень широко. На протяжении ста лет экспериментально доказано благоприятное влияние гипноза на боли при родах и даже на маточные сокращения. Гипноз применяется или при подготовке к родам и во время самих родов (женщина рождает под гипнозом), или только в подготовительный период, в этом случае анальгезия осуществляется посредством постгипнотического внушения (женщина рождает в состоянии бодрствования). Гипносуггестивный метод также имеет благоприятное действие на физиологию беременности и родов.

Гипнотическое обезболивание послужило отправной точкой для советских исследователей – основоположников психопрофилактического метода. В их исследованиях была доказана возможность обезболивания путем словесного внушения. От психопрофилактического метода впоследствии отказались ввиду невозможности широкого его применения (недостаточное число подготовленных врачей, намеренное умалчивание и др.) и заменили дидактическими методами, физиотерапией и негипнотической психотерапией [Chertok, 1958].

Тем не менее советские врачи всегда используют гипноз как вспомогательное средство в тяжелых случаях: если женщины особенно тревожны или имеются осложнения беременности (нефропатии, сердечно-сосудистые заболевания), или при трудных родах.

Впрочем, в Советском Союзе наряду с психопрофилактическими методами широко применяется гипносуггестивный метод в гипнотариях, созданных для коллективной подготовки к родам [Вигдорович, 1938; Сыркин, 1950]. Гипноз применяют с этой целью и в других странах, особенно в Соединенных Штатах Америки, где некоторые врачи сочетают гипнотерапию с дидактической психотерапией и физиотерапией. Мы также испытывали эту технику и получили удовлетворительные результаты при обезболивании родов и люмбалгии во время беременности. Другие врачи тоже начали применять этот метод во Франции [Gueguen, 1962].

На протяжении 50 лет известно влияние гипноза на рвоту беременных. Русские авторы используют его и при поздних токсикозах беременных.

Дерматология. Гипнотерапия широко применялась при лечении кожных заболеваний. Один из советских авторов⁴⁴ даже посвятил свою книгу этой проблеме. В работе американского автора, касающейся изучения роли эмоциональных факторов в заболеваниях кожи, среди использованных методов психотерапии фигурирует гипноз [Obermaier, 1955]. Хорошо известно действие внушения на бородавки, на эти доброкачественные опухоли вирусной природы. Детальное выяснение в будущем механизма такого действия, безусловно, будет крупным шагом к пониманию связи между соматическим и психическим. Ничто так хорошо не иллюстрирует эту связь, как анекдот, рассказанный одним автором: в клинике, где бородавки лечили внушением, процент удач был прямо пропорционален социальному положению врача, больше всего успехов было у профессора.

Для молодых девушек бородавки на руках могут иногда создавать социальные преграды. Такой случай был с 17-летней студенткой, которую мы лечили. В 12-летнем возрасте у нее появилось большое количество бородавок на руках. Гомеопатическое лечение и электрокоагуляция не дали эффекта. Больная отказывалась выходить из дома, стыдясь своего заболевания. После первого сеанса гипноза (их было всего два) началось постепенное исчезновение бородавок. Через несколько недель ее руки стали чистыми. Это лечение заметно отразилось на социальной жизни молодой девушки.

Многие другие эксперименты наглядно продемонстрировали действие внушения на заболевания кожи. В старой литературе фигурируют знаменитые эксперименты с ожогами II степени, полученными посредством внушения (тем не менее современные исследователи, очевидно, не в состоянии повторить эти опыты). Известно также, что внушением можно вызвать герпес губ (*herpes labialis*).

Получены определенные результаты в лечении экземы, псориаза, плоского лишая, крапивницы, облысения, нейродермита. Поскольку этиология этих болезней еще неясна, все способы лечения, в том числе гипноз, симптоматичны, и надо иметь в виду вероятность рецидивов. В опубликованных сообщениях отсутствуют катанестические данные, подтверждающие стойкое улучшение состояния после исчезновения симптомов заболевания. Мы лечили 3 больных псориазом и достигли очищения кожи. У одного больного через некоторое время был рецидив, у другого, осмотренного 3 года спустя, чистота кожи сохранилась. Третьего пациента мы не видели. Английский автор сообщает о сенсационных результатах, полученных им при лечении гипнозом врожденной ихтиозиформной эритродермии Брока, когда выздоровление держалось несколько лет [Mason, 1960]. Он также упоминает других авторов, которые успешно лечили гипнозом некоторые редкие кожные заболевания: врожденную пахионихию и врожденный линейный невус.

Советский автор сообщил о тяжелом случае герпеса у беременной, излеченного гипнозом [Путилин, 1961].

Центральная нервная система. Сильные головные боли, боли в позвоночнике, бессонница – всё это является объектом применения гипнотерапии. Боли вообще трудно поддаются суггестивной терапии. Суть здесь – в очень архаичной регрессии. Парадоксально, но гораздо легче воздействовать на органические заболевания. Поэтому следует проявлять осторожность в тех случаях, когда боль представляет собой сигнал тревоги, который не должен быть замаскирован.

⁴⁴ В оригинале фамилия автора не указана. – Примеч. ред.

Гипнологи берутся также за болезнь Паркинсона, чтобы смягчить интенсивность симптомов, и за рассеянный склероз. Некоторые авторы утверждают, что сумели добиться определенных успехов, другие считают, что нет. Многие авторы сообщают об успешном лечении заикания и тика. Последние данные представляются нам обоснованными тогда, когда эти заболевания имеют истерическую природу, в других же случаях такие результаты надо принимать с осторожностью.

Стоматология. Зубные врачи всегда проявляли большой интерес к проблеме анестезии (одному из них мы обязаны эфирной анестезией). В настоящее время они используют гипноз при болезненных вмешательствах, а также для снятия тревоги у пациентов, плохо переносящих лечение зубов. Кроме того, гипноз может оказать услугу больным с выраженным рефлексом тошноты, возникающей сразу, как только им вводят в рот какой-нибудь предмет.

Наблюдение 6. Больной М.Б., 64 лет, женатый. Направлен к нам стоматологом в 1956 г. Это очень активный человек (типа крупного воротилы), могучего телосложения. Тем не менее он в течение 15 лет страдал аритмией. Будучи членом гастрономического клуба и выдающимся гурманом, он 5 лет назад перенес гастрэктомию.

Ротовая полость, видимо, была у него на особом положении: он всегда испытывал большие затруднения с дантистами. Любой посторонний предмет, введенный в рот (зеркало, ватный тампон и др.), вызывал у больного сильный рвотный рефлекс. Он даже избегал пользоваться зубной щеткой. У больного начали выпадать зубы, и встал вопрос о протезе. Стоматолог оказался перед двумя проблемами: подготовительные работы и ношение протеза. Он полагал, что с помощью адекватной медикации ему удастся в крайнем случае провести подготовительную работу, но не рассчитывал на то, что его пациент сможет носить протез, когда действие этого лечения пройдет. Несколько раз вмешательство откладывалось. Пародонтоз, которым страдал больной, прогрессировал, и положение становилось очень серьезным. Тогда врач, не имея возможности справиться самостоятельно, подумал о гипнозе и направил больного к нам.

Мы провели предварительное обследование. Больной был настроен скептически по отношению к результатам терапевтического внушения. Учитывая это, мы решили привлечь его к активному лечению, предложив самогипноз, который он должен был также проводить у себя дома. Вместе с тем мы учитывали необходимость для него сохранить свою представительность и возможность гастрономического удовлетворения.

После нескольких подготовительных сеансов больному посоветовали начать лечение у стоматолога. Последний начинает со слепка; желая сделать всё возможное, чтобы получить хороший слепок, он назначает больному седативное средство в течение 3 дней. Всё проходит удачно. Второй сеанс у нас предшествовал удалению зубов и надеванию временного протеза. Остальное – удаление нижних зубов, примерка и надевание постоянного протеза – происходило без всяких затруднений и без лекарств. Нам известно, что в дальнейшем самочувствие пациента было хорошим.

Конечно, нам было бы интересно найти причину возникновения у больного такой тревоги, но ввиду его возраста и срочности лечения нам пришлось отказаться от более глубокого исследования. Мы сыграли на стремлении пациента господствовать, предоставив ему активность: он получил возможность вмешаться в лечение, хотя значение его вмешательства было скорее символическим.

Педиатрия. Гипнабельность детей – вопрос спорный. По мнению некоторых авторов, дети меньше поддаются гипнозу, чем взрослые, но больше взрослых поддаются внушению. Один голландский автор рекомендует хорошо узнать окружение ребенка, и если отец у него проявляет деспотизм, то к ребенку надо применять очень мягкий способ гипнотизации. У детей гипноз применяют при энурезе и различных симптомах истерии (паралич, слепота, глухота).

Психиатрия

Истерия. Истерию часто считали заболеванием, исключительно подходящим для гипнотерапии. Известно, что истерия изменила свое лицо. В настоящее время мы редко встречаемся с истерическими припадками. Это отнюдь не означает, что истерия исчезла. Клинически она может принять серьезную форму, перейдя или в истерический психоз с деперсонализацией, или в некоторые значительные функциональные расстройства. Эти категории недоступны гипнотерапии и, по-видимому, трудны для любой психотерапии.

Другую, менее серьезную категорию больных, доступных гипнотерапии, составляют невротики с многочисленными конверсиями: параличами, дисфагией, афонией, амнезией, заиканием и др. или субъекты истерического типа с легкими функциональными нарушениями.

Наблюдение 7. Больная С., 34 лет, замужняя, мать маленького мальчика. Госпитализирована в психиатрическое отделение в октябре 1949 г. с амнезией, последовавшей за целым рядом душевных травм, среди которых смерть отца и участие в деле об аборте своей подруги, на котором она присутствовала.

Речь шла о частичной амнезии, охватывающей период 12 лет. Заболеванию предшествовал депрессивный период с приемом массивных доз ортедрина (фенамина), а толчком, по-видимому, послужил фильм «Яма змеи»⁴⁵.

В анамнезе – семейный сомнамбулизм и «нервные припадки». Во время опроса больная сообщает, что ей 22 года, не узнает ни мужа, ни сына. Общее состояние подавленное. Мы применили гипноз, во время которого больная сообщила нам о событиях периода амнезии. Перед пробуждением мы внушили включение в память периода пробела. Пробуждение сопровождалось эмоциональными проявлениями, свидетельствовавшими о радости избавления от тягостного состояния. Несколько сеансов гипноза с поддерживающей психотерапией оказали общеукрепляющее действие, и депрессия исчезла. Больная вышла из больницы и начала работать. Мы видели её через 4 года, она была совершенно здорова. По нашей просьбе она пришла к нам в сентябре 1962 г. В течение года она страдала астмой, в связи с чем наблюдалась у врача. От предложенной гипнотерапии она отказалась.

Невроз страха. Заболевание характеризуется постоянным тревожным состоянием с отдельными приступами. Гипнотерапия здесь может оказать успокаивающее действие, смягчая острую тревогу и позволяя затем изучить ситуацию, в которой находится больной, и его конфликтные проблемы.

Фобии. Фобии снимаются классическим психоаналитическим лечением. Некоторые авторы, лечившие фобические состояния гипноанализом, рассматривают свое вмешательство как перестройку в лечении. Пока трудно высказаться по этому поводу, так как гипноанализ еще не располагает кодифицированной техникой, но он имеет свои достижения и, наверное, применим при лечении определенных болезненных состояний. При некоторых фобических состояниях, когда глубокое лечение оказывается невозможным, благодаря гипнозу можно получить временный эффект. Если обострение невроза приводит к социальному отчуждению, гипноз действует успокаивающе, и больной может снова приступить к работе. Затем ему дают установку на углубленное лечение. Было бы особенно интересно изучить переход из одной формы лечения в другую с теми трансферентными противоречиями, которые с ним сопряжены.

Невроз навязчивых состояний. Этот тип невроза также снимается лечением аналитического характера. Иногда мы применяли гипнотерапию у пожилых пациентов, страдавших психастенией, окрашенной легкой тревогой, но с нормальной социальной адаптацией. Проведившееся ранее глубокое лечение не привело к определенным результатам. Гипнотерапевтическое лечение в сочетании с тактикой поддержки позволило ослабить симптомы.

Советские авторы отмечают положительные результаты при лечении неврозов навязчивых состояний. Но, на наш взгляд, они иногда допускают номенклатурную путаницу. Читая сообщения о некоторых наблюдениях, мы предположили, что речь идет скорее о фобических состояниях [Лебединский М.С, 1959, с. 92], так как в описаниях болезни отсутствуют указания на наличие ритуальных и заклинающих действий.

Тяжелые неврозы или пограничные состояния (border-lines). Эта разновидность неврозов, очень распространенная в настоящее время, не должна лечиться гипнозом, поскольку он может ускорить переход к психозу. Некоторые авторы иногда всё же пытаются применять гипнотерапию.

Психозы. Обычно гипноз при лечении психозов не применяется. Психически больные поддаются гипнозу лишь в исключительных случаях. Кроме того, некоторые исследователи считают, что попытки гипнотизировать могут усилить бред при параноидной шизофрении.

Однако за последние 20 лет взгляды на возможность гипнотерапии у психически больных, видимо, претерпели некоторую эволюцию. Так, например, в отчете Американской психиатрической ассоциации упоминается лечение гипнозом строго отобранных психически больных.

⁴⁵ Фильм, действие которого происходит в психиатрической больнице.

В СССР М.С. Лебединский (1959) считает, что в некоторых случаях можно попытаться гипнотизировать больных шизофренией. По его мнению, даже существование бредовых идей у больных не является противопоказанием для гипноза. В последнее время были опубликованы работы, посвященные гипнотерапии у больных шизофренией [Wolberg, 1948; Illovsky, 1962]. Одна из них посвящена групповому гипнозу в сочетании с лечением хлорпромазином у больных хронической шизофренией. Улучшение наступало быстрее у больных, у которых медикаментозную терапию сочетали с гипнотерапией (по сравнению с больными, получавшими только медикаментозное лечение).

Подобная же эволюция наблюдается в аналитическом лечении больных шизофренией. Этих больных, которых Фрейд называл «нарциссическими невротиками», считали неспособными к трансференции. Они ускользали, таким образом, от главного психотерапевтического рычага. Позже было отмечено, что трансференция у них существует, но в измененной форме. Тогда и ввели аналитическую психотерапию психически больных. Те из них, кто оказался способным к перенесению, становились восприимчивыми к гипнозу, что позволило испытать гипнотерапию.

Возникает вопрос: не обусловлена ли эта эволюция взглядом изменением трансферентных отношений вследствие изменений в социально-культурной сфере? Терапевты становятся более свободными, больные, со своей стороны, более реактивными. Не имея достаточного личного опыта в применении гипноза к психически больным, мы не вправе обсуждать опыт терапевтов-гипнотизеров по отношению к таким больным и не можем высказаться ни за, ни против эффективности лечения.

Можно попытаться гипнотизировать при реактивных или невротических депрессиях. Положительные результаты были получены у больных с легким маниакально-депрессивным психозом во время депрессивной фазы (без предупреждения рецидивов).

В особенности Auguste Voisin в конце прошлого века настойчиво высказывался в пользу применения гипноза при лечении психозов. Трудно представить, какие именно заболевания были у пациентов Voisin, которых он лечил гипнозом. Слово «психоз» (говорят об «истерическом психозе» или об «истерической мании») имело тогда другое значение, отличное от современного. Voisin сообщал, что он может загипнотизировать 10 % «душевнобольных» своего отделения. Он тратил на это часы и начинал гипноз иногда по 20 раз, прежде чем больные засыпали. Гипнотизируемых он отмечает некоторое количество больных с «психозами» и некоторое количество с «галлюцинациями» – больные с синдромами возбуждения, которое снималось гипнозом, и, возможно, что «психозы» и «галлюцинации» были истерического характера или, самое большее, «периодическими психозами», а не шизофреническими психозами, по современной классификации. Вмешательство Forel в дискуссию, которая последовала за сообщением Voisin на конгрессе 1889 г. [Congres, p.147–155], было именно в этом духе. Forel сообщил, что он мог с помощью внушения прерывать приступы «истерической мании», но ему никогда не удавалось таким способом изменить течение психического заболевания. Он указывал, что бредовые идеи не изменялись ни у одного больного. Даже те, которых он мог загипнотизировать и у которых удавалось вызвать анестезию, амнезию и выполнение постгипнотических внушений, отказывались выполнять любое внушение, направленное против их бредовых идей. Один больной с хронической манией, галлюцинациями (переход в систематизированный бред)⁴⁶ и приступами бешенства был усыплен во время приступа, который таким образом был прерван. Но на следующий день он проснулся в том же психическом состоянии, в каком был до гипноза.

Английский автор Robertson (1893), следуя примеру Voisin, попытался гипнотизировать больных психозами. Он, по-видимому, добился седативного эффекта у подлинных маньяков. По мнению автора, в «определенной стадии простой мании легко возбуждается внимание, воображение блестящее, отсюда повышается восприимчивость к внушению сна и легко достигается гипнотическое состояние».

Вообще мы рекомендуем большую осторожность при оценке результатов гипнотерапии у психически больных. Ошибки в диагностике и возможные спонтанные ремиссии особенно затрудняют оценку результатов.

Мы наблюдали больную с подлинным циркулярным психозом и значительными невротическими наслоениями, у которой депрессия поразительным образом прервалась после нескольких сеансов гипноза (см. конец главы 1 во второй части). Мы не следили за дальнейшей судьбой больной, но не думаем, что ее циклическое заболевание прошло. Во всяком случае

⁴⁶ Что можно также назвать шизоманией, согласно выражению Claude.

лечение гипнозом пациентов со склонностью к самоубийству должно быть очень осторожным, особенно во Франции, так как предубеждение, с которым там относятся к гипнозу, может повлиять на оценку ответственности терапевта.

Наркомания. Немало сообщений о положительных результатах лечения хронического алкоголизма и курения. Для последнего отсутствие катамнестических данных не позволяет делать заключения о постоянстве достигнутых результатов. По-видимому, лица, страдающие алкоголизмом, обычно довольно гипнабельные, могут получить пользу от гипноза, применяемого как вспомогательное средство к другим мерам дезинтоксикации.

В конце прошлого века шведский автор Wetterstrand (1899) лечил больных морфиноманией длительными сеансами гипноза (лечение сном). Но, видимо, гипнотерапия не может оказать существенную помощь наркоманам. Schilder и Kauders отмечают, что наркоманы легко поддаются гипнозу в период зависимости (от наркотика), однако авторы добавляют, на основании своего опыта, что почти всегда наступает рецидив. На конгрессе в 1900 г. было представлено несколько сообщений (Lloyd Tuckey, De Jong и др.) о гипнотерапии при алкоголизме. Наиболее значительное сообщение принадлежало русскому автору Токарскому, который лечил гипнозом 700 больных и у 80 % из них добился выздоровления [Congres, 1900, p. 169, 173, 178]. Выздоровевшими считались больные, которые не пили в течение года после прекращения лечения.

В настоящее время гипнотерапия широко применяется в СССР для лечения алкоголизма. С.И. Консторум (1959) считает даже, что алкоголизм является «безусловным показанием» к гипнотическому лечению.

Морфинизм, видимо, также был более доступным для гипнотерапии в конце прошлого века, судя по работам, представленным на конгрессе в 1900 г.

Другие области медицины

Анестезиология. Воздействие гипноза на боль, позволяющее, например, производить хирургические операции (лапаротомия, ампутация груди, удаление щитовидной железы) служит лучшим доказательством существования гипноза, объективизация которого столь затруднительна. Конечно, такие вмешательства проводятся в масштаб эксперимента. Кроме того, гипноз может уменьшить предоперационную тревогу и ослабить послеоперационные симптомы. Отметим также, что посредством внушения, можно снять послеоперационную задержку мочи.

Lassner (1962) применял внушение, чтобы добиться первой дефекации у больных в послеоперационный период.

Травматология. В травматологии гипноз также имеет широкое поле применения. Он может быть использован для уточнения диагноза при производственных травмах и в случае необходимости для лечения возникающих иногда вследствие этого психозов (см. наблюдения 8 и 9).

Вызывает интерес применение гипноза при обширных ожогах. С одной стороны, внушением достигается обезболивание, что позволяет уменьшить страдания обожженного и дает большую возможность обрабатывать раны при перевязке. С другой стороны, гипнозом можно добиться улучшения аппетита, что очень важно для выздоровления [Crasilneck, 1955].

Наблюдение 8. Больной М.Б., 27 лет, североафриканский чернорабочий, упал в сентябре 1954 г. Обнаружен перелом костей запястья (ладьевидной и лучевой), осуществлена иммобилизация с помощью гипсовой повязки. Через 2 мес. гипс сняли и обнаружили контрактуру сустава и пальцев. Интенсивная физиотерапия (80 сеансов электрофореза) не принесла облегчения.

В мае 1955 г. была установлена частичная постоянная инвалидность (70 %, по мнению хирургов). Через 2 мес. ортопед отказался от дальнейшего лечения, считая, что такая контрактура равносильна ампутации. Больной обратился в консультацию по профессиональной переориентации, где было установлено, что заболевание имеет невротическую природу. Больного направили на психиатрическую консультацию для углубленного исследования.

Мы обследовали его в октябре 1955 г. Учитывая довольно примитивное развитие больного, мы решили подвергнуть его прямому и непрямому внушению при усыплении (прием 3 таблеток плацебо). Под влиянием этого он, казалось, впал в гипнотическое состояние; но внушение не дало эффекта. Он вздрагивал, как только прикасались к его больной руке, хотя в состоянии бодрствования такой реакции не было.

Анализируя это атипичное гипнотическое состояние, мы подумали об отказе больного от общения как о защитном поведении, гиперестезию расценили как проявление защитной реакции.

По нашему мнению, здесь имел место истерический синдром у слабого субъекта, уже инвалида и пенсионера.

Действительно, сеанс имел значительный эмоциональный резонанс. В течение двух следующих дней больной страдал поносом и ничего не ел. Мы предположили регрессию в вегетативной сфере в ответ на наше вмешательство, воспринятое как угроза.

На следующем сеансе больному прописали две таблетки плацебо без какого-либо внушения. Оставленный один, он задремал; в это время ему внушили выздоровление от расстройства пищеварения. Через 3 дня у больного появился аппетит, исчезли пищеварительные расстройства, что подтвердило наличие истерического синдрома. Правильность диагноза подтверждало и то, что в период действия пентотала движения в руке появлялись, но при пробуждении вновь исчезали. Больной представлялся неизлечимым.

В данном случае гипноз не оказал терапевтического действия. Мы думаем даже, что субъект не был загипнотизирован. Можно также дискутировать о состоянии его сознания после внушения и думать о степени его симуляции – сознательной, подсознательной или бессознательной. Тем не менее, гипнотическая техника позволила установить диагноз. Возможно, своевременно примененная психотерапия имела бы более эффективное действие.

Наблюдение 9. Больной М.В., 21 года, получил производственную травму в ноябре 1955 г. – падение навзничь при завинчивании гайки. Он поднялся с сильными болями в позвоночнике. В медпункте, куда его перенесли, был поставлен диагноз: травматическое люмбаго. После 2-недельного постельного режима больной встал, но его беспокоили ощущение мурашек на коже икр и в области бедра, затруднения при ходьбе.

В начале декабря больной был госпитализирован по поводу грыжи межпозвоночного диска и направлен в Центр функциональной реабилитации, где после неврологического и рентгенологического исследований диагноз был поставлен под сомнение. Больной был отправлен домой. Это вызвало у него депрессию, мрачное настроение, тревогу и функциональную обездвиженность, усиливающуюся порой до такой степени, что он оказывался полностью «парализованным» в течение целого дня. Общее состояние ухудшилось. Таким он явился к нам в психиатрическую консультацию, шагая с помощью палочки.

Мы знали, что некоторые врачи считали его симулянт, и учитывали это обстоятельство. Нам стало также известно о конфликте больного с членами семьи, особенно с отцом. Больной оказался очень восприимчивым к гипнотерапии; уже первые два сеанса дали наилучшие результаты в смысле усиления активности, исчезновения тревоги и мрачного настроения. Однако возвращение к работе затянулось из-за ангины с повышенной температурой, сопровождавшейся кратковременным энурезом. Температура вскоре нормализовалась, и больной приступил к работе без каких-либо затруднений.

В этом случае кратковременное гипнотическое вмешательство позволило избежать направления больного из одной больницы в другую, уточнить диагноз, выбрать лечение, купировавшее острый эпизод. Оно способствовало социальной реабилитации больного, но не имело глубокого влияния на невротическую структуру, что потребовало бы длительного воздействия.

Здесь можно дискутировать по поводу появления заменяющих симптомов, таких как энурез, который притом был кратковременным. Больного повторно осмотрели в ноябре 1962 г. Он женат, имеет одного ребенка. Профессиональная адаптация хорошая, он работает вместе со своим тестем. Однако психоэмоциональное равновесие больного всё еще ненадежно: у него бывают депрессии, он страдает бессонницей.

Онкология. В этой области гипноз применялся с целью ослабления болей в терминальной стадии болезни. Он может также служить для улучшения эмоционального состояния при некоторых симптомах.

Наблюдение 10. Больной М.В., 53 лет, рабочий. Когда мы его осмотрели, он был уже умирающим. Шесть месяцев назад больной был оперирован по поводу рака желудка и находился в больнице из-за возникшего расстройства глотания (дисфагия). Он был в состоянии крайнего истощения. Дисфагия допускала минимальное питание, но не могла быть объяснена механическим затруднением. Затруднение глотания было избирательным и не соответствовало ни объему, ни консистенции пищи. По просьбе диетолога мы осмотрели его в апреле 1954 г.

Без колебаний мы применили гипноз и добились очень глубокого транса. Было сделано внушение. Однако первый сеанс не дал никакого результата. На следующий день мы провели второй сеанс, больной по-прежнему не мог есть. Но в тот же вечер он потребовал еду и ел всё.

Его аппетит повысился. За несколько дней его масса тела увеличилась на 1 кг, моральное состояние улучшилось, он стремился покинуть больницу. Однако через 2 нед. он возвратился туда и умер. Вскрытие не выявило никакой органической непроходимости.

Это драматическое наблюдение ярко демонстрирует силу внушения. В данном случае вмешательство гипноза было срочно необходимым и симптоматическое лечение не имело никаких противопоказаний. Было осуществлено глубокое воздействие, что усилило влияние внушения.

Таким образом, речь идет о больном, состояние которого удалось облегчить с помощью психологического воздействия и который умер через несколько дней под тяжестью органической фатальности.

Часть II. Техника гипнотизирования

Введение

Техника гипноза основывается на использовании ряда «объективных» (физических) методов, эффективность которых в большинстве случаев связана с субъективными факторами.

Под «объективными» методами мы подразумеваем действия, осуществляемые в сенсомоторном плане, а именно:

- уменьшение сенсорных воздействий и двигательной активности;
- фиксация внимания,
- монотонное повторение определенных стимулов.

Что касается субъективных факторов, они реализуются в плане отношений, которые устанавливаются между пациентом и гипнотизером.

Мы уже обсуждали вопрос, касающийся личности гипнотизера. В какой мере может он изменять свое поведение, находясь лицом к лицу с пациентом? Существенные, глубокие изменения вряд ли возможны, но поверхностно, в плане «видимого» поведение гипнотизера может варьировать в определенных пределах и, оставаясь одинаково доброжелательным, быть более или менее властным или либеральным, в большей или меньшей степени тяготеть к отцовскому или материнскому образу.

Brenman и Gill (1959) предлагают (среди прочих возможных) следующие четыре варианта поведения: неоспоримый авторитет, когда гипнотизер как бы нисколько не сомневается в успехе внушения; интеллектуальный подход, когда он объясняет всё, что делает; эмоциональный подход, при котором он может использовать потребность пациента в симпатии, хорошем самочувствии и безопасности; и наконец, пассивный подход, когда гипнотизер заверяет, что ничего не может сделать без помощи пациента, создавая у него тем самым впечатление, что тот всё делает сам.

В этом отношении трудно дать точные указания. Безусловно, выбору тактики поведения поможет ознакомление с личностью больного, которое происходит во время «анамнестической беседы». Однако следует отметить, что особенно важную роль играет здесь интуиция врача. Разумеется, на поведение врача окажет свое влияние и личность больного, пробуждая контртрансферентные отношения. В любом случае еще до начала словесного общения необходимо создать атмосферу взаимного доверия, которое должно усилиться в процессе подготовительной беседы. Последняя проводится после сбора анамнеза, в ходе которого должен быть поставлен диагноз и (по возможности) определены показания к гипнотической психотерапии.

1. Подготовительная беседа

Содержание такой беседы, разумеется, должно определяться уровнем культуры пациента. Выясняют, что ему известно о гипнозе и о технике гипноза. Необходимо рассеять все опасения, предрассудки и ложные представления о гипнозе, которые могли создаться у больного. Так, например, если он присутствовал на сеансах гипноза в мюзик-холле, ему надо объяснить, что лечение, которому его подвергнут, ничего общего с этим не имеет. Ему незачем бояться быть осмеянным. Его не превратят в автомат, он сможет полностью распоряжаться своей волей. Если он будет сопротивляться гипнотизации, эффекта не будет, но даже если он поддастся гипнозу, у него всё время сохранится активная роль. Он должен в этом случае сотрудничать с врачом.

У одной больной, с которой мы не говорили о ее «предварительном знании», мы попробовали индукцию посредством простого прямого внушения, но больная оставалась совершенно невосприимчивой. Как она нам объяснила, она не думала, что речь шла о гипнотизировании, так как виденное ею в мюзик-холле или по телевидению было совсем другим: гипнотизер околдовал субъекта, и тот целиком зависел от гипнотизера. После разъяснительной беседы (которая, несомненно, имела воздействие в рациональном и иррациональном плане) больная стала поддаваться гипнозу.

После того, как рассеются страхи и ошибочные представления у пациента, врач должен разъяснить ему, в чем состоит гипноз. Но гипноз трудно поддается точному определению, поскольку он связан с жизненным опытом, который оказывается иным у каждого пациента. Врач

должен прибегать к помощи сравнения. Он может объяснить, что речь идет о состоянии, промежуточном между бодрствованием и сном, состоянии, возникающем обычно каждый вечер перед тем, как наступает сон, и продолжающееся недолго, но которое теперь предстоит продлить. Можно также сказать, что гипноз напоминает состояние, когда видят сон и знают, что это сон. В таком состоянии пациент продолжает общаться только с врачом. Эту избирательную связь можно иллюстрировать следующим примером: спящая мать не слышит никаких шумов и тем не менее отзывается на самый слабый крик своего ребенка.

Можно добавить, что все люди в какой-то мере восприимчивы к гипнозу. Некоторые при этом чувствуют только легкую дремоту, тогда как другие быстро впадают в состояние глубокого гипноза. Гипноз – это непрерывно меняющееся состояние, переходящее от простой релаксации к сомнамбулизму, который обычно включает полную постгипнотическую амнезию и иногда способность реализовать внушенные галлюцинации. Амнезия вызывается необязательно; если пациент постарается, он сможет вспомнить то, что происходило во время сеанса.

Надо сказать, что среди пациентов, обращающихся к врачу, бывают иногда такие, кого привлекает исключительно «магическая» сторона гипноза и кто в сущности предпочитает обходиться без объяснений. Такое положение, естественно, претит врачу, который видит, что его вмешательство теряет научный характер, а сам он уподобляется знахарю; тем не менее, если такая роль благоприятна для больного, может ли врач от нее отказаться. Подобная роль может создать аффективные трудности для терапевта. Следующий случай хорошо иллюстрирует такого рода проблему.

Мы должны были гипнотизировать больную 55 лет, которая ранее уже лечилась с успехом у лондонского врача (речь идет о больной с маниакально-депрессивным психозом, упомянутой выше). Это была женщина с очень высоким культурным уровнем, и мы избрали интеллектуальный подход, т.е. дали научное объяснение гипноза. Больная была явно разочарована. Она нам заявила вполне серьезно, что ее английский терапевт (ирландец) производил на нее впечатление знахаря (по-ирландски «witch doctor») и что ей это было необходимо. При нашем методе она перестала верить в колдовство и прервала лечение. Встретив через 2 года в Лондоне ее врача, мы поинтересовались судьбой этой больной. Врач сказал, что больная вернулась к нему, но он не захотел продолжать лечение. Несмотря на то, что он был противником психоаналитического объяснения гипноза, он мотивировал свой отказ «слишком сильным перенесением», которое больная производила на его личность.

2. Тесты внушаемости

Такое тестирование в технике гипноза осуществляется после подготовительной беседы и предшествует собственно индукции. Существование связи между внушаемостью и восприимчивостью к гипнозу является спорным. Еще не доказано, что внушаемые субъекты более гипнабельны, чем другие. Тем не менее данные тесты призваны помочь пациенту поверить в свою способность получать внушения. Мы опишем три таких теста, которые используются в повседневной практике: прием (скорее, нежели тест) Констамма (Kohnstamm), тест качания (Body-Sway Test), и тест сжатых рук (Hand Clasp Test).

Прием Констамма. Пациенту предлагают встать боком к стене и тыльной стороной сжатой в кулак кисти опереться изо всех сил о стену. Глаза должны быть закрытыми. В течение минуты (примерно) врач дает пациенту следующие приказания: «Обопритесь очень сильно, напрягите мышцы плеча, руки». После этого он просит больного отойти от стены и свободно опустить руки. Чаще всего рука, которая работала, сама собой поднимается, нередко даже описав угол 90°. Пациенту объясняют, что испытанное им расслабление и спонтанное движение руки похоже на расслабление и ощущение подчинения внешним силам, которые он должен снова испытать во время гипнотической индукции.

Тест качания. Пациент держит ноги сдвинутыми, корпус выпрямленным, взгляд фиксирует точку на потолке прямо над его головой. Врач, стоя позади пациента, просит его закрыть глаза, сохраняя прежнее положение. Затем он дает указания: «Я хочу оценить вашу способность к релаксации (расслаблению). Я положу свои руки вам на плечи». Сделав то, о чем говорил, врач добавляет: «Теперь я обопрюсь руками на ваши плечи, и вы почувствуете силу, которая тянет вас назад ко мне. Не сопротивляйтесь, я вас удержу, когда вы будете падать. Вы падаете, падаете, падаете, вас тянет назад... вы падаете, падаете».

В этот момент врач отнимает руки и пациент начинает качаться. Если он этого не делает, врач снова кладет руки ему на плечи и заставляет раскачиваться то вперед, то назад, обращая его

внимание на то, что он сопротивляется, и прося его не напрягаться. Врач снова внушает пациенту падать назад и внезапно отнимает руки. Как только пациент начинает качаться, внушение становится энергичнее: «Вы падаете назад, вы падаете, падаете, вы падаете назад, назад, я вас удержу, когда вы будете падать».

Конечно, необходимо, чтобы врач был в состоянии удержать пациента.

Если речь идет о воздействии на группу пациентов, предпочтительным является **тест сжатых рук**. Врач просит пациента, сидящего на стуле, сильно сжать одну руку другой. Он показывает, как это надо сделать, и говорит: «Я хочу, чтобы вы на минуту закрыли глаза и фиксировали тиски, тяжелые металлические тиски, губки которых сжимают болт. Представьте, что ваши руки – это губки тисков. Я начну считать от одного до пяти. Во время счета ваши руки будут сжиматься всё сильнее, всё сильнее и сильнее. Когда я дойду до пяти, ваши руки сожмутся настолько, что их будет трудно или невозможно разъединить. Один, сжимайте, два, сжимайте, сжимайте еще, еще, еще; три, сжимайте очень сильно, ваши руки соединены одна с другой; четыре, ваши руки скованы очень сильно, очень сильно, пять, они так скованы, что, если вы попытаетесь их разъединить, они останутся скованными до тех пор, пока я не дам распоряжения их разжать. Теперь разжимайте их медленно».

Мы даем здесь готовые формулы и в дальнейшем дадим еще много других. Мы полагаем, что это поможет начинающим осваивать технику гипноза. Но само собой разумеется, данные здесь простые указания можно бесконечно варьировать.

3. Индукция

Прежде чем описывать технику индукции, надо определить картину гипнотических стадий. Между состоянием бодрствования и глубоким трансом существует целая гамма промежуточных состояний. Льебо различает 10, Бернгейм – 9 таких состояний. В настоящее время говорят о легком, среднем и глубоком гипнозе. С целью определения восприимчивости к гипнозу устанавливались разные шкалы, ценность которых, конечно, весьма относительна из-за лабильности и субъективности феноменов. Наиболее часто используется шкала Дейвиса и Хусбэнда, содержащая 30 ступеней (см. таблицу).

Шкала Дейвиса и Хусбэнда

Глубина	Степень	Симптомы
Невосприимчивые	0	
Гипноидность	1 2 3 4 5	Релаксация. Мигание. Закрывание глаз. Полное физическое расслабление.
Легкий транс	6 7 10 11	Каталепсия глаз. Каталепсия конечностей. Ригидная каталепсия. Анестезия (типа перчаток).
Средний транс	13 15 17 18 20	Частичная амнезия. Постгипнотическая амнезия. Изменения личности. Простые постгипнотические внушения. Кинестетические иллюзии, полная амнезия.
Глубокий транс	21 23 25 26 27 28 29 30	Способность открывать глаза без изменения глубины трансa. Постгипнотические фантастические внушения. Полный сомнамбулизм. Позитивные постгипнотические зрительные галлюцинации. Позитивные постгипнотические слуховые галлюцинации. Постгипнотическая системная амнезия. Негативные слуховые галлюцинации. Негативные зрительные галлюцинации.

Первый вопрос, возникающий при применении индукции, касается положения пациента – должен ли он лежать или сидеть в кресле. Здесь не существует определенного правила. Некоторые врачи всегда используют только одно из этих двух положений, другие – оба положения. Большинство больных относятся к этому безразлично. Однако, как показывает опыт, некоторые тревожные больные чувствуют себя лучше, сидя в кресле. Другие же предпочитают лежать. Некоторые врачи считают, что положение лежа наиболее благоприятно, ибо оно способствует релаксации и ближе к позе спящего.

Какова бы ни была принятая поза, следует удостовериться, что пациент чувствует себя удобно. Ему предлагают принять совершенно свободную позу, чувствовать себя непринужденно, не делать никаких усилий, не проявлять сопротивления. Он не должен беспокоиться о том, что с ним дальше произойдет, но всему поддаваться.

После этого приступают собственно к индукции. Перед тем как описывать применяемые в настоящее время методы, напомним о технике гипноза, которую использовал Бернгейм в 1884 г. [Bernhaim, 1884, p. 4]. Он изложил ее в книге «О внушении в гипнотическом состоянии и в состоянии бодрствования». Ниже приведены внушения, которые он делал своим пациентам.

«Смотрите на меня и думайте только о том, чтобы заснуть. Вы почувствуете тяжесть в веках, усталость в ваших глазах; ваши глаза увлажняются, мигают, взгляд затуманивается, веки опускаются». Некоторые пациенты закрывают глаза и сразу же засыпают. Другим я повторяю, еще больше подчеркиваю сказанное, добавляю жест; характер жеста не так важен. Я держу два пальца правой руки перед глазами пациента и прошу смотреть на них пристально или обеими руками провожу несколько раз сверху вниз перед его глазами; или еще прошу пациента смотреть мне прямо в глаза и стараюсь в это время сконцентрировать всё его внимание на мысли о сне. Я говорю:

«Ваши веки смыкаются, вы не можете их разомкнуть. Вы чувствуете тяжесть в руках и ногах; вы больше ничего не чувствуете, ваши руки неподвижны, вы ничего больше не видите; приходит сон». И добавляю в несколько повелительном тоне: «Спите». Часто это слово бывает решающим; глаза закрываются, больной спит.

Если пациент не закрывает глаза или не держит их закрытыми, я не заставляю его очень долго смотреть мне в глаза или на мои пальцы, ибо есть такие пациенты, которые без конца таращат глаза и сосредоточивают свое внимание только на этом, а не на мысли о сне; в подобных случаях успех скорее достигается при закрытых глазах. По истечении двух или самое большее трех минут я прикрываю веки или же медленно и осторожно опускаю их, скользя по глазным яблокам, всё больше и больше закрывая их, имитируя таким образом естественное движение век в тот момент, когда человек засыпает; наконец, я держу их закрытыми, продолжая внушение: «Ваши веки слипаются, вы не можете их открыть; потребность спать становится всё сильнее, вы больше не можете сопротивляться». Я повторяю приказание, постепенно понижая голос: «Спите». Почти всегда через 4 или 5 мин наступает сон. Это сон, вызванный внушением, образ сна, который я постепенно ввожу в мозг.

У одних пациентов легче добиться успеха, действуя мягко, с другими, не поддающимися такому внушению, лучше говорить резко, властным тоном, чтобы пресечь желание засмеяться или непроизвольное сопротивление, вызванное подобными приемами.

Часто у лиц, кажущихся невосприимчивыми, я добивался успеха, держа долго веки пациента опущенными, принуждая его к молчанию и неподвижности, говоря непрерывно и повторяя одни и те же формулы: «Вы чувствуете оцепенение, онемение, руки и ноги неподвижны, вы ощущаете тепло в веках; нервная система успокаивается, у вас нет больше воли; глаза остаются закрытыми; вы засыпаете» и т.д. После 8–10 мин такого длительного слухового внушения я отнимаю пальцы, глаза остаются закрытыми; я поднимаю руки пациента, они остаются в воздухе; это каталептический сон.

Теперь расскажем о методах гипноза, применяемых современными врачами; начнем с самых обычных.

Гипноз посредством фиксации предмета. Гипнотизер просит пациента фиксировать взглядом предмет. Это может быть карандаш, ключ, монета, подвешенный на веревке цветной мяч или какая-нибудь точка на потолке, на стене или на рабочем столе врача. Предмет должен находиться на расстоянии примерно 25 см от глаз пациента. Фиксируемая точка может быть и на большем расстоянии.

Затем гипнотизер дает ряд внушений в течение более или менее продолжительного времени в зависимости от восприимчивости субъекта. Внушения должны быть монотонными, повторяться многократно и всегда носить конкретный, образный характер.

Последовательно внушаются ощущения общего расслабления, сонливости, тяжести, тепла и, наконец, сон. Внушения можно давать в следующей ниже форме, допускающей, конечно, множество вариантов.

«Я держу перед вами предмет. Вы смотрите на него. Вы слышите мой голос. Если вы отводите взгляд, надо снова направить его на предмет и задержаться на нем. Расслабьтесь и слушайте мой голос. Я хочу, чтобы вы расслабились. Вы чувствуете расслабление во всем теле. Вы расслабляетесь всё больше и больше. Фиксируя взгляд на предмете и слушая мой голос, вы чувствуете, что расслабляетесь всё более и более. Мышцы ваших стоп расслаблены, мышцы ваших голеней, плеч, предплечий, кистей рук расслаблены, всё ваше тело расслаблено. Вы также

чувствуете дремоту, вы ее чувствуете всё больше и глубже, слушайте хорошенько мой голос. А теперь вас охватывает тяжесть, тело становится тяжелым. Ваши ступни, голени, всё ваше тело становится тяжелым, тяжелым, тяжелым. Приятное тепло разливается по всему телу. Вы думаете только о сне. Приятное тепло ощущается во всем теле, как в тот момент, когда вы засыпаете. Веки становятся тяжелыми, вы чувствуете дремоту, ваши веки тяжелеют, тяжелеют всё больше. Думайте только о сне. Вы больше не можете держать глаза открытыми, ваши веки становятся всё тяжелее и тяжелее. Вы хотите спать, вы всё больше и больше хотите спать. Ваш взгляд утомлен, вам колет глаза, они слезятся (это говорят в том случае, если глаза увлажняются). Дышите глубоко и медленно. С каждым вдохом сон углубляется, ваши глаза теперь закрыты. Вы засыпаете, спите, спите!»

Обычно повторение данных внушений заставляет пациента закрыть глаза. В заключение врач может наложить пальцы на закрытые глаза пациента. Если же последний не закрывает глаза, можно прибегнуть к технике счета. Она состоит в возобновлении внушения при счете от 1 до 10.

Если и после этого пациент не закрывает глаза, можно по примеру Бернгейма использовать следующий способ: руку держат в нескольких сантиметрах от лица пациента и многократно передвигают ее сверху вниз и снизу вверх; одновременно в течение около 2 мин. повторяют:

«Следите за моей рукой – вверх, вниз, вверх, вниз – и вам захочется спать; вы будете хотеть спать всё больше и больше». Если у пациента глаза всё еще открыты, ему говорят: «Теперь вы можете закрыть глаза». При этом гипнотизирующий осторожно закрывает пальцами веки пациента.

При другом способе большой и указательный пальцы помещают перед глазами пациента, которому говорят:

«Ваши веки становятся тяжелыми, и вы хотите спать... Смотрите внимательно на мои пальцы, я буду постепенно приближать их к вашим глазам, и это заставит их закрыться».

Пациент, естественно, не сможет не закрыть глаза, когда пальцы оператора будут очень близко от них, и в этот момент оператор нажмет на веки. При этом он заметит пациенту, что его глаза останутся закрытыми до тех пор, пока он не прикажет их открыть.

Если сравнить описанный выше метод с тем, который использовал Бернгейм, можно констатировать, что за 80 лет принципы не изменились. Отмечаются лишь небольшие различия в их применении. Теперь реже прибегают к авторитарному поведению, которое рекомендовал Бернгейм. Вместе с тем, по наблюдениям этого автора, длительность индукции не превышала 10 мин. Современные исследователи считают, что такая длительность недостаточна. По мнению Brenman и Gill, для индуцирования глубокого гипноза больному неврозом необходимы несколько сеансов от 50 мин до 1/2 ч каждый. Erickson (1961) даже считает, что в некоторых случаях успех достигается только после нескольких сеансов, которые могут продолжаться 3 или 4 ч. и в течение которых надо избегать рутинности.

Метод простого словесного внушения (без фиксации предмета). Он используется тогда, когда пациент затрудняется фиксировать взгляд. В таком случае пациент укладывается на диван, его просят закрыть глаза и делают ему внушение приблизительно следующим образом.

«Я хотел бы, чтобы вы расслабились, чтобы всё ваше тело расслабилось. Я хотел бы, чтобы вы почувствовали сначала напряжение, существующее в ваших мышцах, во всех мышцах, а затем расслабились. Расслабьте мышцы лба, расслабьте мышцы всего лица. Расслабьтесь. Расслабьте мышцы затылка, мышцы рук, ног, всего тела. Руки и ноги свободно вытянуты, вы ощущаете усталость во всем теле. Теперь вы чувствуете давление подушки на голову. Вы чувствуете давление подушки на затылок и на плечи. Вы чувствуете всей спиной поверхность дивана. Теперь вы переносите свое внимание на бедра и чувствуете, как диван поддерживает ваше тело. Вы очень, очень расслаблены. Как будто ваше тело погружается в диван, полностью погружается. Я хочу, чтобы вы представили себе очень милое, очень приятное место, где вы могли бы растянуться, забыть обо всех своих заботах, неприятностях, место, где вы могли бы спать. Это может быть берег моря, горы или любое другое место, которое вы предпочитаете» (пациенты чаще всего выбирают горы). «Вы дышите размеренно и глубоко. Вытяните ноги, раскиньте свободно руки. В вашем теле вялость и расслабленность» (гипнотизер приподнимает руку пациента и выпускает ее). «Вы очень расслаблены, очень, очень расслаблены. Всё ваше тело очень расслаблено. Вы лежите, вытянувшись, на горном лугу. Всё вокруг спокойно, над вами голубое небо, ярко светит солнце. Вы смотрите на небо, ваш взгляд скользит по легкому облачку. Во всем покой и умиротворение. На душе у вас также очень спокойно. Вы вдыхаете запах сосен,

смотрите на водную гладь озера. Душа у вас так же спокойна, как поверхность этого озера. Расслабьтесь и спите, спите, спите, спите спокойно и глубоко. Спите».

Можно остановить индукцию на этой стадии. Wolberg (1948) добавляет следующие внушения.

«Когда вы почувствуете, что вас одолевает сон, ваша правая рука станет легкой, как перышко. Она будет становиться всё легче и легче и затем начнет подниматься всё выше и выше. Чем больше вас будет одолевать сон, тем легче будет ваша рука, она будет подниматься всё выше и выше, пока не коснется вашего лица. В то время как вы расслабляетесь, ваша рука поднимается всё выше и выше, и в момент, когда она коснется вашего лица, вы заснете, глубоко заснете. Сейчас ваша рука поднимается медленно, точно перышко, выше, выше, всё выше и выше. Она приближается к вашему лицу; вы будете спать, глубоко спать. Теперь ваша рука коснулась лица, и вы спите» [Wolberg, 1948, p. 125].

Гипноз посредством зачаровывания, или посредством взгляда. В настоящее время этот метод используется очень редко. Он существует в двух различных формах. Некоторыми немецкими и русскими авторами он используется как эквивалент метода фиксации предмета, только здесь пациенту предлагают смотреть в глаза гипнотизеру, вместо того чтобы фиксировать взглядом предмет. В этой форме нет особой власти. В другой же форме, наоборот, аспект зачаровывания и власти играют главную роль. Это обычно используется гипнотизерами мюзик-холлов. Иногда данный метод применяется в медицине при алкоголизме, наркомании, а также в некоторых случаях неуравновешенности [Wolberg, 1948].

При применении этой последней формы данного метода врач должен находиться напротив пациента на расстоянии примерно 30 см и возвышаться над ним. Если рост пациента выше роста оператора, то пациента нужно усадить. Оператор в этом случае стоит. Он должен взять пациента за плечи, медленно раскачивать его спереди назад, фиксируя взглядом переносицу пациента. Затем он делает ряд внушений.

«Смотрите мне в глаза, ваш взгляд становится тяжелым, тяжелым, ваши руки сильно тяжелеют, ноги тяжелеют, всё ваше тело становится тяжелым. Ваши глаза устали, но не закрывайте их до тех пор, пока вы можете держать их открытыми. Ваши веки тяжелы, как свинец. Вы засыпаете, засыпаете».

Затем оператор делает паузу. Когда пациент начинает моргать, тон оператора должен стать более уверенным. Он говорит: «Ваши глаза моргают, вы засыпаете, засыпаете, ничто не сможет вас остановить, вы засыпаете, засыпаете».

Как только глаза пациента закрываются, оператор кладет на веки пальцы и говорит: «Ваши веки склеились, вы не сможете их открыть, пока я вам не прикажу». Тогда надо усадить пациента в кресло.

Этот метод требует от оператора определенной тренировки, чтобы привыкнуть смотреть пристально, не моргая. Он должен ежедневно в течение нескольких минут фиксировать взглядом какой-нибудь предмет, расположенный на расстоянии около 30 см. Он должен убедиться, что его глаза при этом не слезятся. Здесь существует и другая опасность – гипнотизер может оказаться сам загипнотизированным (случай, описанный E. Speer в 1949 г. в «Самонаблюдении»).

Метод поднятия руки. Этот метод был предложен Erickson в 1923 г., но наилучшее его описание мы находим у Wolberg (1948). Чаще всего он используется американскими авторами. Применение метода трудное и требует длительной тренировки. По мнению его сторонников, он имеет большое преимущество, так как заставляет пациента принимать участие в индукции и подготавливает благоприятную почву в тех случаях, когда в дальнейшем намереваются проводить не директивную, а аналитическую психотерапию. Мы даем его в подробном изложении таким, каким он фигурирует в работе Wolberg «Медицинский гипноз» (автор описывает сеанс, который был им зарегистрирован).

«Я хочу, чтобы вы удобно устроились на стуле и расслабились. Теперь, когда вы сели, положите ладони на бедра. Именно так. Теперь наблюдайте за своими руками, вы заметите, что можете внимательно за ними следить. Но вы должны непременно расслабиться. Вы заметите, что некоторые явления возникают во время релаксации. Они всегда происходили во время вашего расслабления, но вы их прежде так хорошо не замечали. Я буду на них указывать. Я бы хотел, чтобы вы сосредоточились на всех ощущениях (какими бы они ни были), касающихся ваших рук. Может быть, вы почувствуете тяжесть в руке, лежащей на бедре, или у вас будет чувство давления. Возможно, вы ощутите ладонью ткань ваших брюк или тепло вашей руки на бедре. Я хочу, чтобы вы отмечали те ощущения, которые будете испытывать. Не исключено, что вы

почувствуете нечто вроде зуда. Неважно, что вы будете испытывать, но я хочу, чтобы вы за этим наблюдали. Смотрите всё время на свою руку, и вы заметите, что она спокойна и остается всё в том же положении. В ней уже есть движения, но они пока еще не ощутимы. Я хочу, чтобы вы не спускали глаз со своей руки. Ваше внимание может отвлечься, но оно всё время будет возвращаться к руке; продолжайте пристально смотреть на свою руку и старайтесь уловить тот момент, когда движения в ней станут видимыми».

В этот момент внимание пациента фиксировано на его руке. Ему любопытно узнать, что произойдет, и ему внушают, что ощущения, которые он может испытать, способен почувствовать каждый. Внушение не носит характера насилия, и, если пациент заметит то или иное ощущение, он будет рассматривать его как продукт собственного опыта. В конечном счете надо добиться того, чтобы пациент отвечал на внушения гипнотизера так, будто они принадлежат ему, исходят из его опыта. Искусно стараются заставить пациента ассоциировать свои ощущения со словами гипнотизера, вследствие чего эти слова позднее начинают вызывать сенсорные или моторные реакции. Если пациент оказывает сознательное сопротивление, в одном из пальцев или в руке появляется легкое движение или вздрагивание. Как только такое движение происходит, гипнотизер сообщает об этом и замечает, что оно, возможно, усилится. Гипнотизер должен следить за поведением пациента и учитывать все другие объективные реакции, например движения ног или глубокий вдох. Связь, устанавливаемая таким образом между реакциями пациента и наблюдениями гипнотизера, приводит к ассоциированию одних с другими в сознании пациента.

«Интересно, какой из ваших пальцев начнет двигаться первым. Возможно, это будет большой палец или указательный, или средний, или безымянный, или мизинец. Один из ваших пальцев вздрогнет или шевельнется. Вы не знаете точно, когда и на какой руке. Смотрите всё время внимательно, и вы заметите сперва легкое вздрагивание, возможно, в правой руке. Смотрите, мизинец вздрагивает и шевелится. В начале движения вы заметите интересную вещь. Промежутки между пальцами очень медленно расширяются, пальцы понемногу раздвигаются, и вы замечаете, что пространство между ними становится всё больше и больше. Пальцы будут медленно раздвигаться, они расходятся всё больше и больше, всё больше и больше, вот так».

Это первое прямое реальное внушение, на которое предполагается получить ответ пациента. Если пальцы начинают раздвигаться, значит, пациент реагирует на внушение. Гипнотизер продолжает говорить так, как если бы ответ возник сам собой при естественном течении событий.

«Когда пальцы раздвинутся, вы вскоре заметите, что они начинают непроизвольно сгибаться, образуя арку над бедром, как будто они хотят подняться всё выше и выше» (указательный палец пациента начинает слегка приподниматься). «Заметьте, как поднимается указательный палец. Одновременно и другие пальцы собираются последовать за ним; вот они медленно поднимаются» (другие пальцы начинают подниматься).

«В то время как пальцы будут подниматься, вы почувствуете легкость в кисти руки, ощущение легкости будет нарастать по мере того, как пальцы будут подниматься, образуя арку; вся кисть приподнимается, поднимается медленно, легко, как перышко, как шар поднимается в воздух, поднимается, поднимается, в воздух, в воздух, в воздух, поднимается всё выше и выше, всё выше и выше, кисть становится очень легкой (кисть начинает подниматься). Когда вы смотрите на поднимающуюся кисть руки, вы замечаете, что вся ваша рука поднимается, поднимается в воздух, немного выше, еще выше, еще выше, еще, еще, еще» (рука поднялась над бедром почти на 10 см, и пациент пристально смотрит на нее).

«Продолжайте смотреть на кисть, на всю руку; рука поднимается, и вы вскоре почувствуете, насколько устали ваши глаза и как вас клонит ко сну. В то время как ваша рука будет подниматься, вы почувствуете себя усталым, расслабленным, вам захочется спать, очень захочется спать. Веки станут тяжелыми и вам, наверное, захочется закрыть глаза. И пока ваша рука поднимается всё выше и выше, у вас появляется желание всё больше расслабиться, вам всё больше и больше хочется спать, хочется почувствовать расслабление и покой, закрыв глаза и уснув».

Отметим, что если пациент поддается внушению, его положительный ответ используют, чтобы подкрепить следующее внушение. Например, если рука пациента поднимается, ему внушают, что он уснет именно потому, что его рука поднимается.

«Ваша рука поднимается выше, еще, еще, и вам очень хочется спать; веки тяжелеют, дыхание становится медленным и ровным. Дышите глубоко – вдох, выдох (пациент держит

вытянутую руку прямо перед собой, его глаза моргают, дыхание глубокое и ровное). В то время как вы пристально смотрите на руку и чувствуете себя всё более сонным и расслабленным, вы замечаете, что направление вашей руки начинает изменяться. Рука понемногу сгибается, кисть всё больше и больше приближается к вашему лицу, еще, еще, еще, и, пока она поднимается, вы медленно, но неуклонно погружаетесь в глубокий-глубокий сон, в котором вы полностью расслабитесь, настолько, насколько вы захотите. Рука продолжает подниматься, выше, еще выше, пока не достигнет лица, и вы всё больше и больше будете хотеть спать, но вы не должны заснуть прежде, чем ваша рука коснется вашего лица. Когда рука коснется лица, вы будете спать, глубоко спать».

Здесь пациенту предоставляется самому регулировать темп погружения в сон, с тем чтобы в момент, когда его рука коснется лица, у него создалось впечатление, что он заснул потому, что сам этого хотел. Поднятие руки и погружение в сон взаимно усиливают друг друга. Когда, наконец, пациент закроет глаза, он войдет в транс, в возникновении которого сам принимал участие. Позднее он будет менее склонен отрицать, что был в транс.

«Теперь кисть руки меняет направление. Она поднимается, она поднимается к вашему лицу. Ваши веки становятся тяжелыми. Вам всё больше хочется спать, всё больше и больше хочется спать, всё больше хочется спать» (кисть руки пациента приближается к лицу, он моргает всё чаще). «Ваши веки тяжелеют, они очень тяжелые, кисть руки поднимается прямо к лицу, вы чувствуете усталость, сонливость. Глаза закрываются, закрываются. Когда кисть коснется вашего лица, вы будете спать, глубоко спать. Вы будете чувствовать непреодолимое желание спать. Вы будете чувствовать всё большую сонливость, всё большую сонливость, всё большую сонливость, вы очень захотите спать, почувствуете сильную усталость; ваши веки тяжелы, как свинец, а кисть руки поднимается, поднимается прямо к вашему лицу, и, когда она достигнет лица, вы будете спать» (кисть руки пациента касается лица, и его глаза закрываются). «Спите, спите, просто спите. Во время сна вы чувствуете себя очень усталым и расслабленным. Я хочу, чтобы вы сосредоточились на расслаблении, на состоянии релаксации без напряжения. Думайте только о сне и больше ни о чем, о глубоком сне».

В описанных методах гипноза словесные внушения служат слуховой стимуляцией. У пациентов, которые испытывают сознательный или бессознательный страх перед терапевтом или у лиц, неспособных сосредоточиться на словах, прибегают к методу метронома.

Метод метронома. Он основан на ритмическом повторении слуховой стимуляции. Ритмичный стук метронома помогает пациенту сосредоточиться. Оператор внушает ему, что по мере того, как он будет слушать удары метронома, его всё больше и больше будет клонить ко сну.

Известны и другие методы гипнотизации – без словесного внушения. Пассы Месмера, метод фиксации Брэда, зеркало Люиса и др. относятся к этой категории. А.Г. Иванов-Смоленский (1928) использует технику гипноза, основанную на световой и тепловой стимуляции.

Австралийский автор Meares описывает гипнотическую технику, базирующуюся на невербальной коммуникации, на воздействии окружающей обстановки. Всё словесное общение ограничивается «анамнестической беседой» на первом сеансе. Автор подчеркивает целесообразность физикального обследования, которое, с одной стороны, приводит пациента в психологическое состояние «пассивного подчинения», с другой – подготавливает его к невербальному общению посредством прикосновения. Собственно гипнотизирование производится на следующем сеансе. Meares (1961) так описывает свой метод.

«Я говорю очень мало. Я пытаюсь своим поведением сообщить пациенту идею расслабления и покоя. Я стараюсь создать ощущение общности с пациентом... Мысль о покое передается, кроме того, невербальными фонетическими средствами – эпизодически произносимыми «гм» или «а». Если пациент проявляет хотя бы малейшие признаки тревоги, я в спокойном тоне начинаю выдавать скороговоркой массу бессвязных замечаний, не требующих ответа. Затем пациенту предлагается раздеться, как это он делал при первом визите, и лечь под одеяло. На это время я выхожу из комнаты, предоставляя пациента самому себе. Когда я через несколько минут возвращаюсь, пациент лежит на диване в нижнем белье под одеялом. Я вхожу, не торопясь и не произнося ни слова. Если пациент проявляет малейшие признаки тревоги, я приближаюсь к нему. Если тревога не исчезает, я беру молоточек для исследования рефлексов и, не спеша, вызываю коленный рефлекс, как при первом визите. Неопределенное бормотание, выражающее удовлетворение, способствует успокоению пациента, и его тревога исчезает. Затем, всё так же ничего не говоря, я отхожу от пациента. С минуту я прохаживаюсь по комнате, чтобы он знал, что я рядом. Если малейшее

напряжение его лица или легкое движение пальцев указывает на возвращение тревоги, я подхожу к нему. Не подозревая, что я заметил его тревогу и немедленно среагировал, пациент чувствует себя в безопасности, и признаки легкой тревоги, естественно, исчезают. Если же они сохраняются, я подхожу к дивану, приподнимаю одеяло или, если необходимо, слегка ощупываю живот, как при физикальном обследовании. Тревога пациента уменьшается, и я снова отхожу от него. Такой образ действия используется с соответствующими вариациями».

Через несколько минут пациент впадает в состояние глубокого гипноза. Этот метод находится в стадии эксперимента. Он был успешно применен у 20 случайно отобранных субъектов.

Хотя невербальная коммуникация играет определенную положительную роль, нельзя недооценивать значения гипноза со словесным общением и роль словесных формулировок.

Мы лечили 13-летнюю девочку, госпитализированную в урологическое отделение по поводу внезапно начавшегося полного недержания мочи (дневного и ночного). У больной прежде не было никаких нарушений функции сфинктера. Ее лечили внушением. Словесное внушение включало формулировку «задержать мочу». После третьего сеанса недержание мочи превратилось в задержку, что позднее было скорректировано внушением, сформулированным с большей точностью.

Трудно оценить роль, которую здесь сыграла формулировка внушения. Возможно, что смена недержания мочи ее задержкой отражает психодинамическую эволюцию психотерапевтических отношений; обе формулировки вписались в ту же область, и изменения произошли на том же регрессивном уровне. Но как бы там ни было, мы считаем, что формулировка внушения имеет определенное значение.

4. Углубление транса

С помощью описанных выше методов пациент принимает неподвижное положение и закрывает глаза. Можно ли считать, что он уже загипнотизирован? Этого нельзя утверждать из-за отсутствия объективных критериев. Только опытный гипнотизер иногда может почувствовать, в каком состоянии находится пациент. Но и он часто ошибается.

Предпринимались попытки выявления гипнотических феноменов, позволяющих определить глубину транса. При этом учитывалась последовательность возникновения феноменов, оцениваемых по шкале типа шкалы Дейвиса и Хусбэнда (любая шкала может здесь иметь лишь относительное значение). Предполагается, что описанные выше приемы и методы гипнотизации также способствуют углублению транса. Добавим, однако, что транс может быть глубоким с самого начала, а углубление его по мере продолжения сеанса может происходить и без вмешательства гипнотизера.

Трудно сказать, в какой момент гипнотизер должен определить возникновение того или иного феномена, вызываемого посредством ряда внушений. Надо по возможности избегать контроля до тех пор, пока не появится уверенность, что он будет положительным. Тут каждый гипнотизер действует в зависимости от своего темперамента и полагается на свое «чутье».

Первый феномен, который стараются вызвать, это тяжесть в руке. Пациенту дается внушение, которое может иметь следующую форму.

«Теперь вы сосредоточитесь на вашей руке. Она становится тяжелой, очень, очень тяжелой, как свинец. Тяжесть ощущается сначала в плече, она спускается постепенно в предплечье, кисть руки, в пальцы, в каждый палец, в большой, указательный, средний, безымянный, мизинец. Вся ваша рука становится такой тяжелой, как будто на нее давит тяжесть в 100 кг. Я сейчас начну считать до пяти, и ваша рука будет становиться все тяжелее и тяжелее. Раз, тяжелая; два, очень тяжелая, три, еще тяжелее, тяжелая, как свинец; четыре, еще тяжелее, еще тяжелее; пять, очень, очень, очень тяжелая. Вы не можете пошевелить рукой, такой тяжелой она стала».

Если чувствуется, что внушение тяжести достигнуто, можно произвести контроль. Затем внушение продолжают.

«Ваша рука очень, очень тяжелая. Вы чувствуете, что вам всё труднее и труднее пошевелить рукой. Чем больше вы пытаетесь пошевелить рукой, тем вам труднее это сделать. Ваша рука очень тяжелая, вы не в состоянии ею пошевелить. Вы пытаетесь, но не можете».

Можно также сказать пациенту: «Я буду считать до пяти. Ваша рука становится очень, очень тяжелой. При счете «пять» вы постараетесь поднять руку, но не сможете. Чем больше вы приложите усилий, тем труднее вам будет ее поднять».

Если пациент после этого поднимает руку, значит, он не загипнотизирован. Тогда ему говорят, что он не исключение, многим не удавалось выполнить этот тест с первой попытки. Ему говорят, что, поскольку он почувствовал некоторую тяжесть в руке (что обычно и бывает), вторая попытка будет удачной. Если же внушение увенчалось успехом, то пациент совсем не может пошевелить рукой. Всякому сокращению сгибательных мышц оказывают противодействие (столь же сильное или даже большее) разгибательные мышцы. Рука становится ригидной, а противодействие мышц-антагонистов может проявиться легким ее дрожанием. Это напряжение служит одобрением для гипнотизера, который должен продолжить поток внушений. В тех случаях, когда напряжение не наблюдается, пациент, вероятно, не делает всё возможное, чтобы поднять руку, из желания услужить гипнотизеру.

Если пациент проявляет беспокойство в связи с невозможностью поднять руку, ему надо сказать, что это необязательный аспект гипноза и с тем же успехом можно было придать его руке чрезвычайную легкость.

Другие авторы проводят тест тяжести несколько иначе. Сделав внушение в описанной выше форме, они не просят пациента поднять руку, а объявляют ему, что сами поднимут ему руку, и он не сможет удержать ее от падения из-за тяжести. Гипнотизер приподнимает руку пациента, которая обычно сама падает. Если пациент может держать руку поднятой, то внушение продолжают и, как правило, в дальнейшем достигают успеха. Если же пациент всё-таки может шевелить рукой и в дальнейшем, это значит, что он не загипнотизирован; в таком случае к нему обращаются с теми же замечаниями, о которых мы говорили выше.

Некоторые авторы от теста тяжести в руке непосредственно переходят к тесту каталепсии век, другие – вводят между двумя этими тестами тест ригидности руки с контрольным внушением невозможности согнуть руку. Оператор действует следующим образом: он вытягивает руку пациента в горизонтальном направлении и, касаясь руки, растягивает ее. Он говорит:

«Ваша рука тяжелая, она становится твердой, негнущейся, как брус. В то время как я ее касаюсь, она становится всё тверже. Мышцы деревенеют всё больше и больше. Вы не можете поднять руку, она очень тяжелая и очень твердая. Вы не можете ее поднять. Попробуйте ее поднять, вы не сможете. Она тяжелая, как свинец, и твердая, как брус. Она становится всё тверже и тверже, вы не можете ее согнуть. Чем больше вы стараетесь ее согнуть, тем тверже она становится» и т.д.

После выполнения теста тяжести руки с последующим тестом ригидности (или без него) пациента оставляют на несколько минут. Ему делают внушение релаксации или сна, чтобы он отдохнул некоторое время, прежде чем перейти к следующему тесту (каталепсии век).

Тест каталепсии век. В технике гипноза при проведении этого теста, как и при всех других тестах, важно правильно выбрать момент осуществления контроля. Делают следующее внушение (см. ниже).

«Вы очень спокойны, очень расслаблены. Все ваши мышцы расслаблены. Мышцы головы, затылка, плеч, рук, ног, туловища расслаблены... Вы дышите глубоко, медленно, ровно. Вам очень, очень хочется спать.

Вам очень тепло, очень удобно, хорошо. Вы отдаете себе отчет в том, что ничего не слышите, кроме моего голоса. Вы чувствуете, что ваши веки становятся очень, очень тяжелыми, как свинец. Они сомкнуты, и, если вы попытаетесь открыть глаза, они останутся закрытыми до тех пор, пока я не дам вам указание их открыть. Веки сомкнуты, глаза закрыты, и чем больше вы будете стараться их открыть, тем плотнее веки будут смыкаться. Попробуйте, но вы увидите, что не сможете».

Обычно после подобного внушения пациент бывает не в состоянии открыть глаза. Если же он их открывает, его внимание обращают на то, что ему пришлось преодолеть некоторое сопротивление, следовательно, внушение сна возымело действие. Ему советуют сосредоточиться на сне, не делать усилий, чтобы держать глаза открытыми, но и не закрывать их намеренно. Затем гипнотизер надавливает пальцами на веки пациента и закрывает их. Он говорит, что во время следующего сеанса пациент впадет в состояние более глубокой релаксации, напоминающее сон.

Прежде чем перейти к следующему тесту, возобновляют внушение сна. Некоторые пациенты невосприимчивы к тесту каталепсии век, но могут тем не менее впасть в довольно глубокий транс. Обычно затем переходят к внушению анестезии. Начинают с внушения гиперестезии, поскольку она легче достигается. Пациенту говорят, например, следующее.

«Представьте себе, что вы ходите по очень просторной комнате и замечаете чан, наполненный горячей водой, от которой идет пар. Как только вы заметите этот чан, вы слегка поднимите правую руку. Сейчас вы его видите. Хорошо. Ваша рука поднимается. Уроните ее. Вот вы приближаетесь к чану, вы хотите узнать, какова температура воды. Вы опустите правую руку в чан и почувствуете большой жар. В момент, когда вы его ощутите, вы дадите мне знать, поднимая руку. Она поднимается; очень хорошо. Теперь я дотронусь острием булавки до тыльной стороны вашей правой руки, а ваша рука стала такой чувствительной, что вы ощутите очень сильную боль. Затем я прикоснусь булавкой к другой руке, и вы увидите разницу. Я дотрагиваюсь до тыльной стороны вашей левой кисти, и вы не чувствуете никакой боли» (загипнотизированный пациент будет реагировать гримасой боли на прикосновение к правой руке; в том случае, если он не заметит никакой разницы в чувствительности обеих рук, ему говорят, что необходима некоторая тренировка, чтобы почувствовать эту разницу и что на следующем сеансе он, несомненно, этого достигнет).

Когда гиперестезия достигнута, переходят к внушению анестезии. На первом сеансе полная анестезия не достигается, но можно добиться частичной анестезии. Пациенту делают следующее внушение.

«В то время как ваша правая рука стала очень чувствительной, левая рука потеряла чувствительность. Она сильно онемела. Если я ее уколю, вы не почувствуете настоящей боли, как в другой руке. Представьте, что на вашей руке толстая кожаная перчатка. Как только вы представите себе эту перчатку, вы дадите мне знать, поднимая руку. Ваша рука ощущает на себе эту перчатку, и когда я укалываю булавкой вашу руку, вам кажется, что я надавливаю на перчатку (рука поднимается). Сейчас я буду поочередно притрагиваться булавкой к правой и левой кистям, и вы почувствуете разницу (гипнотизер выполняет то, о чем он говорит). Теперь ваша левая рука становится всё менее и менее чувствительной, всё больше и больше немеет. Вся рука постепенно немеет, кисть, пальцы, ладонь. У вас такое ощущение, будто рука деревянная. Вы больше не чувствуете боли. Вы чувствуете онемение?»

(Если пациент отвечает, что он еще чувствует боль, ему говорят, что она гораздо слабее той, которую он испытывает в другой руке. Добавляют также, что на следующем сеансе левая рука станет еще менее чувствительной.)

Следующим гипнотическим феноменом в технике гипноза, используемым для оценки глубины транса, является амнезия (глубокий транс часто сопровождается амнезией, однако может быть и без нее). Амнезия отличается от других гипнотических феноменов, которые мы будем обсуждать, тем, что она констатируется только при пробуждении.

Напомним, что гипнотическая амнезия неглубока и может быть устранена терапевтом. Эта особенность была обнаружена Бернгеймом. Он, как уже отмечалось, показал Фрейду загипнотизированную особу, у которой путем настойчивых требований ему удалось пробудить воспоминания обо всем, что происходило во время сеанса. Таким образом, Фрейд (1925) пришел к пониманию возможности управлять воспоминаниями, что позволяет, даже не прибегая к гипнозу, «восстановить в сознании забытые факты и отношения».

Амнезия может быть спонтанной или спровоцированной постгипнотическим внушением. Сначала пациента спрашивают о том, что он помнит из переживаний, возникавших во время транса. Это необходимо, чтобы знать, способен ли он забывать. Если пациент помнит всё, а по психотерапевтическим соображениям желательна амнезия, его заставляют пройти определенную тренировку в амнезировании некоторых аспектов транса или всего транса. Wolberg (1948) предлагает следующую методику тренировки: непосредственно перед окончанием гипнотического сеанса пациента просят вообразить, что он спит у себя дома и видит сон. Вскоре после этого внушения пациент внезапно просыпается с таким ощущением, что он пробудился от глубокого сна. Он ясно помнит свое сновидение, но о других событиях транса помнит смутно, а некоторые из них полностью забывает.

Если удастся добиться частичной амнезии, то во время следующего сеанса пациенту говорят, что забвение – явление нормальное и полезное для терапии. Добавят также, что легко забывать, отвлекая свое внимание от некоторых вещей, и приведут в качестве примера, что в последний раз он забыл какие-то события транса. Возможно, сегодня он забудет многие (если не все) события этого сеанса. Затем ему внушают увидеть сон перед пробуждением и тотчас же, как он начнет видеть сон, внезапно проснуться, словно он пробудился от глубокого сна. Ему скажут, что он вспомнит свой сон, но забудет почти все (или все) другие события.

Brenman и Gill (1947) указывают другой способ тренировки пациента в забывании. Ему предлагают вообразить доску, на которой он напишет три разных слова, внушенных гипнотизером. Затем он получит приказание зачеркнуть эти воображаемые слова. Слова изгладятся из его памяти, и позднее, когда его попросят их воспроизвести, он заметит, что должен долго копаться в памяти, а иногда даже не сможет их вспомнить. Тогда гипнотизер вновь приступает к внушению релаксации и дремоты, а затем возвращается к словам. Здесь, как и в предыдущих тестах, очень важно заставить пациента признать, что внушение оказало определенное действие и что, вспоминая слова, он испытывал затруднения. На этом основании пациенту говорят, что трудность запоминания будет возрастать, и в конце концов он не сможет запомнить ни одного слова. Когда это достигается и пациент забывает все слова, ему говорят, что будут считать, и при назывании определенной цифры он вспомнит слова (что действительно происходит).

Феномен, появление которого обычно стараются вызвать после амнезии, это постгипнотическое внушение. Здесь также достижение феномена может контролироваться только после окончания транса. Наиболее легко выполнимые постгипнотические внушения – это постгипнотический сон и постгипнотическое моргание. Чтобы добиться первого, пациенту внушают, что в течение следующей ночи он увидит сон, который он запомнит и расскажет врачу на следующем сеансе.

Чтобы добиться постгипнотического моргания, пациенту объявляют, что его разбудят, медленно считая до пяти. При счете «пять» он должен открыть глаза и посмотреть на гипнотизера. Пациент заметит тогда, что его глаза моргают, и он не может этому помешать, несмотря на все усилия. Затем пациенту говорят, что его попросят закрыть глаза и будут считать до трех. При счете «три» он должен открыть глаза; на этот раз он заметит, что не моргает.

Можно дать множество других постгипнотических внушений, используемых в технике гипноза, однако следует избегать внушения слишком фантастического характера.

В этой стадии можно натренировать пациента говорить, не пробуждаясь. Необходимо предпринять определенные меры, чтобы пациент, когда ему предложат говорить, не вышел бы внезапно из транса. Надо, например, сказать:

«Вы очень расслаблены, очень спокойны, вы спите. Несмотря на то, что вы спите, вы можете со мной говорить, можете отвечать на мои вопросы, не просыпаясь. Вы будете говорить, как говорят во сне».

Первые вопросы, задаваемые пациенту, просты и не должны вызывать никакой тревоги. Его спрашивают об имени, профессии и т.п. Позднее можно перейти к методике свободных ассоциаций и заставить его выразить первую же мысль, которая придет ему в голову.

Следующий гипнотический феномен – позитивные сенсорные галлюцинации. Галлюцинации могут возникать в самых разнообразных формах и являются излюбленной темой гипнотизеров мюзик-холлов; они внушают гипнотизируемому, что ему невыносимо жарко или его кусали комары, и т.д. Врач может вызвать положительные сенсорные галлюцинации при помощи следующего внушения.

«Представьте, что мы выходим, вы и я, из этой комнаты. Мы оказываемся на площади маленького южного селения. Погода прекрасная, светит солнце. Мне бы хотелось, чтобы вы хорошо представили себе эту картину и подняли руку, когда увидите описанную мною сцену. Мы находимся возле церкви, погода очень хорошая, вы смотрите на церковь. Вы ее видите? (Гипнотизируемый поднимает руку.) Вы внимательно смотрите на церковь. Вы видите ее колокольню. Если вы ее видите, поднимите руку. Начал звонить колокол. Слышите? Если вы его слышите, дайте мне знать, поднимая руку».

Можно также вызвать «негативные» галлюцинации. Они характеризуются потерей реальности сенсорного впечатления или способности узнавать присутствие человека в комнате. Негативные галлюцинации являются признаком глубокого транса, в котором пациент может оставаться с открытыми глазами.

Способность оставаться с открытыми глазами, вставать, ходить свидетельствует о состоянии полного сомнамбулизма. Поведение пациента в этом состоянии может напоминать поведение сомнамбулы, но в некоторых случаях он ведет себя как нормальный человек. Чтобы достичь такого состояния, пациент должен быть подвергнут определенной подготовке. Ему можно сказать следующее.

«Вы расслаблены, вы спите, глубоко спите. Вы можете открыть глаза, не просыпаясь. В начале всё вам покажется неясным, затем вы увидите вещи отчетливее. Вы будете спать и, не

прерывая сна, вы сможете встать и ходить, как те, кто ходит во сне. Теперь очень медленно откройте глаза. Вы видите вещи смутно. Но постепенно они становятся всё отчетливее, теперь вы всё видите очень ясно».

Можно также сообщить пациенту, что он увидит всё, что вы ему скажете. Таким образом, он не только будет способен ясно видеть различные предметы, но неопределенный характер внушения позволит ему увидеть любые воображаемые предметы.

Таким способом удается заставить пациента галлюцинировать с открытыми глазами.

Wolberg (1948) описал технику тренировки возникновения такого рода галлюцинаций: пациенту, глаза которого закрыты, внушают, что он увидит гипнотизера, держащего перед ним бутылку с водой. Пациент увидит, как вода меняет цвет, становится розовой, затем постепенно краснеет. В этот момент он должен слегка поднять левую руку. Тогда пациенту сообщают, что транс будет продолжаться и после того, как он откроет глаза, и с открытыми глазами он будет получать те же впечатления. Перед ним ставят настоящую бутылку с водой, и он благодаря галлюцинации увидит изменение цвета. Как только он даст понять, что видит изменение цвета, ему сделают другое простое внушение, например, что он видит перед собой на столе зажженную свечу.

Все описанные нами гипнотические феномены, включая стадию сомнамбулизма, могут быть получены в течение одного сеанса, если дело имеет с превосходными субъектами (такowymi являются от 5 до 10 % нормальной популяции).

Другие субъекты требуют большего количества сеансов. Впрочем, если преследуются терапевтические цели, совсем необязательно добиваться возникновения столь глубокого транса. Можно удовлетвориться вызванной у пациента неспособностью поднять руку, открыть глаза и некоторой степенью амнезии при этом.

У некоторых больных, например больных неврозами с навязчивыми идеями, которые с трудом поддаются гипнозу, Wolberg советует добиваться как можно более глубокого транса в течение первого же сеанса, даже если он будет длиться 2 ч.

Действительно, такие больные часто бывают настолько поражены происходящим с ними, что в течение первого сеанса не успевают мобилизовать свои защитные силы, чтобы сопротивляться индукции. Что касается углубления транса, отметим также метод Vogt (1896), называемый фракционным гипнозом: в течение одного сеанса пациента несколько раз будят и снова гипнотизируют.

5. Пробуждение

Прежде чем начать будить пациента, проводят постгипнотическое внушение, говоря, что в начале следующего сеанса врач будет считать от одного до пяти или десяти, после чего пациент впадет в транс, такой же, в каком он находится сейчас, или даже более глубокий. Чтобы определить вхождение пациента в транс, вместо чисел можно использовать множество других сигналов: слово, фразу, слуховой стимул (например, звук колокола) или зрительный (например, мигающий свет).

Пробуждение должно происходить постепенно. Ему должно предшествовать внушение хорошего самочувствия и покоя. Можно действовать следующим образом.

«Теперь я начну вас будить. Понемногу вы будете выходить из транса; я начну считать от пяти до одного (обратный порядок в отличие от предыдущего счета). Когда вы проснетесь, вы почувствуете себя хорошо, отдохнувшим, без каких бы то ни было неприятных ощущений. Вы почувствуете себя так, как будто вы выспались». (Это внушение повторяют и считают: «пять», «четыре»... и т.д.)

Некоторые пациенты при пробуждении чувствуют тяжесть в конечностях, тошноту и др. Иногда приходится вновь гипнотизировать пациента и внушать ему исчезновение симптомов. Встречаются (правда, редко) и такие больные, которые не желают просыпаться, они или остаются в трансе, или погружаются в глубокий физиологический сон. Мотивировка может быть различной: некоторые из них получают такое вознаграждение в трансе, что не хотят с ним расстаться, другие находят убежище в сне по механизму бегства от транса. Если больные не подчиняются приказам (твердым, но ни в коем случае не угрожающим), их предоставляют самим себе. Они проснутся через несколько часов под действием физиологической необходимости.

6. Опыт, пережитый в трансе

Когда пациент проснулся, целесообразно провести с ним беседу о том, каким образом он пережил транс. Беседа поможет выяснить также, какова была глубина транса. Пациенту или предоставляют возможность говорить спонтанно, или задают вопросы. Часто пациент заявляет, что он не спал⁴⁷ (очевидно, в том случае, когда нет полной амнезии). Тогда ему объясняют, что гипнотический сон нельзя отождествлять с ночным, как ему раньше сообщали, и что при гипнотическом сне слышат всё, что говорит гипнотизер. Добавляют также, что если гипнотический сон глубок, можно забыть всё сказанное во время транса. Обязательно подчеркивают, что терапевтический результат не прямо пропорционален глубине транса.

Часто пациент говорит, что не смог выполнить все внушения. На это ему отвечают, что в следующий раз он выполнит их лучше. Иногда больные заявляют, будто они испытали некоторые из внушенных феноменов, но что они ни разу не теряли контроля над собой и могли бы, если бы хотели, сопротивляться внушениям. Им отвечают, что у врача не было ни малейшего намерения лишить их самоконтроля. Наоборот, врач стремился повысить их способность к самообладанию, к господству над собой, и они проявили такую способность, вступив в добровольное сотрудничество с гипнотизером.

Затем просят пациента (особенно если тот образован и способен анализировать)⁴⁸ подробно описать всё, что он пережил во время транса. Таким образом можно выяснить, как пациент пережил этот опыт. Выражения, которые он употребит (например, «я погружался», «я опускался», «я плавал» и др.) можно будет использовать в следующих сеансах.

7. Медикаментозный гипноз

Использование медикаментов для облегчения индукции гипноза относится к концу XIX в. Chambard в 1881 г. использовал с этой целью эфир или хлороформ в малых дозах. Hallauer, берлинский акушер, в 1922 г. описал способ наркогипноза, который состоит в том, что в начале индукции дают несколько капель хлороформа. Он пришел к этому методу, так как возражал против чистого гипноза, который он рассматривал как неуместное вмешательство.

В 1928 г., когда во Франции гипноз в чистом виде был уже в течение 30 лет в немилости, Brotteaux предложил комбинировать гипнотическое воздействие с введением смеси скополамина и хлоралозы, называемой скопохлоралозой [Brotteaux, 1936].

К тому времени гипноз стал объектом социального табу, и его можно было применять как бы в замаскированном виде – только в сочетании с медикаментами. Brotteaux рекомендует две методики такого сочетания: 1) давать больному лекарства и через 1–2 ч после этого, когда он заснет, делать прямое терапевтическое или иное внушение; 2) давать больному лекарство и после того, как он станет сонливым, проводить гипнотический сеанс по всем правилам. После сеанса оставляют пациента спать в течение нескольких часов. Brotteaux подчеркивает, что терапевтические результаты он приписывает этим внушениям, а не только действию медикаментов. По его мнению, действие наркотического средства на 80 % обусловлено сознательным или бессознательным внушением врача. Скопохлоралоза приводит в состояние внушаемости, это очевидно, но последующее действие на психику является результатом влияния врача [Brotteaux, 1938].

Baruk (1935, 1936) и его ученики, использовавшие скопохлоралозу так же, как Brotteaux, в отличие от него верили (как мы уже отмечали в главе 1) в химическое действие назначаемого препарата и пользовались им для усиления проявлений истерии. Brotteaux утверждает, что с помощью его методик ему удавалось использовать гипноз в тех случаях, когда другие методы потерпели неудачу. Но о чем идет здесь речь – о гипнозе или о наркозе? Такой же вопрос ставится по поводу субнаркоза, вызванного барбитуратами при так называемом наркоанализе.

⁴⁷ Lassner обращает наше внимание на то, что мы, читая литературу XIX в., посвященную гипнозу, получаем впечатление, будто пациенты в то время «спали» гораздо глубже и дольше, чем в наши дни. Он думает, что характер гипноза мог несколько измениться, как в случае с истерией. Это вероятно, поскольку авторы того времени очень настаивали на аспекте гипнотического сна. Однако к приводимым ими данным надо относиться с осторожностью. Возможно, они были склонны предоставлять преимущество этому аспекту в своих описаниях.

⁴⁸ Известно самонаблюдение знаменитого швейцарского психиатра Eugene Bleuler, изложенное в книге «Загипнотизированный гипнотизер» (1911). Будучи сам загипнотизирован, он описывает переживания во время собственного гипноза.

Вопрос остается спорным. Horsley (1943) удавалось добиться возникновения гипнотических феноменов (каталепсия, галлюцинации и пр.) во время субнаркоза, вызванного пентоталом. Предполагают, что если состояния гипноза и наркоза частично перекрываются, то в целом они очень различны.

Мы считаем, что между наркоанализом и гипнозом имеется существенное различие в плане психотерапевтических взаимоотношений. Наркоанализ можно рассматривать как «вооруженное вторжение», тогда как в процессе гипнотизирования врач выполняет функцию «вознаграждения». Кроме того, регрессивный процесс при наркозе совершается форсированно и грубо, тогда как в гипнозе он происходит постепенно и позволяет действовать защитным механизмам человека (в виде адаптации или сопротивления).

Сочетание гипноза с введением барбитуратов осуществляется различными способами. Некоторые авторы ратуют за инъекцию пентотала (в малых дозах) с последующим применением техники индукции в фазе засыпания, другие – используют более значительные дозы и приступают к индукции лишь в фазе пробуждения. Таким образом удалось загипнотизировать неподдававшихся пациентов, которые на следующем сеансе смогли впасть в транс без помощи лекарства (60 % в экспериментах Horsley). Некоторые врачи не приступают к гипнозу во время наркоза. Они ограничиваются постнаркотическими внушениями с целью повышения восприимчивости к гипнозу на следующем сеансе.

Пациентам, сопротивляющимся индукции, можно давать за час до начала сеанса слабую дозу снотворного, не доводя до субнаркоза (например, 30 мг нембутала). Такая доза вызовет легкую сонливость, которая в ряде случаев может облегчить индукцию гипноза. Прием лекарства сам по себе играет большую роль. Мы встречали примитивных субъектов, у которых назначение плацебо облегчало индукцию: на следующих сеансах они засыпали под влиянием этого препарата; не требовалось даже применять словесное внушение (см. наблюдение 8).

8. Специальные приемы гипноза

В терапевтической практике используются различные специальные приемы гипноза, о которых мы говорили в первой части книги. Применение гипноанализа или еще более сложных методов требует от гипнотизера специальной подготовки. Необходимая глубина транса может быть различной. Вызов свободных ассоциаций, внушение фантазий или сновидений могут быть осуществлены на фоне неглубокого транса.

Для проведения других специальных приемов необходимо состояние глубокого транса и, если возможно, состояние сомнамбулизма. Мы рассмотрим далее каждый из этих специальных приемов гипноза.

Свободные ассоциации. Пациенту объявляют, что он должен высказать любые свои чувства, любые мысли, которые придут ему в голову, даже если они ему покажутся смешными или лишены интереса. Может быть, вначале это ему не удастся, но будет достигнуто в дальнейшем посредством тренировок.

Внушение фантазий или сновидений.⁴⁹ Можно внушить пациенту, что он находится в театре. Занавес опущен. Любопытно узнать, что за ним происходит. Пациент воображает, что на сцене перед занавесом стоит человек, лицо которого выражает чрезвычайный страх. Вероятно, он знает, что за занавесом происходит ужасная сцена. Пациент задумывается, почему этот человек так испуган, и сам затем проникнется его страхом. Через минуту занавес внезапно поднимется и пациент увидит спектакль, который испугал человека. Тогда он должен будет описать спектакль.

После этого пациенту внушают вновь представить себя в театре, но на этот раз увидеть и описать радостный, веселый спектакль. Эти фантазии помогают понять конфликты больного. Впоследствии можно попросить увидеть сон на заданную тему, затрагивающую его тревоги или конфликтные проблемы. Этот сон он может увидеть во время сеанса или в ночь после него.

Автоматическое письмо. Пациенту во время транса говорят, что он сможет писать, даже не зная, что делает его рука. Затем внушают, что ему дадут в руку карандаш, который он положит на лист бумаги. После этого пациенту внушают, что его рука будет перемещаться и писать на листе, как если бы ею двигала какая-то внешняя сила.

Ввиду того, что написанное будет иметь проблемы и будет зашифровано, пациента необходимо тренировать в истолковании письма. Ему внушают, что он, не просыпаясь, сможет

⁴⁹ Barber (1962) подчеркивает существующую разницу между ночными и индуцированными сновидениями у загипнотизированных пациентов.

открыть глаза, прочесть и объяснить написанное им. Делают также постгипнотическое внушение, что пациент сможет писать автоматически в состоянии бодрствования. То, что он напишет в этом состоянии, конечно, должно быть предметом разъяснения под гипнозом.

Гипнотический рисунок. Во время транса пациенту говорят, что он может открыть глаза и рисовать всё, что захочет, на любую тему. Затем его попросят объяснить значение этих рисунков и, исходя из них, дать свободные ассоциации.

Игровая терапия. Пациенту, у которого открыты глаза, дают множество игрушек и предлагают использовать их, руководствуясь собственной фантазией. Иногда он должен одновременно с этим рассказывать сказки. Данная методика может комбинироваться с регрессией (см. ниже).

Воспроизведение образов. Пациента просят открыть глаза, не просыпаясь, затем ему показывают хрустальный шарик, стакан воды или зеркало. Ему внушают, что, глядя пристально на один из представленных предметов, он увидит сцену, как в театре. Пациенту предоставляют полную свободу в выборе сцены или предлагают связать ее с проблемами, которые его беспокоят. Таким образом удается оживить в памяти забытые впечатления и восстановить сцены, связанные с лицами, игравшими значимую роль в прошлом больного [Muhl, 1923; Prince, 1925, 1926].

Регрессия. Пациента возвращают к его более молодым годам. Существование регрессии остается предметом споров. Некоторые авторы рассматривают эту регрессию как подлинную, но большинство полагают, что загипнотизированные взрослые действуют согласно своему представлению о поведении детей того возраста, который им внушили. Регрессия, совершая «возврат в прошлое» в воспоминаниях пациента, породила методику воскрешения прошедших эмоций. В этом заключается историческое значение гипнотической регрессии, которая привела Janet к открытию метода, названного позднее катартическим. Используя именно методику регрессии у пациентки Мари и внушая ей вновь пережить прошедшее событие, лежащее в основе ее заболевания, Janet осуществил «причинное» лечение. Janet исходил из работ Bourgu и Buret как уже отмечалось выше [Chertok, 1960].

Существование регрессии оспаривается [Платонов К.И., 1933; Barber 1962; Hadfield, 1928; Reiff, 1959; Young, 1940], тем не менее эта методика широко применяется. Пациентам, у которых очень легко наступает состояние сомнамбулизма, достаточно сказать, что им столько-то лет, и они следуют данному внушению. Но вообще лучше подводить пациента к этому состоянию постепенно. Например, Wolberg, делая внушение пациенту, находящемуся в глубоком трансе, формулирует его следующим образом.

«Теперь сосредоточьтесь полностью на том, что я буду вам говорить. Я вам внушу, что вы возвращаетесь назад, в свое прошлое. Вам будет казаться, что вы вернулись в тот период, который я вам внушаю. Начнем со вчерашнего дня. Что вы делали вчера утром? Что вы ели за завтраком? За обедом? Теперь мы возвращаемся к первому дню, когда вы пришли ко мне на прием. Можете вы увидеть себя говорящим со мной? Что вы чувствуете? Опишите это. Что на вас было надето? Теперь слушайте внимательно. Мы возвращаемся в те времена, когда вы были маленьким. Вы становитесь меньше. Ваши руки и ноги становятся всё меньше. Я тот, кого вы знаете и любите. Вам 10–12 лет. Видите ли вы себя? Опишите, что вы видите. Теперь вы становитесь еще меньше. Вы становитесь очень, очень маленьким. Ваши руки и ноги уменьшаются; ваше тело уменьшается. Вы вернулись в то время, когда вы были очень, очень маленьким. Сейчас вы маленький ребенок. Вы вернулись к тому моменту, когда вы впервые пошли в школу. Видите ли вы себя? Кто ваш учитель? Сколько вам лет? Как зовут ваших друзей? Теперь вы еще меньше. Вы намного меньше, гораздо меньше. Мать держит вас на руках. Видите ли вы себя с матерью? Как она одета? Что она говорит?»

Erickson (1938, 1939) описывает две другие методики. При использовании одной из них он начинает перемещать пациента во времени и в пространстве, чтобы затем вновь поместить его в настоящий период его жизни. При применении другой методики [Erickson, Kubie, 1938] он вводит последовательную амнезию, чтобы поставить пациента вне дня, недели, месяца, года, в которых он находится в действительности, прежде чем привести его в предшествующий период.

Индукция экспериментального конфликта. Пациенту объявляют, что во время сна ему напомнят об одном забытом им событии, которое когда-то с ним произошло. Добавляют, что он снова переживет чувства, испытанные им в момент этого события. Затем внушают фиктивную ситуацию, говоря пациенту, что после его пробуждения эта ситуация обусловит (бессознательно для него) его поведение и речь. Реакция пациента на внушенную таким образом фиктивную

ситуацию может дать интересный материал, касающийся природы его конфликтов, что поможет в выборе терапевтической тактики. Можно сочетать методику индукции экспериментального конфликта с методикой гипнотических сновидений [Newman, 1960].

С помощью описанных здесь методик и приемов гипноза можно получить интересные экспериментальные данные. Что же касается их терапевтической ценности, то в этом плане они еще не стали объектом точного методологического изучения. Brenman и Gill в 1947 г. писали, что эффективность данных методик в большей мере зависит от того, насколько искусно осуществляется их проведение. По мнению авторов, техника их проведения почти полностью определяется интуицией терапевта. Овладению специальными приемами трудно обучить, они являются практически уникальными феноменами, не связанными с кодифицированной психопатологией, и сближаются скорее с искусством, нежели с наукой. Сказанное в той или иной степени касается всех методов психотерапии, но наиболее справедливо в отношении специальных гипнотерапевтических приемов.

В 1959 г., после 12-летних исследований, те же авторы заявили, что

«феномены, возникающие при использовании этих специальных приемов, независимо от их значения для некоторых терапевтических проблем, являются одним из наиболее богатых источников изучения особых, чрезвычайных форм регрессивного процесса» [Gill, Brenman 1959, p. 132].

Кроме упомянутых авторов, особенно искусное применение большинства специальных приемов можно найти у Erickson (1938, 1939), Erickson и Kubie (1938, 1941).

9. Аутогипноз, техника самогипноза

Пациенты, загипнотизированные врачом, иногда говорят, что им случалось впасть в гипнотическое состояние у себя дома, когда они восстанавливали ситуацию сеанса (либо фиксируя взглядом какой-нибудь предмет, либо воображая, что они слышат голос гипнотизера). Обычно такие состояния заканчиваются сном (днем или вечером). По сообщению некоторых больных, они достигают той же глубины транса, как и во время сеанса, но большинство заявляют, что глубина его была небольшой.

Гипнотическое состояние, вызываемое некоторыми субъектами по собственной инициативе, может стать объектом систематического изучения и использовано для упрочения эффекта симптоматического лечения. Следовательно, надо обучать пациентов так называемому самогипнозу.

Самая простая форма обучения заключается в следующем: пациенту, который был загипнотизирован во время сеанса, советуют воспроизводить ту же ситуацию у себя дома 1 или 2 раза в день. Некоторым пациентам это удается, но транс почти всегда бывает неглубоким.

Наиболее отработанная тренировка самогипноза может проводиться двумя методами: во-первых, под гипнозом (в присутствии терапевта) и, во-вторых, посредством самообучения.

Обычно самогипноз достигается труднее, чем гетерогипноз (гипнотизирование врачом). С помощью методики тренировки под гипнозом чаще всего добиваются легкого или среднего, но иногда и глубокого транса. При использовании методики самообучения, по общему мнению, достичь глубокого транса невозможно.

Возникает вопрос: можно ли самогипноз, достигнутый с помощью тренировки под гипнозом, считать подлинным аутогипнозом? В самом деле, в этих условиях реализация транса в значительной мере обусловлена отношениями между врачом и пациентом. Этот же фактор играет ведущую роль в достижении терапевтического эффекта. При методе самообучения фактор отношений, очевидно, отсутствует, ввиду чего терапевтические результаты весьма сомнительны.

Чтобы добиться самогипноза при тренировке под гипнозом, необходимо ввести пациента в глубокий гетерогипнотический транс. По мнению Salter (1950), для этого требуется как минимум катаlepsия конечностей или анестезия, но предпочтительнее достичь 13-й степени транса по шкале Дейвиса и Хусбэнда. Что же касается используемой техники, она может быть различной. В качестве примера мы приведем методику, описанную Weitzenhoffer (1957) в *General Techniques of Hypnotism*. После того как пациент впал в состояние глубокого транса, ему делают постгипнотическое внушение следующего типа.

«В дальнейшем каждый раз, когда вы захотите впасть в состояние глубокого транса, даже более глубокого, чем тот, в котором вы находитесь сейчас, вы сможете непосредственно достичь этого. Вам надо только удобно устроиться и расслабиться, сделав несколько глубоких вдохов. Вы

постараетесь расслабиться, как это было сейчас, когда я вас гипнотизировал. Когда вы расслабитесь, скажите себе мысленно, что вы сейчас войдете в состояние глубокого гипноза, затем сделайте три глубоких вдоха, и, как только вы сделаете третий вдох, вы впадете в очень глубокий транс. Во время гипноза вы сможете думать и сохранять полный контроль над собой. Вы можете делать себе любое внушение в то время, пока вы будете находиться под гипнозом, и проявлять все гипнотические феномены, какие пожелаете. Чтобы проснуться, вам достаточно будет сказать себе, что вы просыпаетесь. Затем вы сосчитаете до трех и при счете «три» окончательно проснетесь. Если в то время, пока вы загипнотизированы, возникнет критическая ситуация, вы мгновенно автоматически проснетесь, чтобы принять все необходимые меры. Каждый раз, когда вы себя загипнотизируете, вы сможете слышать и выполнять все даваемые мною внушения, даже если они будут противоречить некоторым из тех внушений, которые вы сделали себе сами. Но вы не будете слушать никого другого и ни от кого не примете внушения, если, конечно, прежде вы не решили по-иному. Вы не будете использовать самогипноз без достаточных на то оснований и не станете никогда злоупотреблять им. Вы сможете вызывать галлюцинации, если пожелаете, но только тогда, когда вы будете без свидетелей, или так, чтобы они знали, что вы делаете. Вы никогда не вызовете таких галлюцинаций, которые могли бы повредить вам или кому-нибудь другому. Эти внушения будут действовать до тех пор, пока я их не изменю или не отменю. Никто другой не сможет изменить их или отменить, даже вы сами».

Wolberg включил в свою технику самогипноза метод поднятия руки и инструкции, позволяющие добиться самогипноза. Кроме того, Salter (1950) в «What is Hypnosis» описал три методики применительно к той глубине трансa, которую пациенты способны достичь.

Приведем пример тренировки самогипноза, заимствованный у Rhodes (1952) в его «Curative Hypnosis». Следуя этому автору, пациент, желающий проводить самогипноз, должен прочесть и точно выполнить следующую ниже инструкцию по технике самогипноза.

Первая стадия аутогипноза – это «закрытие глаз». Так я обозначаю состояние, при котором, находясь в бодрствовании, вы не сможете открыть глаза. Этого можно достичь, устроившись в удобном кресле в тихой комнате. Затем надо сделать следующее.

1. Скажите «раз» и одновременно подумайте: «Мои веки становятся очень тяжелыми». Думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнетесь ею, верьте в нее, пока вы о ней думаете. Отгоняйте всякую другую мысль, например такую: «интересно, удастся ли это». Сосредоточьтесь на одной мысли: «Мои веки становятся очень, очень тяжелыми». Если у вас будет только эта единственная мысль, если вы сосредоточитесь на ней, проникнетесь ею и поверите в нее в то время, пока вы о ней думаете, ваши веки начнут тяжелеть. Не ждите, чтобы они стали очень тяжелыми; когда они начнут тяжелеть, переходите к следующей фазе.

2. Скажите «два» и одновременно подумайте: «Мои веки теперь очень тяжелые, они сами смыкаются». Как и в первой фазе, думайте только об этом, сконцентрируйтесь на этой мысли, верьте в нее. Не закрывайте глаза насильно и не старайтесь держать их открытыми, но сосредоточьтесь на единственной мысли: «Мои веки сейчас такие тяжелые, что сами закрываются», и в то же время, пока вы повторяете эту единственную мысль, пусть ваши веки действуют самостоятельно. Если вы действительно сосредоточитесь на этой мысли, исключив все другие, если вы проникнетесь ею и будете верить в нее, пока вы о ней думаете, ваши веки медленно закроются. Когда веки сомкнутся, оставьте их в этом состоянии.

3. Скажите «три» и одновременно подумайте: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Как и прежде, мысленно повторяйте это, думайте только об этом, сосредоточьтесь на этой мысли, проникнетесь ею и верьте в нее. Но вместе с тем попытайтесь открыть глаза; вы заметите, что не можете этого сделать, пока не скажете «откройтесь», и тогда ваши глаза мгновенно откроются.

Не отчаивайтесь, если первые попытки самогипноза окажутся неудачными. Чаще всего при обучении самогипнозу первые 2 или 3 попытки заканчиваются неудачей, поскольку обычно еще отсутствует умение сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные. Неудача вовсе не свидетельствует о недостаточных умственных способностях. Скорее наоборот, у интеллектуально развитых индивидуумов обычно возникает несколько мыслей одновременно, отмечается их взаимопроникновение. Чтобы сосредоточиться на одной-единственной мысли, исключив все остальные, необходимо овладеть новым умением, требующим упорства и практики. И если в первый раз вы потерпите неудачу, надо попытаться снова. Если вы способны

контролировать процессы мышления, вам удастся сосредоточиться на одной мысли; и как только вы сможете это сделать, самогипноз станет вам доступным.

Таким образом, когда после первой фазы ваши глаза закроются, вы перейдете к третьей фазе и подумаете: «Мои веки крепко сомкнуты, я не могу открыть глаза, несмотря на все усилия». Вы должны постоянно возвращаться к этой мысли, единственной мысли, и в то время, как вы это думаете, попытайтесь открыть глаза.

Всё время, пока вы будете сосредоточиваться на этой единственной мысли, веки останутся сомкнутыми. Ваши мышцы будут напрягаться, чтобы открыть глаза, но они останутся закрытыми до тех пор, пока вы не скажете вслух или мысленно: «Откройтесь».

Следующая фаза состоит в ускорении процесса. Попробуйте 2 или 3 раза удостовериться, что вам удалось крепко закрыть глаза. С каждым разом результат будет лучше.

3. Теперь переходите к ускорению. Первую фазу проведите, как прежде, и в момент, когда ваши веки отяжелеют, переходите ко второй фазе. В то время, когда вы говорите «два», подумайте об указанной мысли один раз (самое большее два раза), но исключите все остальные мысли. Когда глаза закроются, скажите «три» и снова подумайте об указанной мысли один раз (или самое большее два), но исключительно о ней. Ваши веки останутся сомкнутыми. Разомкните их по команде «открыть».

Теперь начните снова всё, что вы делали, но вместо того чтобы говорить «один», «два» и «три», ограничьтесь мыслью об этих числах в том же порядке. Наконец, делайте всё упражнение без чисел, но повторяйте по одному разу мысль первой, затем второй и третьей фаз. После достаточной тренировки вы сможете почти мгновенно закрывать глаза и сохранять веки сомкнутыми, лишь один раз подумав о мысли третьей фазы.

Вы заметите, что приобрели быстроту и способны всё увереннее контролировать себя. Овладев умением концентрироваться только на одной мысли (первая или вторая фаза), вы сможете почти мгновенно переходить к третьей фазе, которая представляет сложную мысль. Пробным камнем успеха в самогипнозе является способность быстро закрывать глаза. Когда вы этого добьетесь, вы сможете достигнуть той глубины транса, которая необходима для безбоязненной встречи с тревожащими вас проблемами.

Следующей фазой является релаксация. Оставайтесь с закрытыми глазами и думайте: «Я буду глубоко дышать и полностью расслаблюсь». Сделайте глубокий вдох и на выдохе полностью расслабьтесь. Думайте:

«Я буду дышать ровно и глубоко и при каждом вдохе всё больше и больше расслабляться».

Когда вы добьетесь закрытия глаз и релаксации (которая вскоре будет возникать одновременно с закрытием глаз), вы достигнете первой ступени транса самогипноза. Теперь вы в состоянии воспринимать внушение, которое вы себе делаете, с гипнотическим и постгипнотическим эффектом. Но как и для закрывания глаз, где быстрота достигалась неоднократным повторением, для осуществления следующих фаз тоже иногда необходима тренировка. Секрет успеха заключается в способности сосредоточиться только на одной мысли, исключив все остальные, проникнуться ею, верить в нее.

Для начала попробуйте простые внушения. Например: сожмите правой рукой указательный палец левой руки. Думайте: «Я не могу освободить свой палец». Как и прежде, сосредоточьтесь на этой единственной мысли, проникнетесь ею, верьте в нее и одновременно попытайтесь освободить палец. Он будет скован до тех пор, пока вы не подумаете: «Теперь я могу его освободить» (или любое другое слово или выражение с тем же смыслом).

Rhodes приводит затем немало других простых внушений, которые могут быть использованы с целью аутогипноза: ригидность руки, сжатие кистей рук, иллюзия тепла и др.

10. Групповой гипноз

Групповой гипноз – это способ одновременной гипнотизации нескольких пациентов. Его не следует смешивать с собственно групповой психотерапией; последняя недирективна и ее участники свободно общаются между собой и со своим руководителем.

Уже в конце XVIII в. в эпоху животного магнетизма Mesmer и Puységur экспериментировали с группами больных. В начале XIX в. групповой гипноз широко применялся Wetterstrand (1899) в Швеции, Van Renterghem (1907) в Голландии и др.

Главное преимущество группового гипноза – экономия времени. Например, таким образом можно подготовить группы беременных женщин по гипносуггестивному методу [Здравомыслов В.И., 1930; Ambrose, Newbold, 1956; Kroger, Freed, 1951; Doniguevitch, 1955]. Некоторые

советские акушеры, как мы уже упоминали, создали с этой целью гипнотарию. Метод используется также для лечения алкоголизма (особенно в Соединенных Штатах Америки и в странах Восточной Европы).

Кроме того, групповой гипноз служит экспериментальным целям – для отбора лучших, наиболее гипнабельных субъектов. Он позволяет также повысить восприимчивость к гипнозу у некоторых членов группы, ставя им в пример более гипнабельных субъектов и давая воспользоваться успокаивающими факторами, создаваемыми самой группой.

Эффект групповой гипнотерапии ограничен. Она носит директивный характер и содержит элементы поддержки и убеждения. Используемая методика существенно не отличается от индивидуальной методики. Например, можно действовать следующим образом: пациентам, удобно устроившимся на стульях или в креслах и закрывшим глаза, последовательно внушают релаксацию, тяжесть, сон и др. Затем им предлагают открыть глаза. Пациентов, которые лучше поддавались внушению, усаживают перед остальными участниками группового сеанса. Им внушают релаксацию, закрывание глаз, глубокий транс. Когда от них добиваются нескольких глубоких трансов, их ставят в пример другим. Последних уверяют, что они смогут сделать то же и при повторной попытке легко добьются глубокого сна. Затем возобновляют прежние внушения, и почти всегда некоторая часть пациентов, до тех пор сопротивляющихся сну, впадают в более глубокий транс. Каждый из них в дальнейшем будет легче поддаваться гипнозу во время индивидуального сеанса.

11. Гипнодрама

В противоположность групповому гипнозу гипнодрама является настоящей групповой психотерапией. Она сочетает гипноз и психодраму. Мы не будем описывать технику психодрамы, которая хорошо известна. Напомним только, что психодрама – это психотерапевтическая методика, которая, используя драматическую импровизационную игру на заданную тему, позволяет пациенту выразить в действии свои конфликты и в некоторой степени интегрировать их. Психодрама разыгрывается одновременно пациентом, руководителем или ведущим игру (одним из терапевтов) и другими терапевтами, которые играют роль «вспомогательных я». Это происходит на сцене, перед публикой.

В гипнодраме ведущий игру предварительно гипнотизирует пациента.

Можно считать, что уже во времена Месмера фактор «группы» являлся составной частью психотерапии. Затем от этого метода отказались, но Moreno (1950) предлагает вновь ввести его в гипнотерапию. В «Hypnodrama and Psychodrama» он совместно с Enneis описал технику гипнодрамы. Неудобство гипнодрамы состоит в том, что она может применяться только у больных, у которых очень быстро наступает состояние сомнамбулизма.

Итак, мы обсудили основные методы гипнотерапии. Приведенные сведения и данные рекомендации представляются нам достаточными для начальной практики, тем более, что обучение возможно без прямой демонстрации. Желающим ознакомиться с этими методами более подробно мы советуем обратиться к работам следующих авторов:

Wolberg (1948), Weitzenhoffer (1957), Brenman, Gill (1947), Schultz (1959), Stokvis (1960), Schilder, Kauders (1956), Erickson (1961). Тем, кого интересует, в частности, область анестезиологии, принесут пользу книги Marmera (1959) и Lassner (1960, 1962). Вопросы акушерства освещены в работах таких авторов, как В.И. Здравомыслов (1930), Kroger и Freed (1951), Ambrose, Newbold (1956), Clark (1956), а проблемы стоматологии представлены в работах Moss (1952), Shaw (1958).

12. Производные метода гипноза

Гипнотерапия с самого начала сталкивается с тремя важными проблемами.

1. Восприимчивость к гипнозу. Оказалось, что степень восприимчивости к гипнозу варьирует в зависимости от индивидуальности пациента и что существуют субъекты, совершенно не восприимчивые к гипнозу.

2. Способ применения. Ставился вопрос о формах применения гипноза в терапевтических целях.

3. Взаимоотношения врача и больного. Они играют важную роль, и их необходимо учитывать.

Отношение к этим трем проблемам часто определяло создание приемов гипноза. Рассмотрим их эволюцию.

Восприимчивость к гипнозу

В эпоху животного магнетизма этот вопрос не вызывал большого интереса, так как сущность лечения видели в передаче благотворных флюидов. Проблема гипнабельности стала более актуальной в тот период, когда терапевтическое значение начали приписывать внушению, что способствовало созданию новых методик психотерапии. Поскольку не все восприимчивы к гипнозу, то необходимы такие методы психотерапии, при которых влияние одного индивидуума на другого осуществляется без гипнотизирования. Это обстоятельство было одной из причин отказа Фрейда от гипноза. Существует даже мнение, что если бы все пациенты были восприимчивы к гипнозу, то не было бы психоанализа.

Способы применения

В эпоху животного магнетизма способ применения гипноза не представлял проблемы. Теория флюидов предполагала действие физического агента между больным и врачом. Терапевт посредством пассов передает благотворную силу своему пациенту. Он являлся таким же физическим посредником, как металлический чан (Mesmer) или магнетизированные деревья (Puységur).

В те времена лица, применявшие лечение гипнозом, необязательно были врачами. Только в конце XIX в., когда в гипноз было включено словесное внушение, психотерапия становится достоянием врачей; тогда же возникает проблема способа применения, т.е. вопрос о том, как целесообразнее использовать гипноз для получения лечебного эффекта. Врачей больше не удовлетворяет простое снятие симптомов с помощью прямого внушения.

Bougu и Burot (1888) первыми сообщают о применении гипноза с целью каузальной терапии, при которой во время гипноза добиваются регрессии, или возвращения в прошлое, и больной вновь переживает эмоции, испытанные им в период возникновения заболевания. Bougu и Burot использовали кризы, но они интересовали их не сами по себе, а как состояния, во время которых полнее раскрываются эмоции пациента. Janet (1889) создал свой метод лечения и, как мы уже отмечали, подтвердил значение наблюдений Bougu и Burot.

Brauer использовал регрессию уже в 1881 г., но стал сотрудничать с Фрейдом в изучении этого явления только с 1893 г. Всё же в большинстве случаев гипнотерапия ограничивалась непосредственным, прямым внушением. Фрейда утомило однообразие этой методики. Он испробовал катартический метод, но столкнулся с другой трудностью: не все пациенты поддавались гипнозу.⁵⁰ Тогда он изменил свою методику. Не гипнотизируя пациента, он клал руку ему на лоб и побуждал говорить. Потом Фрейд отказался от физического контакта и директивного поведения, чтобы прийти к методу свободных ассоциаций. (Здесь, разумеется, излишне говорить об этой методике и ее судьбе.)

Современные гипнологи сохранили прием гипнотизации, но наряду с непосредственным внушением и катартическим методом они используют другие приемы (описанные в главе «Специальные приемы гипноза»). Некоторые даже комбинируют классический гипноз с техникой свободных ассоциаций. Эта методика, именуемая гипноанализом, как мы уже говорили, находится в стадии эксперимента. Schultz (1956) также видоизменил классическую гипнотическую технику, описав метод «аутогенного тренинга», являющийся самогипнозом, из которого исключено прямое внушение, замененное упражнениями. Эти шесть упражнений выполняются в определенном порядке, чтобы последовательно добиться ощущения тяжести, тепла, восприятия, сердечного и дыхательного ритма, ощущения тепла в эпигастральной области и холода в области лба. Мы не будем описывать здесь эту методику, так как она подробно изложена в сборнике «Релаксация» [Relaxation (La), 1959].

Развивая метод Шульца, Kretschmer (1959) разработал методику активного градуированного гипноза.

Stokvis (1959, 1960), также вдохновленный аутогенным тренингом, описал методику активной регуляции мышечного тонуса.

Отметим также, что некоторые ученики Шульца комбинируют гипноз и аутогенный тренинг (Kurth). Пациент упражняется дома и подвергается гипнозу, когда приходит на консультацию к врачу.

⁵⁰ Объяснив это издержками своей метафизики, Фрейд вернулся в Нанси, чтобы усовершенствовать методику.

У пациентов, которые соглашаются подвергнуться суггестивной терапии, Kurth проводит комбинированное лечение следующим образом. Прежде всего он обучает их первому упражнению Шульца (тяжесть правой руки), и пациенты упражняются самостоятельно в течение 8–15 дней. На следующей консультации он говорит больным, что они выполняют у него одно «углубленное» упражнение, которое не смогут проделать сами. Он начинает внушать им ощущение тяжести и жара во всем теле и добивается таким образом перехода к гипнотическому сну. Пациенты продолжают тренироваться дома, выполняя обычные упражнения, тогда как во время визитов к терапевту они подвергаются тотальному гетеросуггестивному гипнозу.

Отметим также метод Coïge, который был разработан в начале нашего века, в период дискредитации гипноза. Познав в свое время большой успех, он позднее оказался в забвении.

Взаимоотношения врача и больного

Природа межличностных отношений в гипнозе и их использование в терапевтических целях знали самые различные толкования, в происхождении которых наряду с рациональными факторами известную роль играли факторы иррациональные.

Авторы (сознавая это или нет) столкнулись с перенесением «полным и необузданным», о котором говорит Henri Ey в своем предисловии к настоящей книге. Значение перенесения в процессе лечения поняли очень давно, и в разное время его называли «раппортом», «внушением» или «перенесением». Многие пытались приручить это необузданное перенесение, использовать его более рационально.

Henri Ey говорит в предисловии:

«Нет ничего удивительного в том, что широкое понимание явления непосредственного перенесения, развитие его во времени и опосредовано в речи привели Фрейда к его открытиям».

Перенесение провоцирует возникновение контртрансферентных отношений, что усиливает позицию авторов, стремящихся изменить методику лечения. Изменения были направлены не только на усовершенствование техники терапевтического вмешательства, но и на создание определенной дистанции между врачом и пациентом, на ослабление контакта между ними. Такое «отдаление» обезопасило терапевта, позволило ему, с одной стороны, повысить свою объективность по отношению к больному, с другой – включить механизмы защиты и сопротивления, создавая тем самым благоприятные условия для углубленного анализа. Сказанное характеризует технику психоанализа, с помощью которой, как полагают, можно достичь перестройки личности больного и повысить эффективность лечения.

Другая плодотворная попытка устранения внушения была сделана немецким исследователем Schultz. Не отказываясь от гипноза, он создал методику, которую назвал аутогенным тренингом, или концентрированным расслаблением. Он тренирует пациентов для фракционного самогипноза с целью достижения «состояния благотворной релаксации, аналогичного сну, без помощи постороннего внушения». Следовательно, это гипнотическая техника, но без гетеровнушения. Schultz исходит из констатации того факта, что пациент в состоянии гипноза испытывает ощущение тяжести и жара: первое свидетельствует о мышечном расслаблении, второе – о расширении сосудов. Поэтому первые два упражнения по его методу имеют целью обучить пациентов достижению двух указанных ощущений. Релаксация, которая рассматривалась как эпифеномен гипноза, является для Schultz главным звеном терапии. Именно она создает Umschaltung.⁵¹ Schultz причисляет свой метод, как и гипноз, к группе организматических методов в противоположность рациональным, «умственным» методам психотерапии; к последним примыкает и психоанализ, который действует в интеллектуальной и инстинктивной сферах.

Организматические методы не зывают к личности больного, но направлены на то, чтобы в сотрудничестве с больным изменять его поведение (Umschaltung). Основным принципом организматических методов, по Schultz, является соматизация, суть которой заключается в том, чтобы путем концентрации на монотонных впечатлениях или посредством закрывания глаз привести субъекта в состояние отрешенности от внешнего мира и тогда интенсивно наблюдать за собственными физиологическими функциями, отождествиться с ними. Психические функции

⁵¹ Растормаживание, переключение, изменение поведения.

также существенно изменяются, внешний мир и реальность отдаляются, мысли становятся призрачными и т.д. Физические функции замедляются, совсем как во время сна и сновидения.

В наше намерение не входит простое уподобление аутогенной тренировки суггестивному гипнозу. Это хорошо кодифицированный метод, включающий в себя элементы, отсутствующие не только в гетерогипнозе, но и в самогипнозе, поскольку при обычном применении последнего используют императивные внушения.

Трансферентные (и контртрансферентные) отношения при аутогенной тренировке «смягчены» упражнениями, создающими успокаивающую дистанцию между врачом и больным. Аутогенная тренировка по своей психотерапевтической структуре менее сложна, чем гипнотерапия, и поэтому ею могут овладеть терапевты. Тем не менее эта методика ни в коем случае не должна быть сведена только к выполнению определенных упражнений. Это психотерапия, и Schultz на этом настаивает. Он считает, что применять ее могут только врачи.

Нам представляется, однако, что еще не разрешен вопрос о роли функции отношения и перенесения в аутогенной тренировке. Для Schultz эта теоретическая проблема несложна. Он считает, что по своему существу релаксация идентична гипнозу и, следовательно, теория аутогенной тренировки, которая является фракционным гипнозом, не представляет новых трудностей. Но те, кто согласен с его теорией гипноза, найдут несостоятельными и его объяснения аутогенной тренировки.

Анализируя описания релаксации в аспекте современной психоаналитической теории, можно убедиться, что в этом процессе участвуют все присущие гипнозу проявления регрессии, соматические и психологические. В релаксации можно обнаружить и регрессивное сенсорное ограничение, и регрессию как таковую. Остается выяснить, всегда ли в этом процессе играет роль перенесение. Мы видели, что не существует единого мнения относительно значения перенесения в гипнозе. Gill и Brenman считают перенесение обязательным компонентом гипноза. Kubie полагает, что перенесение может отсутствовать, но не уточняет, в каких условиях это наблюдается. Не создаются ли эти условия именно в процессе аутотренинга? Чем обусловлено то, что регрессия может сопровождаться архаическим отношением, или этого не происходит? Остается пожелать, чтобы функция отношения в аутогенной тренировке была изучена более глубоко.

Попытка проанализировать взаимоотношения врача и пациента в процессе аутогенной тренировки с позиций психоаналитической теории была сделана Ajuagauegra и Cahen (1965).

Трудно сказать, схожи или различны субъективные переживания во время гипноза и аутотренинга. Мы начали лечить больную, страдающую хронической цисталгией, по методу аутогенной тренировки. Она оказалась пациенткой, хорошо поддающейся лечению, и мы добились некоторого улучшения ее состояния. Желая повысить эффективность лечения, мы использовали классический гипноз, но не по методу Kurth (см. выше), т.е. не для усовершенствования и углубления самостоятельно выполняемых упражнений, а как другой путь лечения.

На сеансе, который проводился после гипноза, оказалось, что больной труднее выполнять упражнения, но чувствует она себя лучше. В течение того же сеанса она снова могла выполнять упражнения; это ей удалось проделать и дома, но она всегда различала два по-разному пережитых эксперимента. Обусловлена ли эта разница тем, что мы предлагали ей эксперименты как различные, или речь шла об экспериментах, пережитых внутренне по-разному. Здесь трудно сделать вывод, так как данная проблема субъективно сложна. Более обстоятельно это могут выяснить клинические эксперименты, но их объективности нелегко будет добиться.

Заключение (1965 г.)

Закончив эту работу, я прекрасно отдаю себе отчет в том, что далеко не полно раскрыл данную тему. Мне не удалось дать исчерпывающую трактовку всех изучаемых аспектов, я был вынужден оставить в стороне ряд вопросов, в частности, значительные экспериментальные работы, посвященные физиологии и психологии, гипнотическим феноменам.

Тем не менее я надеюсь, что мне удалось достаточно убедительно сказать, вопреки многим, кто думает иначе, что гипноз не является «законченной» проблемой. Это не значит, будто я думаю, что открыл «царственный путь» или, как пишет Faure (несомненно, преувеличенно), что я попытался *«связать одно из направлений современной французской психиатрии с теми методологическими источниками, с которыми она должна была радикально порвать уже в начале века»*. Я старался лишь показать в исторической перспективе славные вехи гипноза, источника современной психотерапии.

В настоящее время мы не располагаем исчерпывающей теорией гипноза. Нейрофизиологические исследования до сих пор не дали нам полного объяснения его механизма. Исследования павловской школы, хотя они и открыли новый, богатый перспективами путь, также не дали окончательного ответа. Тем не менее И.П. Павлов и его последователи, рассматривая гипноз как факт, заслуживающий серьезных научных исследований, признали его большую ценность; поразительно, что именно школа материалистического мышления признала феномен, который долгое время страдал от предубеждения и предрассудка, приписывающего ему чисто мистический характер.

Теории экспериментальной психологии тоже не дали нам ключа к пониманию гипноза.

Что касается психоаналитических объяснений гипноза, то они претерпели ту же эволюцию, что и психоаналитическая теория в целом. Сначала подчеркивалось значение сексуальных отношений, характерных для периода эдипова комплекса, позже принимались во внимание предгенитальная стадия развития либидо и психология «я» и, наконец, акцент был поставлен на роли агрессивных тенденций в динамике гипнотических отношений. Эти объяснения открыли новые перспективы, однако не вскрыли специфическую природу гипнотического состояния. Указанные факторы действуют во всех психотерапевтических отношениях. Если психоанализ не объясняет окончательно природу гипноза, то, освещая психодинамику функции отношения, позволяет лучше понять этот главный аспект гипноза, а следовательно, лучше понять и разумнее использовать его терапевтическое действие. Если теории, относящиеся к экспериментальной психологии, обнаруживают «суперструктуры», то психоаналитические теории освещают «интраструктуры».

Нам остается найти специфический элемент гипноза. Какого же он порядка? Kubie (1961), например, считает, что психологические элементы феноменологии гипноза не представляют собой ничего специфического, что могло бы отличить их от феноменов других психологических состояний, будь они нормальными или патологическими. Он говорит, что собственно гипнозу присущ психофизиологический контекст, в котором протекают психологические процессы. Именно особый психофизиологический контекст и придает гипнозу его специфический характер. По-видимому, для освещения гипноза мы должны прибегнуть к многоотраслевым исследованиям.

Эти исследования принесут существенную пользу, если считать, как правильно подчеркнули Charcot в конце XIX в. и Kubie в наши дни, что гипноз – это подход к пониманию психических заболеваний. Надо ли напоминать, что в настоящее время психические заболевания и рак представляют две основные проблемы, стоящие перед исследователями. Следовательно, необходимо очень точно определить область изучения и пересмотреть имеющиеся концепции. Гипноз создает специфическое поле взаимодействия физических и психических феноменов, открывая тем самым широкие перспективы для психосоматических исследований. Он может также благодаря своей способности экспериментально изменять состояние сознания сыграть значительную роль в психопатологических исследованиях.

По самой своей природе гипноз включает массивные психотерапевтические взаимоотношения, в которых сочетаются психологические и физиологические факторы. Он является также приемом, позволяющим в относительно изолированном виде выявить межличностные отношения. Принимая во внимание методологические трудности изучения психологии отношений, можно оценивать гипнотическую технику как наиболее адекватное орудие подобных исследований. И наконец, гипнотерапия, примененная с достаточным основанием, может быть включена в психотерапевтический арсенал.

Гипноз, оказавшийся таким плодотворным в прошлом, заслуживает внимания современных исследователей.

Часть III. Двадцать пять лет спустя

Начнем с Соединенных Штатов Америки, где, конечно же, опубликовано больше всего работ, касающихся обсуждаемого вопроса. Они исчисляются тысячами, и понятно, что сделать здесь их полный обзор⁵² практически невозможно.

Эксперименты. Эриксон и неэриксоны

Феномены, связанные с гипнозом, изучались весьма серьезно, делались попытки (насколько это возможно) дать им количественную оценку (например, с помощью различных шкал восприимчивости к гипнозу). Эти работы представляют определенный интерес, даже если они существенно не изменяют нашего знания гипноза. Так, Weitzenhoffer, разработавший в 1982 г. (совместно с Hilgard) шкалу восприимчивости к гипнозу, писал:

«В 1900 г., и даже раньше, была описана основная феноменология гипнотизма. С тех пор не появилось ничего нового по данной проблематике; значительная часть исследований, проведенных после 1900 г. (и особенно после 1920 г.), скорее открывала уже известное, нежели вносила новое».

Эту ситуацию, как нам кажется, хорошо иллюстрирует дискуссия о том, является ли гипноз специфическим состоянием. Подобные споры продолжаются уже более ста лет; они восходят к позиции Бернгейма, для которого гипноз сводился к внушению, в отличие от представителей школы Сальпетриера, говоривших о гипнотическом состоянии. Данная проблема обсуждается и в одной из недавних работ Spanos (1986). Автор объявляет себя «не признающим» существования гипнотического состояния, тогда как мнения 22 других исследователей, комментирующих его статьи в том же номере журнала, в этом отношении разделились (дискуссия продолжалась и в последующих номерах). Таким образом, давний спор не утихает и в наши дни, однако сегодня мы не ближе к решению проблемы, чем сто лет назад.

Мы склонны думать, что о гипнотическом состоянии речь может идти только в случае глубокого гипноза, т.е. при сомнамбулизме с постгипнотической спонтанной амнезией. Только у субъектов, находящихся в подобном состоянии, можно иногда вызвать проявления везикации или осуществить хирургическое вмешательство под гипнозом. В случае же легкого (или даже среднего) гипноза проблема усложняется, так как здесь могут возникнуть взаимодействия между внушением и гипнозом [Chertok, 1987, p.773–774].

Однако подобное положение вещей не помешало значительному распространению гипнотерапии; можно отметить не только рост числа практикующих врачей, но и проявление заботы о таких пациентах, которые раньше рассматривались как не подлежащие лечению методами гипнотерапии (например, психотические состояния). Подобная эволюция, как мы увидим далее, наблюдается в психоанализе. Особое внимание привлекает следующий факт: всё большую популярность получает эриксонизм, широко распространившийся за пределы страны, в которой он впервые появился. Его популярность особенно велика во Франции, о чем, в частности, свидетельствует работа психиатров Malarewicz и Godin (1986) «М. Эриксон и клинический гипноз в стратегической психотерапии».

Мы уже упоминали о Милтоне Эриксоне в числе других практикующих врачей, еще в довоенные годы разработавших оригинальные методы гипнотизации. В дальнейшем он снискал себе прочную репутацию психотерапевта. После смерти Эриксона (в 1980 г.) его ученики продолжили его теоретические изыскания, предназначенные для кодификации преподавания. Они опираются главным образом на целесообразность понимания «бессознательного», что настраивает пациента на выздоровление при условии действенной помощи терапевта, учитывающего особенности его состояния и способного выразить свои требования понятным большому языком, богатым метафорами.

⁵² В статье, опубликованной в октябре 1987 г. в «The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis», подведены итоги научных исследований за последние 25 лет. Можно также порекомендовать статью Laurence, Gamier, Perry «Некоторые направления североамериканских исследований в области гипноза», вошедшую в сборник «Résurgence de l'hypnose», изданный в 1984 г. под редакцией Л. Шертока.

Необходимо подчеркнуть контраст между самим Эриксоном, экспериментатором первой величины, никогда особенно не заботившимся о теоретических выкладках, и его учениками, стремящимися подвести теоретический фундамент под некоторые его идеи. Rossi и Ryan подготовили 2-томный сборник «Life reframing hypnosis», куда вошли его статьи, лекции, семинары. Анализируя вышеназванный труд и считая Эриксона гениальным терапевтом, Frankel (1987) пишет:

«Меня, однако, не всегда убеждают объяснения и утверждения Эриксона, большинство из которых кажутся упрощенными, как и расхожие толкования составителей данного сборника, которые любой ценой стремятся интеллектуально оправдать каждое интуитивное, спонтанное и не всегда вразумительное замечание своего учителя».

К этому мнению можно отнестись с доверием, особенно если учесть, что Frankel – бывший президент Society for Clinical and Experimental Hypnosis, издавший «The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis».

В июле 1988 г. был выпущен специальный номер этого журнала, посвященный Эриксону и его школе, в подготовке которого приняли участие ведущие исследователи и практикующие врачи. Способности Эриксона как психотерапевта не ставились под сомнение, но всё же просматривался определенный скептицизм в отношении стройности его доктрины, исходящей из его поступков. Именно об этом говорит в своей статье Hilgard (1988). Эриксон представлен в ней как «драматический автор, который сочиняет маленькую пьесу для каждого из своих пациентов, предлагая ему принять и сыграть предназначенную для него роль».

Анализируя несколько случаев лечения, Hilgard отмечает, что нелегко установить, в какой мере полученные результаты обязаны искусному сценическому руководству Эриксона и что следует отнести на счет гипноза. Несмотря на все замечания и объяснения, представленные его учениками, «Эриксона окружает атмосфера таинственности, что затрудняет кодификацию его практики». К аналогичному заключению приходят (в том же номере журнала) большинство рецензентов и авторов, посвятивших Эриксону объемистые работы. Так, Zeig опубликовал 2-томный труд об эриксоновской психотерапии. Более половины из 100 сообщений, представленных на 2-м Международном конгрессе, было сделано на тему «Эриксоновские подходы к гипнозу и психотерапии». Касаясь указанного выше труда, Perry и Laurence пишут, что в нем содержится «много неявных признаков, свидетельствующих о том, что не всё идет гладко для будущего развития неэриксонизма». Как отмечает сам Zeig, «крайне недостаточно, к сожалению, изучается эриксоновская методология». В заключение он добавляет: «Им сделан существенный вклад., однако создается впечатление, что отличительная черта неэриксонизма – это скорее блестящий стиль нежели прочность идеи» [Perry, Laurence, 1988, pp. 217–219].

Практика гипнотерапии во всем мире также значительно продвинулась вперед в течение последних десятилетий. Это наблюдается в большинстве европейских стран, включая Восточную Европу, а также во многих странах Южной Америки, в Японии, Индии, Израиле, Канаде, Австралии. В двух последних особенно интенсивно ведутся экспериментальные исследования.

От неадиссоцианизма к когнитивизму

Если феномен гипноза был объектом стольких исследований, а его практическое применение знало периоды взлета, то в развитии его теоретических основ не отмечается заметного прогресса. Таинственность гипнотических механизмов, о которой говорил Фрейд, не стала намного яснее, и мы можем повторить утверждение, сделанное в 1965 г.: «В настоящее время мы не располагаем исчерпывающей теорией гипноза» (см. выше – «Заключение»).

Тем не менее следует отметить теорию неадиссоциации, разработанную Hilgard; она основывается на представлении, что структура сознания включает множество систем иерархического контроля, изменчивых и неуловимых. Hilgard, по собственному признанию, руководствуется трудом Janet; однако если последний относит понятие диссоциации к психопатологии, Hilgard приписывает его нормальной деятельности сознания и гипнозу, который он рассматривает как переходную форму от одной системы контроля к другой.

В последние годы оживился интерес к теоретической гипотезе Hilgard. Действительно, неадиссоцианизм подхвачен новым, более широким исследовательским течением – когнитивизмом [Kihstrom, 1987, pp. 1445–1452]. Когнитивизм заставил перегруппироваться не только психологов, но и антропологов, философов, специалистов по информатике и др.

В США он вот-вот заменит бихевиоризм в качестве «научной психологии». В отличие от последнего он признает существование бессознательного, которое играет весьма активную роль (хотя и не в фрейдовском его понимании).

Эта теория пытается представить нервную систему как сложный комплекс систем, в котором разного рода информация принимается, интегрируется и передается в зависимости от множества разнообразных процессов. В таком контексте гипноз, понимаемый как видоизменение процессов коммуникации и интеграции, уподобляется оптическому обману, галлюцинациям и ряду нарушений восприятия.

Однако необходимо подчеркнуть, что, подобно бихевиористической психологии, когнитивизм оставляет несколько в тени межличностные и аффективные стороны гипнотических отношений. Можно ожидать, что именно в этой области психоаналитики внесут свой решающий вклад. Напомним, что Gill в сотрудничестве с Brenman опубликовал в 1959 г. «Hypnosis and Related states», где он дает психоаналитическое толкование гипноза. В свое время эту работу можно было оценить как первый шаг в направлении подлинно научных исследований: психоанализ, порожденный гипнозом, в свойственной гипнотическим отношениям проблеме психодинамики найдет поле нового и плодотворного развития. Такой же точки зрения придерживается другой известный американский психоаналитик Kubie в своих статьях о гипнозе; некоторые из них (написанные в сотрудничестве с Margolin) относятся к периоду второй мировой войны. Мы уже анализировали работы этих авторов достаточно подробно (см. главу 5) и не будем к ним возвращаться. Здесь хотелось бы только отметить, что, видимо, начиная примерно с 1965 г. вклад американских психоаналитиков в объяснение природы гипноза практически прекратился. Остается лишь спросить, почему.

Истоки эмпатического течения: Ференци

Небесполезно в этой связи напомнить в нескольких словах долгую историю отношений гипноза и психоанализа. Последний происходит из первого; как уже отмечалось, Фрейд, использовавший гипноз в своей практике в течение нескольких лет, оставил его, с тем чтобы создать психоанализ. В 1904 г. он заявит: «Около 8 лет назад я прекратил лечебное применение гипноза (за исключением отдельных экспериментов)» [Freud, 1953, p. 13]. Немецкие историки из Тюбингенского университета Fichtner и Hirschmuller обнаружили, что в одном из писем (которое не датировано, но, вероятно, относится к 1910 г.) Фрейд советует своему коллеге попытаться применить гипноз одной больной, но только с целью обеспечения податливости в психоанализе [Fichtner, 1988, pp. 405–416]. Авторы предполагают, что письмо адресовано одному из видных учеников Фрейда Paul Federn. Они добавляют, что лечение гипнозом рекомендуется Фрейдом еще более решительно в других его письмах к Paul Federn. Кроме того, мы получили от сына Paul Federn, Ernst Federn, сообщение о двух письмах, в которых Фрейд советует прибегнуть к гипнозу. В одном из них (от 8 июня 1909 г.), в котором речь идет о больном истерией, он ратует за лечение гипнозом или психоанализом. В другом (от 5 мая 1919 г.), касающемся пациентки с контрактурами, Фрейд предлагает: «во-первых, легкий местный массаж («effleurage»⁵³), во-вторых, гипнотический сон (без терапевтического внушения)». Federn сообщил нам также, что в 20-х годах его отец использовал гипноз для снятия у актеров страха перед выходом на сцену. Кроме того, известно, что в Институте психоанализа в Берлине гипноз практиковали до 1930 г. [Fenichel, 1983].

Мотивы отказа Фрейда от гипноза известны: негипнабельность многих больных, подмена этиологического лечения, рациональный характер, обусловленный определенным истолкованием, симптоматическое лечение, основывающееся на эффективности, которая является неконтролируемым элементом. К этому вопросу мы еще вернемся. Как бы то ни было, связь между гипнозом и психоанализом впоследствии выпала из поля зрения психоаналитиков, которые вырыли настоящий гносеологический ров между ними, полагая, что таким образом выражают свою верность Фрейду, и категорически отвергая гипноз как в своей практической деятельности, так и в теоретических исследованиях. Возможно, такая позиция объясняет то обстоятельство, что большинство психоаналитиков в Соединенных Штатах, несмотря на большой интерес, который представляют указанные нами выше работы, не проявили к ним серьезного внимания. В 1959 г. Gill и Brenman приписывали отказ своих коллег от гипноза «возрастающему желанию перестать быть уклоняющимися бунтарями, чтобы вернуться в ряды

⁵³ В тексте у Фрейда на французском языке.

респектабельного аналитика и своих учителей» [Gill, Brenman, 1959, p. 372]. Именно поэтому они не осмелились непосредственно заняться проблемой сохранения гипноза в психоанализе или, если пользоваться замечанием Gill, можно сказать, что «скелет остался в шкафу»⁵⁴.

Однако в Соединенных Штатах в догме, согласно которой анализ должен пользоваться только когнитивными средствами (интерпретация, осознание), давно уже пробита брешь. Действительно, начиная с 60-х годов Mahler, Kohut, Searles подчеркивали важнейшее значение объединяющих, симбиотических, преэдиповских связей между матерью и грудным ребенком. Эту точку зрения тогда разделяли некоторые английские авторы (например, Balint, Bowlby, Masud Khan, Winnicott), которые добивались аналогичных результатов, особенно при психоаналитическом лечении пограничных состояний, а также больных с психозами. Расстройства у таких больных связаны с аффективной недостаточностью, имевшей место в раннем детстве, и терапевт старается устранить это путем установления с пациентом эмпатических отношений, т.е. интенсивное эмоциональное общение (например, в форме «holding», используемый Winnicott), что явно противоречит правилу умеренности, или нейтралитета, предписанному Фрейдом своим ученикам в начале существования психоанализа. Названные авторы тем не менее остаются психоаналитиками. Можно подумать, что в иные времена лечили с меньшей обходительностью. Пример Ференци свидетельствует об этом.

Шандор Ференци, действительно, был одним из первых, кто поставил под сомнение первостепенную роль интеллектуальных основ лечебного процесса. В 1924 г. он совместно с Otto Rank опубликовал книгу, в которой обсуждалась «взаимосвязь теории и практики». В свое время уже было отмечено, что достигнутые в процессе лечения результаты зачастую не соответствуют тому, на что позволяла рассчитывать данная теория. Авторы объясняют такой пробел «фанатизмом в интерпретации», поскольку «прерывание» нормального курса анализа серией формальных объяснений может удовлетворить как врача, так и пациента, однако оно ничего не меняет в сексуальном поведении последнего [Ferenczi, Rank, 1924, p. 40].

«Слишком хорошим знаниям аналитика» Ferenczi и Rank противопоставляют «Erieben», жизненный опыт. Таким образом, они ратуют за то, чтобы пациент «повторял целые фрагменты своей эволюции... фрагменты, недоступные воспоминаниям». Такое переживание прошлого обязательно принимает ярко выраженный аффективный характер, увлекает пациента и терапевта в такую форму эмоционального общения, о которой подозревал Фрейд (и о чем он предупреждал авторов). Но они пошли гораздо дальше, желая с помощью гипноза сделать поворот в аналитическом лечении. Точнее, они полагали, что при условии «полного понимания природы гипнотической связи с врачом» станет возможным иное использование гипноза в анализе, без опасений оказаться неспособным «отрезать пуповину», связывающую пациента с терапевтом. Эта возможность восстановления гипнотерапевтических или других суггестивных методов, вероятно, стала бы конечной точкой (Schlusstein) той эволюции, к которой идет и, по нашему мнению, должно идти упрощение аналитической техники. Авторы считают, что надо «заменить интеллектуальные процессы аффективными переживаниями».

Но эти соображения о гипнозе более всего тревожили Фрейда и вызывали его недомолвки относительно книги. Действительно, он не смог бы критиковать такую позицию, не вступив в противоречия с самим собой, так как в 1918 г. на конгрессе в Будапеште предполагал, что в дальнейшем можно будет снова использовать гипноз в психоанализе. Ferenczi также имел в виду перспективу будущего (и довольно отдаленного), поскольку возвращение гипноза в аналитическую практику он обуславливал его теоретическим объяснением. Конфликт между Фрейдом и Ференци, впрочем, на этом не заканчивался, так как последний, не дожидаясь, пока до конца выяснится природа гипнотической связи, вновь ввел гипноз (по крайней мере эпизодически) в свой неокатартический метод [Ferenczi, 1982, p.82–97]. В конечном счете, хотя Ференци формально не был исключен из Общества психоаналитиков, он оказался всё же отстраненным от анализа и чувствовал себя как бы вне его.

Нововведения психоаналитиков-эмпатистов явно расположены на пути, открытом Ференци. Однако они не упоминают его имени (за исключением Balint, его последователя, который воздаст ему должное). На такое положение указывал Cremierus: «Ференци для многих стал карьером, из которого они добывают материал для своих «новых» строений, часто не указывая, откуда они черпают свои находки, что компрометирует весьма известную порядоч-

⁵⁴ Из переписки Gill – Chertok (08.09.83 г.).

ность Науки» [Cremerius, 1983, p.1006]. Дело в том, что Ференци остался для многих неким злопыхателем из-за своего стремления реабилитировать гипноз.

1937 г., или конец иллюзиям

Между тем этот образ Ференци на самом деле не соответствует образу, созданному Фрейдом. Хорошо известно, что Фрейд кончил тем, что в 1931 г. порвал со своим учеником, оставив за собой последнее слово в этом споре, восстановившем их друг против друга. Но двумя годами позже (в связи со смертью Ференци) Фрейд воздал ему должное, предсказав, что история психоанализа его не забудет. Позднее, в 1937 г., в статье «Анализ с концом и анализ без конца» он представил отчет деятельности аналитика, где, возвращаясь к вопросу, некогда дискутировавшемуся с Ференци, занял позицию, не столь уж далекую от той, которую раньше оспаривал. Разумеется, он вновь подтвердил, что «терапевтический эффект связан с искусством осознания того, что в «этом» (в наиболее широком смысле) подавлено»; терапевт здесь действует с помощью «истолкования и созидания», но (как добавляет Фрейд) «мы поясняем не для пациента, а для себя, пока «я», оставаясь приверженным предшествующим защитным механизмам, не прекратит сопротивления» [Freud, 1953, p. 154].

Выводы, сделанные в статье, довольно пессимистичны. Анализ слишком часто заканчивается неудачей. «Конституциональная импульсивная сила и неблагоприятное изменение «я», возникшее в процессе защиты, являются теми факторами, которые не содействуют проведению анализа и могут увеличивать его продолжительность, заводя в тупик» (см. с. 236). Далее Фрейд напоминает, что гипноз представляется «отличным средством» для уменьшения продолжительности курса лечения. И несмотря на то что ему пришлось отказаться от гипноза (о причинах отказа он не упоминает), он отмечает (см. с. 245):

«До сих пор не найдена замена гипнозу, и с этой точки зрения понятны терапевтические усилия, к сожалению, бесплодные, на которые потратил последние годы своей жизни такой мастер анализа, как Ференци».

Фрейд не уточняет, какие именно «терапевтические усилия» Ференци он имеет в виду. Но поскольку они имели место в «последние годы жизни», то можно полагать, что они соответствуют его попыткам ввести весомую долю эмоциональности в процессе лечения вплоть до включения гипносуггестивных элементов, как в неокатартическом методе. После осуждения этих усилий Фрейд, вероятно, сожалеет, что они не увенчались успехом. Впрочем, точность последнего предположения сомнительна. Верно, что данные методы не позволяли оценить полученные результаты, но не следует забывать и то, что Ференци сумел приобрести блестящую репутацию психотерапевта.

Фактически Ференци хотел пересмотреть процесс гипноза, вернуться к гносеологической пропасти, возникшей между гипнозом и психоанализом, осуществить перспективу, намеченную Фрейдом в 1918 г., относительно их связи в психотерапии будущего. Поскольку такая попытка была осуждена, никто в течение длительного времени не осмеливался вернуться к этому. Психоаналитическое общество остерегается того, что осуждено. Понадобилось более 40 лет, чтобы стать свидетелем возрождения гипноза [Chertok, 1984]. Оно произойдет во Франции, в той стране, где гипноз пережил период расцвета (свой «золотой век») в конце прошлого столетия, чтобы затем прийти к столь же необычному закату.

Первые признаки возрождения

Первые очевидные проявления возрождения интереса к гипнозу относятся приблизительно к 1980 г., однако необходимо уточнить, что этот процесс начался гораздо раньше, с публикации одной статьи в 1953 г. (появившейся вслед за сообщением, упомянутым в конце главы 1). Речь идет о больной С. (см. наблюдение 7). В конце 1949 г. в качестве ассистентов мы оказались в психиатрической больнице Вильжюиф в Центре психосоматической медицины (первый центр такого рода во Франции). Одновременно мы участвовали в дидактическом анализе. Результат, достигнутый нами при помощи увиденного нами несколько лет назад метода, применявшегося одним из наших профессоров (из Вены), поставил перед нами наиболее волновавший нас вопрос. Благодаря чему удалось устранить амнезию у нашей пациентки? Не было ни осознания, ни интерпретации, ничего из того, что, согласно настоящей психоаналитической доктрине, было бы способно вызвать изменение. С некоторой надеждой получить разъяснения мы сообщили об этом

эпизоде нашему аналитику, которым был Жак Лакан. Но нам пришлось разочароваться, ибо мэтр, ничего не отвечая, продолжал чаепитие.

С тех пор мы прибегали к гипнозу каждый раз, когда это представлялось полезным для больного. После того как в 1960 г. мы покинули психиатрическую больницу Вильжюиф, мы создали отделение психосоматической медицины в Институте психиатрии La Rochefoucauld. Это отделение в 1972 г. стало (под нашим руководством) Центром Dijerine, к которому была присоединена лаборатория гипноза.

В 1954 г. мы закончили свой дидактический анализ. Несколькими годами позже мы провели ряд дополнительных анализов с S. Nacht, три анализа с контролем. Таким образом, мы имели «сursus clos» и, став стажерами, могли претендовать на членство. Однако это назначение без конца откладывалось по неизвестной нам причине. Нам она стала известна лишь в 1974 г., когда в ходе одной беседы видный член Общества психоаналитиков Парижа J. Finkelstein дал нам понять, что мы вступили на путь ереси.

Мы можем сказать, что в течение 20 лет во Франции только мы не считали гипноз «пройденным этапом», не представляющим никакого интереса; наоборот, мы полагали, что он открывает многообещающие перспективы как для научных исследований, так и для практического применения в различных областях. Как когда-то Жане, мы рассматриваем его закат как «сиюминутную случайность... в истории психотерапии», вместе с тем признавая, что затмение оказалось продолжительным. Между тем с момента создания нашей лаборатории гипноза ряд опытных психологов и психоаналитиков сотрудничали с нами в проведении экспериментов. Среди первых мы отмечаем Michaux, защитившего диссертацию на тему «Экспериментальные и клинические аспекты гипноза». Вновь рассмотрев феноменологию гипноза, он выделил четыре основные формы, напоминая описания, сделанные когда-то Шарко. По его мнению, они соответствуют вторичному появлению архаических форм структур сознания и поведения. Из психоаналитиков следует, в частности, отметить Palaci (1982), который на основе последних достижений психоанализа представил в новом свете практику гипноанализа. Уже в начале существования нашей лаборатории в ней организовывались встречи ученых, ведущих исследования в различных областях науки, с целью обсуждения и сопоставления разных точек зрения на гипноз (мы продолжили их, начиная с января 1987 г., в форме семинаров в Maison des Sciences de l'Homme). Отметим также, что мы создали двухгодичные курсы по обучению гипноза для врачей, психиатров, психотерапевтов, психологов и психоаналитиков.

Здесь можно усматривать «начало конца» затмения, однако надо добавить, что оно оказалось продолжительнее, чем мы предполагали. Чем объясняется такое сопротивление гипнозу в научных кругах? Оно имеет давнюю историю, и мы рассматривали его в исторической перспективе в работе «Рождение психоаналитика», опубликованной в 1973 г. вместе с Raymond de Saussure. Возвращаясь к осуждению месмеризма Королевской комиссией [Rapports, 1784, pp. 21–26], мы показали, что, хотя официально сопротивление было мотивировано несуществованием магнетических флюидов, оно имело и другую причину, о которой сообщалось только в тайном отчете: животный магнетизм «опасен для нравов», поскольку пациенты в кризисе проявляют признаки сексуального возбуждения. В действительности не у всех пациентов отмечалось подобное состояние, которое к тому же нельзя рассматривать как гипнотическое, но только как результат физической близости между врачом и больными противоположного пола.

Но как бы там ни было, страх перед сексуальностью, связанной с гипнозом, продолжается; его разделял даже Фрейд. Среди других мотивов, по которым он оставил гипноз, Фрейд выделяет наличие в нем эротических элементов (тогда как в отношениях аналитика и пациента это нейтрализуется благодаря перенесению). Однако позже Фрейд был вынужден заявить, что гипнотическая связь не имеет сексуального характера. Эта точка зрения, как мы увидим далее, была подтверждена работами этологов. Но предубеждению против гипноза имеются и другие объяснения, в частности, мнение, согласно которому пациент теряет свою волю и подчиняется даже самому экстравагантному приказанию гипнотизера. Выяснению источников столь неблагоприятного представления о гипнозе могло бы способствовать широкое исследование, включающее исторические, психологические и социологические аспекты; определенные шаги в этом направлении были сделаны в работе «Рождение психоаналитика».

Гипноз – предмет междисциплинарных исследований

В 1979 г. мы опубликовали «Незнание разных пси». Речь шла о том, чтобы, основываясь (наряду с остальными) на данных об аналгезии и везикации, достигнутых с помощью гипноза,

поднять фундаментальные вопросы, возникшие в ходе этих экспериментов. Вопросы, на которые существующие сегодня психотерапевтические теории (в частности, психоанализ) не дают ответа. Это намерение, по-видимому, не было в достаточной мере понято, если судить по тому молчанию, с каким оно было принято. Однако определенно есть и два исключения:

Octave Mannoni сообщил нам, что он рассматривает гипноз как «революционную феноменологию»⁵⁵. Francois Roustang признает нашу заслугу в том, что мы вновь открыли книгу гипноза, что, по его словам, «вовсе не пустячное дело в то время, когда психоанализ, казалось бы, окончательно похоронил его» [Roustang, 1983, p. 1192]. Он сам несколько раньше, в 1978 г., высказывал идею, что анализ может быть не чем иным, как «продолжительным внушением» [Roustang, 1978, p. 69–192] или сотканной нить за нитью симбиотической тканью, в которой элементы бессознательного постепенно включаются в бессловесную коммуникацию под прикрытием речевого анализа». Но эти вопросы также не вызвали особого отклика.

Только в 80-е годы появились заметные изменения. Нельзя сказать, что психоаналитики отказались от привычной позиции по отношению к гипнозу, просто последний становился центром, сосредоточением обсуждений и исследований, касающихся различных областей знаний. Так, в своей диссертации по философии «Фрейдская тема» Borch-Jacobsen подошел вплотную к проблеме взаимоотношений гипноза и психоанализа. Он более систематизировано изложит этот вопрос в лекции «Гипноз в психоанализе» (1982). По мнению Borch-Jacobsen, противостояние гипноза и психоанализа не выдерживает критики, ибо в основе своей гипнотические отношения и перенесение – это одно и то же (точка зрения, близкая к позиции Mannoni, утверждающего, что «перенесение это то, что остается от одержимости», по типу связи между магнетизмом Месмера и гипнозом [Mannoni, 1980, p. 50].

Благодаря интересу философов к гипнозу были сделаны и другие вклады в решение проблемы. В сборнике «Гипнозы» Borch-Jacobsen, Michaud и Nancy в хронологическом порядке представили разные тексты, касающиеся интерпретации данного феномена. На этих авторов оказала влияние доктрина Jacques Derrida, который непосредственно не занимался гипнозом, но придавал большое значение вопросу своих взаимоотношений с психоанализом. Он, по собственному признанию, уже давно относится с подозрением к психоаналитическим институтам во Франции и за ее пределами, начиная с Фрейда, – одновременно «пресекать» гипноз и продолжать тайно и постыдно им заниматься»⁵⁶.

Ту же мысль о новом «безмолвном» введении развивают Morali в статье «Психоанализ опять под гипнозом» и Vougnoux в своей диссертации «Круговое общение». Гипнозу посвящена также книга Gerard «Скрытые вещи с момента сотворения мира» (1978). Henry в «Генеологии психоанализа», критикуя бессознательное в понимании Фрейда, для подкрепления своей точки зрения ссылается на гипнотический феномен, тогда как у Фрейда бессознательное – это сознательное, не представленное в данный момент, но сохраняющее свою характерную структуру; «загипнотизированный не представляет ни другого, ни себя самого, так как он не представляет собою ничего; там, где он сейчас находится, нет никакого представления» [Henry, 1989].

Внимание, проявленное философами к гипнозу, напоминает то значение, которое придавали ему в конце прошлого века Janet, Guyau, Tarde, Bergson.

Но уже в начале существования гипноза (в виде животного магнетизма) на него постоянно ссылались такие великие мыслители, как Biran, Fichte, Schelling, Schopenhauer.

В настоящее время возрождение гипноза отмечается и во многих других областях научных исследований. Мы коснемся здесь лишь некоторых из них. Moscovici (1981) в работе «L'Age des foules», возвращаясь к проблеме, поднятой в 1921 г. Фрейдом в его «Психологии масс и анализе “я”», привел гипнотическое внушение «основная модель социальных действий и реакций». Другой социолог – Morin видит в гипнозе «гордиев узел всякого познания, ключ к пониманию не только человеческого разума, но и, возможно, всего сущего на Земле»⁵⁷. В одном из своих последних трудов он выдвинул идею о том, что человек способен на глубокую умственную деятельность, источник которой находится в архаической сфере разума. По его словам, эта деятельность проявляется и в гипнотическом внушении в виде некоего резонанса, возникающего под влиянием одного рассудка на другой [Morin, 1986, pp. 146–147].

⁵⁵ Из переписки Mannoni – Chertok (29.02.80 г.).

⁵⁶ Из переписки Derrida – Chertok (04.09.84 г.).

⁵⁷ Из переписки Morin – Chertok (13.08.82 г.).

Этнолог Neusch сравнивает феномен транса с гипнозом,⁵⁸ тогда как социолог Lapassade, занимающийся также вопросами этнологии, в своей работе «Видоизмененные состояния сознания» сопоставляет три вышеназванные понятия. Такие состояния, которые включают аналогичные психофизиологические процессы, оцениваются по-разному в зависимости от отношения к ним общества, где они наблюдаются. В тех обществах, которые обычно изучаются этнологами, одержимость рассматривается как нормальный феномен и в том случае, когда она возникает спонтанно, и тогда, когда она спровоцирована с лечебной целью; у нас же истерия, будь она также естественной или вызванной, воспринимается как патология, тогда как гипноз, несмотря на свою терапевтическую эффективность, всё же окружен предрассудками.

С поэтической точки зрения Payet-Bugin сравнивает роль речи в аристотелевском катарсисе и катарсисе Фрейда⁵⁹; и в том, и в другом она основывается на аффективной власти слов, о чем свидетельствуют внушение и гипноз. Но Аристотель и Фрейд придают этой власти лишь ограниченное значение. То, что заставляет первого связывать удовольствие, получаемое от трагедии, с интеллектуальной, познавательной деятельностью, приводит второго к отказу от метода катарсиса и созданию психоанализа, основывающегося на когнитивном значении языка.

Работы, посвященные дофрейдовскому периоду развития гипноза, способствовали переоценке последнего и в области истории психотерапии. В 1971 г. в монографии «Животный магнетизм» Amadou собрал воедино и прокомментировал работы Месмера. Важная роль, которую сыграл последний, освещена в статье Peter и в работе Rausky (1977) «Месмер, или терапевтическая революция». Американский историк Darnton (1984) в своей книге «Конец просвещения. Месмеризм и революция» показал связь месмеризма с событиями 1789 г. Отметим также появление в «Revue Francaise de Psychanalyse» статьи под названием «От чана Месмера к «чану» Фрейда», первой части исследования, посвященного «предыстории психоанализа». Его автор, Roussillon (1984), хотя и признает оригинальность психоанализа, тем не менее считает необходимым переместить его в ряду других психотерапевтических методов соответственно его значимости.

Применение гипноза, являющегося одновременно естественным феноменом и излюбленным инструментом исследований, поднимает особую гносеологическую проблему, которой посвящена недавно опубликованная нами совместно с Stengers работа «Сердце и разум. История гипноза от Лавуазье до Лакана» (1989). Известный с давних времен гипнотический феномен оказался, однако, исключенным из многих областей научных исследований, что не способствует его дальнейшему изучению. Речь идет прежде всего о выяснении мотивов такого исключения. Затем мы показываем, что следует сделать, чтобы покончить с подобным положением, внедрить междотраслевую практику исследований, позволяющую осуществлять комплексное изучение всего многообразия отношений, существующих в живой природе, на базе знаний, накопленных в биологии, психологии, этнологии, этологии.⁶⁰

Наибольшие результаты были достигнуты в области этологии. Определенный интерес представляют работы двух этологов, одновременно являющихся психоаналитиками, Bowlby и Stern. Первый автор особенно подчеркивает значение привязанности, которая характеризует поведение как маленьких детей, так и детенышей животных, инстинктивно ищущих у матери удовлетворения своей потребности в защите. Привязанность, удовлетворение чувства безопасности представляются не менее важными, чем удовлетворение голода или сексуальных потребностей. И хотя Bowlby не делает прямого сопоставления привязанности и гипноза, он допускает «возможность построения гипнотических отношений по модели отношения привязанности, что вовсе не кажется невероятным»⁶¹. Что же касается Stern, то в своей работе о развитии детей до периода освоения речи он показал, как голос, жесты, движения, прикосновения матери постоянно «сопровождают» ребенка, объединяют его с матерью, давая ему тем самым понять (т.е. внушая ему), что она разделяет его эмоциональную жизнь. Это внушение, по видимому, играет первостепенную роль в формировании у ребенка ощущения своего «я». И хотя Stern также не делает ссылки на гипноз, ясно видно сходство между описанным им способом коммуникации, в которой обычное использование языка играет незначительную роль, и индукцией гипноза.

⁵⁸ Семинар на тему: «Гипноз, истерия, одержимость» (май, 1986 г.).

⁵⁹ Семинар, состоявшийся в октябре 1988 г.

⁶⁰ В 1967 г. нами было уже организовано такое междотраслевое собрание [Chertok, 1969].

⁶¹ Из переписки Bowlby – Chertok (23.10.86 г.).

В своей работе «Сердце и разум» мы, кроме того, подчеркиваем, что гипноз вновь подвергает сомнению общепринятое деление наук на гуманитарные и естественные. Действительно, он устанавливает между гипнотизером и гипнотизируемым специфическую связь, которая не сводится ни к чисто экспериментальным отношениям, ни к отношениям двух индивидуумов, характеризующихся личностными особенностями, социальным и культурным сходством. Для выяснения данной проблемы мы попытались определить экспериментальный идеал, которым руководствовался Фрейд, отвергая гипноз, и показать последствия, к которым привела практическая неудача этого идеала, что Фрейд сам признал в 1937 г. в своей работе «Анализ, имеющий конец и бесконечный анализ». В этой связи мы подчеркиваем, что акцент, который ставится сегодня на сопереживании, выражает определенный (правда, пока подразумеваемый) возврат того, что Фрейд хотел исключить вместе с гипнозом и что в действительности никогда не исчезало из аффективных отношений между аналитиком и его пациентом. Наконец, мы анализируем изменения, которые произошли со времен Фрейда, в мотивировке осуждения гипноза. В целом данная работа затрагивает основополагающую проблему, возникшую у истоков психотерапии, проблему, которую поднимал в свое время Ferenczi, стремясь установить, что обуславливает изменения, происходящие в процессе лечения, какую роль в этом играют эмоциональность и сознание, «сердце и разум».

Психоаналитические институты – стражи догм

В то время как в различных областях науки, о которых мы говорили, отмечалось возрождение интереса к гипнозу, психоаналитики предпочитали оставаться, так сказать, при своем мнении. Один из них, член Парижского психоаналитического общества, не побоялся уверенно заявить в 1980 г. в France-Culture: «Гипноз мертв». Никакого сомнения в том, что его коллеги могли бы лишь подтвердить эту констатацию смерти: Общество психоаналитиков Парижа (SPP) и Общество психоаналитиков Франции (SPF) выступают в качестве стражей догмы. Только эти два общества во Франции, признанные Международной ассоциацией психоаналитиков, являясь последней инстанцией и служа рупором ортодоксальности, устанавливают всеобщие законы и выносят вердикты. Поскольку гипноз объявлен ересью, вопрос о пересмотре данного вердикта даже не ставится, и считать его «умершим», несмотря ни на что, остается для них лучшим способом избежать подобного искушения.

В обычной для них манере деятельности были приняты всевозможные предосторожности с целью защиты от «подрывных» идей. Утверждение членов данных обществ является в этом отношении некоей суверенной акцией, тем более, что не принятые в них кандидаты никогда не получают письменного уведомления с мотивировкой отказа. Подобная практика может лишь подталкивать претендентов к полному конформизму. Надо ли говорить, что нет ничего губительнее для свободы исследований и прогресса научных знаний.

Причину столь неблагоприятного положения дел Viderman (1980), занимающийся также вопросами дидактического анализа, усматривает в подготовке психоаналитиков, о чем он пишет в статье «Деформирующий механизм». Автор, в частности, отмечает:

«Общества психоаналитиков играют пагубную роль, сковывая конформизмом живую мысль, которая гибнет, едва родившись, и, будучи не в состоянии способствовать развитию умов, они расширяют институты, увеличивают штаты, плодят инструкции и насаждают бюрократию, негибкую и вредоносную, в лучшем случае – совершенно бесполезную». Однако он спрашивает: «...если бы Эйнштейн вынужден был жить в ситуации неприкосновенности теоретической физики Ньютона, смог ли бы он поколебать ее законы?» [Viderman 1980, p. 27, 37].

Такое суждение, прозвучавшее из уст одного из пэров, вызвало бурю протестов среди психоаналитиков. Вслед за этим некоторые из них, дабы продемонстрировать свою готовность к изменениям и полную настроенность учитывать результаты, достигнутые в других областях науки, начали организовывать междисциплинарные коллоквиумы, куда приглашались биологи, физики, математики, представители других областей знаний и где каждый делал сообщение о проведении собственных исследований. Однако эти «параллельные выступления», даже сопровождаемые кратким обменом мнениями, не смогли дать начало совместным исследованиям, касающимся психоанализа, и тем самым способствовать изменению существующей доктрины.

Между тем некоторые аналитики пожелали пойти дальше и наладить сотрудничество со специалистами других отраслей. Так, Lebovici проводил в парижском округе вместе с группой психиатров, психологов, педиатров, гигиенистов раннего детского возраста исследования,

посвященные развитию ранних взаимоотношений матери и младенца, что позволило ему познакомиться, в частности, с работами Bowlby и Stern. По достоинству оценивая интерес, который они представляют, Lebovici отдает себе отчет в том, что во многих отношениях они ставят под сомнение теорию психоанализа у детей. Bowlby, впрочем, категорически отвергает последнюю. Stern, со своей стороны, не представляет, каким образом на фрейдовской модели можно описать опыт младенца, оперируя понятиями фантазмов и приписывая ему конфликты между этими фантазмами и реальностью. Для него речь идет о теоретической конструкции, используемой взрослыми, начиная с их собственного опыта, конструкции, которую опровергают наблюдения, сделанные без аргюги. Отношения между матерью и младенцем, как уже отмечалось, весьма напоминают по своей сути гипнотические связи, и можно полагать, что они отчасти сохраняются во взаимоотношениях взрослых, «фундаментально проявляясь», по словам Фрейда, феноменом внушения.

Однако Lebovici стремится прежде всего показать, что психоаналитик, предпринимающий исследование ранних взаимодействий, вовсе не обречен на растерянность. Его заключение с этой точки зрения представляется вполне успокаивающим.

«Наблюдение и психоаналитическое понимание, – отмечает автор, – позволяют нам в определенной мере отождествлять себя с двумя партнерами, находящимися во взаимодействии, тем самым освобождая нас и давая возможность думать и говорить об этом, описывать это» [Lebovici, 1983, p. 368].

Следовательно, «ребенок как таковой может быть описан с помощью психоанализа». Во всяком случае любопытно, что в исследовании, представляющемся междисциплинарным, делается подобное заключение, постулируются привилегии если не аналитической теории, то по крайней мере аналитического подхода.

Для того чтобы еще одним примером проиллюстрировать догматический склад ума, который развивают психоаналитические институты у своих воспитанников, мы бы хотели сказать несколько слов о релаксаторах. Мы уже упоминали об опыте тех аналитиков, которые в 60-е годы попытались совместить технику аутогенной тренировки с основными данными психоанализа. К ранее названным именам следует добавить Canet-Palaysi, Lehmann, Lemaire, Roux, Sapir, Sorlin. Приемы аутогенной тренировки были упрощены, но оставались направленными на освобождение пациента от внешних стимулов. В таких условиях пациент в состоянии ощущать свое тело. Roux говорит о «протоколировании собственного тела», тогда как Lehmann использует выражение «посредничество тела». Речь идет о возникновении своего рода перенесения вследствие перехода релаксатора из «одного тела в другое» вместе с релаксантом. Таким образом можно подойти к прикосновению к телу, о котором говорит Lehmann, подчеркивая отличие этого «касания» от медицинской пальпации: оно

«слегка касается чувствительной струны... будоражит, ворожит, доходит до прикосновения к таким вещам, которых предпочли бы не касаться. Порой легкое, как дыхание, едва ли даже прикосновение, порой нажатие, иногда legato, иногда staccato или даже pizzicato» [Lehmann, 1985, p. 8].

Такие приемы уводят пациента на путь регрессии. Lehmann вполне обоснованно сопоставляет их с техникой, предложенной в 1929 г. Ferenczi под названием неокатарсиса. Однако он не упоминает о том, что Ferenczi подвергся в связи с этим резкой критике. И прежде всего потому, что в то время психоаналитические институты не признавали воздержания. Кроме того, при описании своего метода Ferenczi не скрывал, что больные, у которых он его применял, в некоторых случаях впадали в состояние

«настоящего транса... исключительные состояния, которые можно было бы квалифицировать как более или менее аутогипнотические и которые поневоле приходилось сравнивать с катартическими проявлениями, согласно Breuer и Freud» [Ferenczi, 1982, p. 92].

Далее автор добавляет:

«Не следует пугаться внезапного появления в современном психоанализе фрагментов старой техники и теории; вспомним в связи с этим, что психоанализ до настоящего времени не сделал ни одного шага в ходе своего развития, который можно было бы вычеркнуть как бесполезный, и надо постоянно надеяться, что обнаружатся новые золотые жилы во временно покинутой штольне».

Релаксаторы психоаналитического толка позволяют поставить под сомнение правило умеренности.⁶² Но в противоположность Ferenczi и Schultz (своему «патрону») они остерегались употреблять слово «гипноз» во избежание малейшего сопоставления их метода с практикой, всё еще осуждаемой. Однако состояние, в которое впадают их пациенты, – их выключение из окружающей среды или поток слов, к которому их побуждают с целью выявить их телесные ощущения, – весьма напоминает состояние, наблюдаемое у загипнотизированных субъектов. Нет ли определенного «лицемерия в нежелании признать это?» Почему бы не говорить открыто о гипноанализе? Отметим, наконец, что релаксация психоаналитического типа за пределами Франции не практикуется [Chertok, 1988].

Лакан, во имя этики...

Можно было бы ожидать наибольшего раскрытия разума, проявляемого психотерапевтами, вдохновляемыми идеями Лакана. Ведь их учитель охотно выдает себя за антиконформиста или даже революционера. Можно признать, что во многих аспектах он опрокидывал существующие идеи. Однако не те, которые касаются внушения и гипноза. Действительно, Лакан мало писал на эту тему. Можно отметить всего несколько страниц во «Введении к комментариям Jean Hurlé о «Verneinung» Фрейда», а также «Четырех основополагающих концепциях психоанализа» (1975) и комментарии к «Методикам Фрейда» (1975). В этих коротких текстах выражены взгляды, очевидно, сообразные с фрейдовскими. Автор противопоставляет гипносуггестивную технику, устраняющую сопротивление пациента, анализу, при котором сопротивление сохраняется и лишь несколько уменьшается благодаря введению методики сотрудничества пациента с аналитиком.

В общем, с одной стороны, власть, с другой – свобода. Дискуссия на эту тему между Лаканом и Hurlé довольно поучительна. Сравнивая власть Шарко в гипнотизме с «фрейдовской властью», Hurlé (1966) делает вывод: «Значит, воля к власти при ее победе над сопротивлением сильнее, чем при простом подавлении этого сопротивления». Понимая, что иногда невозможно исключить «опасность принуждения пациента вмешательством аналитика», Лакан уточняет, что она существует лишь в современных методиках. «Однако по отношению к Фрейду, – добавляет он, – подобное обвинение в корне противоречит освобождающему эффекту его труда и его терапевтической деятельности» [Lacan, 1975, p. 37].

Следовательно, Лакан выдвинул против гипноза в первую очередь этический аргумент. Осуждение было высказано без всяких оговорок в его «Римском выступлении», где после описания состояний, возникающих при гипнотизации, он заявил:

«Мы отказываемся от всякой поддержки провоцирования таких состояний независимо от того, с какой целью они вызваны, – для выяснения симптома или для его лечения» [Lacan, 1966, p. 237].

«Римское выступление» датировано 1953 г.; в тот год было опубликовано сообщение о больной С. Можно считать, что оно содержало ответ, которого мы напрасно ждали четыре года назад. Жаль, что он касается не сути (как действует гипноз), а лишь формы (запрещено прибегать к нему).

Отказ Фрейда от гипноза основывается на соображениях технического порядка (он считал, что, маскируя сопротивление пациента, гипноз мешает раскрытию причин имеющихся у него нарушений). Теперь это оправдывается прежде всего по моральным соображениям. Лакан задал тон своим ученикам, которые кое в чем перещеголяли учителя. В качестве примера можно назвать Roudinesco, которая в своей объемистой «Истории психоанализа во Франции» нападает на гипноз при каждом удобном случае. Полемический пыл порой приводит ее к откровенной лжи, как, например, в случае, когда она утверждает, что в начале своего существования психоанализ отказался от гипноза «по причине его варварства»! В ее глазах психоанализ постоянно угрожает то, что она называет «гипнотическим симптомом», определяя его в следующих выражениях:

⁶² Lehmann, «Нейтралитет или профессиональное лицемерие?». Сообщение на коллоквиуме «Нейтралитет психоаналитиков» (коллегия психоаналитиков, 21–23.10.88 г.).

«Всякий раз, когда психоаналитическое движение испытывает тяжелый кризис, вопрос гипноза выходит на поверхность, но не как теоретическая проблема, а как симптом всегда активной политической реальности» [Rousinesco, 1986, I, p. 169].

Теми, кто говорит о гипнозе в связи с психоанализом, в действительности движут политические мотивы, ибо гипноз благосклонен к тем, кто с его помощью реализует возможность власти. Он заставляет вспомнить о «роли тайной Магии, так как он предписывает пациенту отречение от свободной вербализации своих симптомов». Тот же автор заходит так далеко, что усматривает в гипнозе некий «фашистский ритуал». Чтобы дойти до такой крайности, нужно иметь по отношению к гипнозу навязчивую идею, что, по нашему мнению, и является настоящим гипнотическим симптомом [Chertok, 1989].

«Свободная циркуляция слова» представляет ведущий принцип лакановского лечения. Слово «лечение» здесь употреблено не в своем привычном смысле, оно не означает лечения, приводящего в лучшем случае к выздоровлению пациента или хотя бы к улучшению его состояния (за исключением, разумеется, неудач). Всё, что подвергающийся анализу может ожидать от анализа лакановского типа, – это раскрытие с его помощью глубоких тайн своего существа, выявление сути своего состояния, что трагично, как и у всякого человека. Знаменательно, что для Лакана чистый анализ – это анализ дидактический, а не анализ, направленный на лечение, которым занимался Фрейд.

Иногда в процессе такого анализа может наблюдаться излечение от какого-нибудь невроза, однако оно в этом случае происходит «сверх всякого ожидания» и является результатом счастливой случайности. Что касается роли, приписываемой в таком излечении действию оператора, Лакан в конце концов признается:

«Вопреки всему, что я говорил, я об этом ничего не знаю. Это вопрос трюкачества». Предполагается, что аналитик знает «трюк, способ, которым он лечит невроз» [Lacan, 1979, p.219–220].

Но поскольку в обучении анализу не существует правил передачи этого «трюка», то шансов на то, что подвергающиеся анализу когда-нибудь вылечатся, весьма мало. А ведь большинство из них преследуют именно такую цель. Честно ли с их стороны подменять антропологическую истину, к которой они сами же пришли благодаря свободному экспериментированию с языком? Где уверенность, что в течение курса больные не приспособятся к языку своего аналитика при помощи феномена внушения, сравнимого с тем, который использовал Фрейд при лечении своего знаменитого пациента – «Человека с волчанкой»? Известно, что последний в конце концов признался, что он всегда говорил то, что Фрейд хотел, чтобы он говорил [Obholzer, 1981].

Психоанализ за 40 лет; от взлета до кризиса

После таких пессимистических итогов, подведенных Фрейдом в 1937 г. по практическим результатам психоанализа, можно было бы ожидать, что последний войдет в стадию заката. Однако случилось обратное. Конечно, в Европе развитию психоанализа, как и других научных направлений, помешала война, оккупация. В Соединенных Штатах Америки его развитие было иным. Там аналитики могли свободно экспериментировать; более того, их ряды пополнились за счет беженцев из европейских стран. Однако в послевоенные годы отмечается явный расцвет психоанализа. Проводились интенсивные теоретические исследования, особенно направленные на изучение Ego Psychology. Что касается практики, то она имела значительный успех, психоаналитические консультации, так сказать, входили в жизнь. К концу 60-х годов эмпатическое течение укрепило эту популярность, расширив терапевтические показания (как мы уже говорили), распространив их на пограничные состояния и больных психозами.

Расцвет наблюдался на протяжении полных 20 лет. Но, по-видимому, с некоторых пор стало отмечаться его угасание. Ego Psychology уже не вызывает прежнего энтузиазма, между тем как аналитикам, которых мы объединяем под именем «эмпатисты», до сих пор не удалось выдвинуть общую теорию. Действительно, у них уже возникли разногласия по поводу определения слова «эмпатия» [Lichtenberg, 1984].

Если мы обратимся к Фрейду, то отметим, что понятие *Einfühlung* (немецкий эквивалент «эмпатии») редко встречается в его работах. Термин «внушение», наоборот, находим часто, поскольку внушаемость представляется ему неотъемлемым свойством человеческого разума.

Еще в 1904 г. он обращал внимание на то, что внушаемость пациента оказывает влияние на «терапевтические процессы» пущенные в ход врачом; но последний не должен позволять пациенту овладеть действием этого психического фактора, так как иначе он становится «неконтролируемым и не может быть ни ослаблен, ни усилен». Поэтому очень важно иметь возможность управлять им. По словам Фрейда, «именно это и ничего другого не предлагает научная психотерапия» (т.е. психоанализ) [Freud, 1953, p. 11].

В дальнейшем Фрейд разработает концепцию контртрансференции, определив ее как результат «влияния больного на неосознанные чувства врача». Эмоциональные отношения между врачом и больным выступают здесь в их взаимосвязи. В то же время Фрейд подтвердит необходимость для терапевта сократить до минимума контртрансферентные манипуляции путем собственного анализа, предстать как бы чистым зеркалом. Именно об этом будет сожалеть Ференци, констатируя в 1928 г. наименьшую эффективность психоанализа: «Эмоционально насыщенные отношения гипносуггестивного типа, существующие между врачом и пациентом, постепенно остывают, чтобы стать чем-то вроде бесконечного ассоциативного опыта, т.е. по сути дела интеллектуальным процессом» [Ferenczi, 1982].

Среди представителей эмпатического направления наиболее приверженным идеям Ференци (даже если сам он не объявлял себя таковым) является, несомненно, Kohut. Более того, он единственный, кто теоретизировал этот поток идей, начиная с собственных инноваций. Мы хотим здесь поговорить о Self-Psychology. Kohut утверждает, что психоаналитику надлежит проявлять к страдающему взрослому те же чувства уважения, восхищения, которыми обычно окружен ребенок в своей семье. Контртрансференция, за которую ратует Фрейд, далеко не всегда нейтрализует врача, он заведомо находится на защите интересов больного. Объяснения, даваемые больному, играют лишь вспомогательную роль, служат только дополнительным средством для усиления эмпатических отношений. В более подробном анализе Self-Psychology, который мы осуществили с Isabell Stengers, мы показали, что хваленая тактика аналитика использует не прямое внушение, хотя Kohut даже не употребляет слово «внушение». Так что для него внушение (по крайней мере то, что мы считаем его эквивалентом) является не только фактом, оно отвечает самой основной психической потребности и представляет аутентичное условие онтогенеза индивидуума [Chertok, Stengers, 1989]. Отметим также, что в отличие от других эмпатистов Kohut открыто говорил о гипнозе. В своей последней книге «How Does Analysis Cure?» он действительно говорит, что

«решительным шагом в сторону психоанализа явилась не замена гипноза иной терапевтической методикой, а радикальное изменение в психопатологии, которую следует лечить посредством гипноза» [Kohut, 1984, p. 112].

Таким образом, он различает неаналитический гипноз и психоаналитический гипноз; этот последний (в отличие от первого) требует глубокого изучения психики.

Каким бы значительным ни был интерес, вызываемый эмпатистами в психоаналитических кругах, американская публика, будучи достаточно прагматичной, начала проявлять охлаждение по отношению к психоаналитическому лечению, продолжительность которого постоянно увеличивалась, слишком часто принося лишь обманчивые результаты. Как отмечал еще Фрейд, классические неврозы плохо поддаются аналитической терапии, при лечении же пограничных состояний и психозов, где она широко применяется, получаемые результаты имеют сомнительный характер и не подвергались проверке.

Таким положением психоанализа в Соединенных Штатах объясняется появление за последние годы огромного количества новых терапевтических методов, начиная с биоэнергетического лечения и кончая Zen или сгі primal. Здесь существует явная опасность для профессиональных психоаналитиков, которые для ее отражения, видимо, решили, забыв на время о своих разногласиях, противодействовать ей единым фронтом. В этом отношении весьма показателен доклад президента Международной ассоциации психоаналитиков Wallerstein (1988) на 35-м Международном конгрессе психоаналитиков, посвященном 50-летию труда «Анализ, имеющий конец, и бесконечный анализ». Из отчета видно, что «плюрализм теорий» (выражение, отражающее существование разногласий среди психоаналитиков, которые делятся на ортодоксов, клайнистов, когутистов, лаканистов и т.д.) глубоко не затрагивает единства психоанализа. Каждая теория – это «объяснительная метафора», к которой пациент приспосабливается, стараясь установить контакт со своим аналитиком. Фактически каждый пациент оказывается вовлеченным в эту «метафорическую авантюру» без предупреждения со стороны партнера, не подозревая, как

подчеркивает Szasz (1963), что в установившемся диалоге точка зрения врача является «правильной и представляет собой реальность, а точка зрения пациента является ложной и представляет собой перенесение». В представлении Wallerstein аналитический метод, как отмечает Stengers, – это «набор индифферентно сосуществующих инструментов, которыми каждый владеет в зависимости от случайностей собственного образования или в зависимости от обстоятельств» [Stengers, 1989, p. 179].

Другой страной, где психоанализ в послевоенное время получил широкое распространение, является Франция; но в отличие от США это произошло несколько позже и продолжается до сих пор. Главная роль здесь принадлежит Лакану, который был известен еще до войны, но прославился в конце 50-х годов. Сказать «прославился» было бы еще недостаточно, если учесть огромную его популярность и то необычайное воздействие, которое он оказывал на французских интеллектуалов далеко за пределами психоаналитических и психотерапевтических кругов.

Ему удалось обезоружить даже столь решительных противников психоанализа, как марксисты. Напомним здесь о памфлете, выпущенном в 1949 г. коммунистической партией: «Самокритика. Психоанализ, реакционная идеология». В 1964 г. Althusser, в то время наиболее видный философ партии, предоставил Лакану возможность посещать его семинары в Педагогическом институте. Надо сказать, что тем временем Лакан разносил в пух и прах Еgo Psychology, которая, по его мнению, направлена на адаптацию американских граждан к существующим общественным нормам.

Как мы уже видели, лаканизм никоим образом не может похвастаться своими успехами в плане лечения, которые сравнимы лишь с успехами, достигнутыми им в плане теоретическом. Однако его культурный престиж остается таким, что, вероятно, его вполне достаточно, чтобы ориентировать массу пациентов на лакановское «лечение». Этот престиж к тому же отражается на разных группах психоаналитиков, будь они ортодоксами или нет; публика не всегда хорошо это различает. Лаканисты поддерживают эту путаницу, охотно представляясь как «психоаналитики» без каких-либо уточнений. Оставаясь на таких позициях, они прекрасно существовали как психоаналитики во Франции, но их это уже не устраивало. В своих притязаниях они идут гораздо дальше. В недавней статье Solex (1989) после описания безрадостной картины состояния психоанализа в Соединенных Штатах в заключении подчеркивает «необыкновенный контраст между американской шагреновой кожей и мировым распространением учения Жака Лакана».

Действительно, лаканизм плодится во многих странах, особенно в Южной Америке. «Завоевание» мира продолжается. В ноябре 1988 г. группа лаканистов во главе с Роланом Брока отправилась в Москву. Но ситуация в Советском Союзе имеет свои особенности, которые следует рассмотреть подробнее.

Советский Союз – «страна миссии»

Хорошо известно, что в СССР психоанализ долгое время считали лженаукой, вдохновленной капитализмом, и его преподавание, равно как и практика, были запрещены (труды Фрейда невозможно найти). Известно также (хотя и меньше), что так было не всегда; в течение десятка лет до сталинского периода психоанализ в Советском Союзе имел право на существование, как это было и в дореволюционной России. Хотя психоанализ и психология в целом осуждались во имя объявленных принципов под прикрытием павловского учения, сам И.П. Павлов никогда публично не высказывал ничего враждебного в отношении Фрейда. И хотя он упрекал Фрейда в том, что тот придавал слишком большое значение сексуальному инстинкту, он тем не менее признавал за ним определенные заслуги. Так, в 1934 г. в одной из своих знаменитых «Клинических бесед в среду» он заявлял:

«Когда имеются постоянные и скрытые точки (подавленные эмоции), существующие и действующие слепо, на которые нельзя никак подействовать, но которые необходимо довести до сознания... именно тогда вмешивается мастерство Фрейда, мастерство положительное» [Chertok, 1981, pp. 157–180].

Эти заметки И.П. Павлов сделал по поводу одной пациентки с истерией, страдавшей параличом нижних конечностей и вылеченной методом катарсиса под гипнозом. Следовательно, И.П. Павлов, продолжая оставаться на своих физиологических позициях, тем не менее не мог не признавать в психотерапии существования вмешательства психологического характера. После его смерти (1936 г.) произошло то, что можно было бы назвать радикализацией павловского

учения. Это привело к печально известной совместной сессии (в 1950 г.) двух советских академий (АН и АМН), посвященной «Физиологическому учению Павлова». Сессия была созвана по воле Сталина и ее проведение строго им контролировалось. Как мы уже отмечали, на ней было решено впредь психологические понятия выражать в физиологических терминах, и психология как самостоятельная наука исчезла. Была подтверждена важность гипноза как глубокой психотерапии, основанной на физиологии (лечебное торможение коры головного мозга), но вопрос о катарсисе, разумеется, уже не стоял.

В перспективе, начерченной таким образом, павловская теория о трех фазах гипноза должна была подкрепляться данными электроэнцефалографии, и в приводимых «доказательствах» недостатка не было. Продолжая придерживаться такой ориентации, психотерапевты старались обобщить психопрофилактические методы обезболивания родов, применяемые ими с 1949 г. Речь шла о предупреждении боли дидактическими способами, которые, по их мнению, основывались на «активации коры головного мозга» у беременных женщин. Если в стране, где этот метод родился, он почти неизвестен населению, в других странах, особенно во Франции, он имел необыкновенный успех и получил самое широкое одобрение, начиная от Пия XII, который рекомендовал его католикам, до коммунистической партии, представившей его как дар Советского Союза всему человечеству.

Сессия академий 1950 г. явила собой вершину сталинского догматизма, с которой стали постепенно спускаться, вначале с опаской и осмотрительностью, затем, во время горбачевской перестройки, самым решительным образом. Сегодня открыто признают, что предположенные в свое время теоретические объяснения – чистая фантазмагория. Примером многочисленных пересмотров этих теорий может служить заседание «Круглого стола», состоявшееся в октябре 1987 г. в Москве, которое было посвящено «одному из самых трагических эпизодов в научной жизни страны, явившемуся следствием пагубного влияния данных теорий на развитие физиологии и психологии».

Психология была официально реабилитирована в 1962 г. (см. главу 3). В тот период психотерапевты института им. В.М. Бехтерева⁶³ в Ленинграде применяли «патогенетическую психотерапию» [Зачевицкий Р.А., 1984], которая учитывала нынешние и прошлые конфликты больного с окружающими его людьми. Осознание этих конфликтов является фактором выздоровления. Необходимо также наличие раппорта. Этот термин, достаточно широко используемый в русском языке, заимствован у Месмера, однако у последнего он включал в себя и обозначение физического компонента. Раппорт можно сопоставить с трансфером в психоанализе; такое сопоставление, разумеется, не делалось психотерапевтами, о которых идет речь, ввиду запрета на фрейдовскую психологию. Как же в этом отношении обстоят дела сегодня?

Запрет был столь безоговорочным и продолжался так долго, что его снятие потребовало немало времени. Важным этапом на этом пути явился конгресс, посвященный проблемам бессознательного, который состоялся в Тбилиси в 1979 г.; мы были одними из его организаторов. В работе конгресса приняли участие исследователи, представлявшие различные области науки и прибывшие из всех стран мира. Дебаты проходили в форме свободных дискуссий (в соответствии с духом Хельсинки). Состоялся откровенный разговор о философии Фрейда, которого грузинский философ Sherozia сравнивал с Коперником и Декартом [Chertok, 1981].

Реабилитация фрейдизма явно ускорилась в связи с событиями перестройки. Об этом свидетельствует и статья А. Белкина в «Литературной газете» (1 июня 1988 г.). Возвращаясь к осуждению психоанализа, автор считает, что оно нанесло стране ощутимый урон: «Мы не только лишили сотни тысяч больных медицинской помощи, но и ограничили возможности творческого труда целого поколения». Такая вера в силу психоанализа напоминает триумфальное заявление Фрейда в 1910 г. Это для нас несколько удивительно, но вполне объяснимо теми условиями культурной изоляции, в которой Советский Союз находился почти полвека. Эволюция фрейдовской мысли не была известна в СССР в том виде, в каком она предстала, в частности, в его знаменитой статье «Анализ, имеющий конец, и бесконечный анализ», написанной в 1937 г. Фрейд заявил в ней о том, что большие надежды, которые он возлагал на целебную силу интерпретации и осознания, рухнули. Его опыт лечения больных убеждал его в этом, а научная порядочность требовала откровенной констатации фактов. Что же касается советских психотера-

⁶³ В советской прессе, в частности в «Литературной газете» от 16 ноября 1988 г, сообщалось, что этот невропатолог с мировым именем был отравлен в 1929 г. по приказу Сталина. Последний вызвал его для неврологической консультации, после чего Бехтерев в частной беседе назвал Сталина параноиком.

певтов, они, очевидно, не располагают каким-либо опытом, позволяющим им подкрепить взгляды Фрейда.

Сегодня советские люди настроены как можно быстрее наверстать упущенное, ликвидировать обусловленное судьбой их страны отставание как в области культуры, так и во многих других областях. Что касается психоанализа, то, наверное, не будет недостатка в визитерах, желающих приехать в «страну миссии», чтобы обсудить имеющиеся проблемы (мы упоминали о них выше, и здесь следует ожидать определенной конкуренции). Смогут ли советские люди избежать некоторых ошибок, допущенных в других странах? Например, смогут ли они скоро отказаться от идеи «научного», «рационального» психоанализа, оказавшейся неосуществимой, с тем чтобы вновь ввести в аналитическую практику ту часть обязательной эффективности, которой ее хотели лишить? Другими словами, захотят ли они отойти от догмы, крах которой сегодня измеряется эпистемологическим разрывом между психоанализом и гипнозом, или снова категорически откажутся от перспективы союза между ними.

Понятно, что ортодоксальные психоаналитики или лаканисты, которых они могут услышать, сделают всё возможное, чтобы разубедить их. Однако им будет трудно поколебать позиции гипноза в стране, где на него никогда не было наложено табу. Нельзя, чтобы гипноз, устоявший против сталинизма, сегодня был отброшен вместе со всем наследием того периода. В сущности гипноз, о котором говорили в то время, виделся в довольно узком аспекте физиологии, тогда как теперь он рассматривается прежде всего как аффективная психологическая связь, присутствующая в любой психотерапии, включая психоанализ. Именно эту концепцию мы излагали на встречах с советскими исследователями, которые не прекращались после съезда в Тбилиси. Отметим сначала философский коллоквиум, организованный в Париже в декабре 1986 г., где мы выступили с сообщением на тему «Сердце и разум в психоанализе». Затем мы приняли участие в 8-м Международном конгрессе по вопросам логики, методологии и научной философии, состоявшемся 17–22 августа 1987 г. в Москве. Мы совместно с Stengers представили доклад под заглавием «От Лавуазье до Фрейда: анализ – эпистемологические и исторические размышления» [Chertok, Stengers, 1988].

Обмен мнениями со своими советскими слушателями мы старались вести в форме свободного диалога и ответов на вопросы. Мы ни в коем случае не хотели создавать о себе впечатление как о носителях истины, которую остальные должны разделять с нами. Слишком многие психоаналитики проявляют такого рода зазнайство, хотя, казалось бы, состояние кризиса, в которое сегодня погрузился психоанализ, должно было бы внушить им большую скромность. Правда, они упоминают о кризисе как можно меньше, и в тех редких случаях, когда они это делают, они стараются скрыть истинные причины. Что же касается нас, то мы не боимся раскрыть эти причины перед советской публикой, что, несомненно, способствует возникновению в умах большего количества вопросов, чем мы смогли решить. Отмечая, что гипноз представляется нам тем путем исследования, который способен вывести из кризиса, мы не скрывали при этом, что его применение ставит массу вопросов. Прием, оказанный нам (а точнее, нашим сообщениям) в СССР, доказывает правильность такой позиции. Мы встречали многочисленную и внимательную аудиторию; некоторые исследователи уже одобрили и поддержали нашу ориентацию. В качестве иллюстрации приведем здесь строки из статьи Н. Автономовой и Ю. Муравьева (1987) «Загадка бессознательного, трансфера и анализа». Перед лицом проблем, поставленных гипнозом, эти два философа признают, что марксистская мысль также не дает на них ответа. Авторы приходят к выводу о необходимости умножить исследовательские усилия с целью накопления знаний:

«Мы пока не располагаем достаточной концептуальной базой для интерпретации наблюдаемых явлений. Поэтому тем более необходимо расширить ее, накапливая данные, изучая гипноз во всех его проявлениях, углубляя исследования различных его механизмов, позволяющих интерпретировать феномен гипнотического внушения».

Теория и практика: проблема остается нерешенной

Психоанализ остается одним из исключительно важных культурных феноменов нашего столетия. Необходимо, однако, помнить, что он представляется в двух аспектах: как способ познания психики и как терапевтический метод. Здесь мы рассматриваем прежде всего именно второй аспект. Несомненно, эти два аспекта взаимосвязаны, практика исходит из теории, но нас

поражает именно тот разрыв, который образовался между ними, разрыв, к которому, как мы видели, Ференци уже привлекал внимание и который с тех пор постоянно расширяется, ибо рост числа экзегетивных работ, бесконечные комментарии по мелким теоретическим вопросам мешают выходу психоанализа как терапевтического метода из кризиса, вследствие чего он обнаруживает гораздо меньшую эффективность, чем та, на которую позволяют надеяться его теоретики. В этом заключается истинная проблема, но она никогда не рассматривалась из-за избытка всей этой схоластики.

Еще раз о том, что вызывает изменения, если таковые происходят? Несомненно, интерпретация и осознание могут привести некоторых пациентов к определенным изменениям в их поведении. Однако сами по себе они неспособны вызвать глубокие изменения. Фрейд окончательно разрушил эту надежду в 1937 г., показав ее бесполезность в своих «Технических заметках». Отныне каждый аналитик, как замечает Stengers, полагает, что эти тексты «освобождают его от радостной утопии» [Stengers, 1989, p. 186]. Но Фрейд не всегда так говорит. Например, Perron (1988), автор сравнительно недавно вышедшей «Истории психоанализа», член SPP, предлагает процедуру, одобренную его обществом в качестве модели для подготовки психоаналитиков. Затем он провозглашает «общие правила психоаналитической практики», не отклоняясь от строгой ортодоксальности и вовсе не принимая во внимание, что использование данных правил может оказаться безрезультатным, как если бы констатации неудачи, отмеченной Фрейдом в 1937 г., никогда и не было. Впрочем, она не существует и для читателя, поскольку в его книге о ней никогда не упоминается. Что касается гипноза, то, кроме примечания, из которого следует, что Фрейд оставил гипнотическую практику, этот вопрос больше не поднимается. Ничего не сказано ни о конфликте Фрейда с Ференци, ни в отношении нынешнего возрождения гипноза, связанного с движением сопротивления, затрагивающим психоанализ.

Присутствие внушения в анализе было, однако, отмечено в 1963 г. Donnet в статье «Внушение как концепция». Для подтверждения своей точки зрения автор ссылается на работы Fisher, который, по его словам, «вместе с Nunberg считает, что идеальной ситуацией для изучения внушения являются аналитические отношения, так как они позволяют исследовать «под микроскопом» свою судьбу. В заключение он отважился выдвинуть гипотезу, согласно которой

«аналитическое лечение является лишь реализацией научных условий во времени и пространстве, необходимых для того, чтобы внушение (учитывая нашу культуру) оказалось эффективным». Далее автор добавляет: «В этой перспективе интерпретация, которую иногда хочется назвать зеркалом, отражает цель, простое предвосхищение обнаруженной траектории, раскрывает свою точную структуру, что есть суть вопроса, т.е. внушение» [Donnet, 1963, pp. 113, 116, 117].

Правда, 19 лет спустя тот же автор опубликовал статью под названием «Ставка интерпретации», противоречащую написанному им ранее. На этот раз речь шла о выяснении того, что составляет для психоанализа «модель чистоты его действия, исключающего всякую причастность к внушению» [Donnet, 1983, p.1140]. Такая посылка (силлогизм) совершенно естественно приводит к следующему заключению:

«Как интерпретация, так и созидание присущи работе психоаналитика и гипнотизера; последний вводит свое внушение в разум другого, как инородное тело, имеющее определенное предназначение – создание себе подобного(идентичность идеи и ее результата)» [Donnet, 1983, p.1145].

Остается только выяснить мотивы этого поворота.

Более четкую позицию занял Le Guen (1986) в статье «Для реабилитации внушения», представляющей собой доклад, сделанный им 2 года назад на семинаре, организованном вышеуказанным обществом. Семинар был посвящен вопросам использования внушения в психоаналитической практике. Le Guen заявляет, что постарается повлиять на позицию подавляющего большинства своих коллег, которые с брезгливой неприязнью относятся к внушению, избегая даже употреблять это слово, а если и произносят его, то придают ему уничижительный оттенок. Таким образом, в психоаналитических кругах на внушение наложено настоящее табу, что, по словам Le Guen, «создает определенную проблему». Его статья направлена как раз на то, чтобы успокоить и убедить своих коллег, напомнив, что «Фрейд говорил и предельно ясно показал, что интерпретаций, реконструкций и даже простые вмешательства являются внушением» [Le Guen, 1986, p. 51].

Таким образом, он вносит это уточнение от имени Фрейда. Те же соображения руководят им, когда он ставит под сомнение «лакановские методы, его обаяние или даже сострадательность Лакана в глазах тех, кто ложился на его кушетку» [Le Guen, 1986, p. 52]. Однако автор уточняет, что не собственно внушение должно здесь обвиняться; ведь Лакан не соблюдал правил лечения, сформулированных Фрейдом, и в действительности осуществлял подчинение пациента своей личности. Однако встает вопрос, заключается ли обычно внушение, используемое в психоанализе, только в трансфере и, следовательно, полностью контролируется аналитиком. Это в свою очередь также представляет проблему, о чем Le Guen не упоминает. Во всяком случае его статья несколько поколебала ортодоксальность противников, сделав понятие внушения предметом дискуссии, а также признав тот факт, что Фрейд оставил практику гипноза, «одновременно продолжая постоянно его изучать». Этого не сделали даже те, кто объявляет себя наследниками Фрейда.

Нововведения иного масштаба ожидалось в связи с проведением «Дней размышления», организованных SPP 14–15 января 1989 г. Об этом говорил председатель общества Green на пресс-конференции, а также в своих интервью перед открытием. В ходе дебатов (и в присутствии публики) предстояло обсудить «вопросы завтрашнего дня», главным образом рассмотреть связи между практикой и теорией, поскольку, по словам Green, «много изменилось как в эксперименте, так и в практике, что требует нового осмысления»⁶⁴. Такие усилия, по его мнению, тем более необходимы, ибо после нескольких десятилетий развития ситуация стала «крайне запутанной; сам термин «психоанализ» используется для выражения "чего угодно и неважно чего"»⁶⁵.

Таким образом, коллоквиум в январе 1989 г. был представлен как «возврат к точности»; выражалось желание покончить со всякого рода злоупотреблениями и разоблачениями, жертвой которых начиная с 60-х годов стал психоанализ, хотя он и имел в то же время социальный и культурный резонанс.

Ответственность за такое положение была возложена (уже в который раз) на Лакана и его последователей. В теоретическом плане под предлогом возвращения к Фрейду они осуществили настоящий поворот, тогда как в плане практики им удалось убедить лишь «людей, неискушенных в психоанализе, или любителей красивых фраз»⁶⁶. Поэтому выход виделся в настоятельной необходимости сохранить право называться психоаналитиком лишь за членами SPP и SPF, сформированных в соответствии с правилами API (Международной ассоциации психоаналитиков) и осуществляющих свою практическую деятельность согласно предписаниям этой организации. Если призыв к порядку окажется недостаточным, Green не исключает, что настанет день, когда придется узаконить профессию психоаналитика официальным дипломом или званием.⁶⁷ А пока следует показать публике «разнообразие и реальность того, что включает в себя слово «психоанализ». Таковы достижения двух «Дней размышлений», о которых организаторы возвещали всеми доступными средствами, имевшимися в их распоряжении.

Итоги были разочаровывающими. Сообщения, сделанные теми, кого можно назвать современными «тенорами» психоанализа во Франции, начиная с Kristeva и McDougall и кончая Donnet, представляли собой не более чем вариации (порой блестящие) на хорошо известные темы. Вопросы будущего психоанализа не были поставлены, а следовательно, и освещены. Они должны были касаться (во всяком случае так было объявлено) связи теории с практикой, т.е. фундаментальной проблемы, которая, как мы видели, обсуждалась еще в 1924 г. Ferenczi и Rank в «Перспективах психоанализа». Они ставили ее в единственно возможных терминах: одна только интерпретация бессильна привести к изменениям, зависящим от формы аффективного общения, которое устанавливается между пациентом и терапевтом. Как мы видели, Ferenczi позже уточнил, что эти отношения «интенсивно эмоциональные», когда они имеют «гипносуггестивный характер, то постепенно охлаждаются в сугубо интеллектуальном процессе». Каким же

⁶⁴ «Le Figaro», 9.10.89 г.

⁶⁵ «Le Figaro», 14.01.89 г.

⁶⁶ «Le Figaro», цитированная выше статья.

⁶⁷ Подобную позицию Green занял в ту пору, когда проект о статусе психоаналитика, выдвинутый общественными организациями, стал предметом широкой и оживленной дискуссии в заинтересованных кругах. В одной из статей, опубликованных в Le Debat (ноябрь, 1984 г., с.130), анализируя положение психоанализа примерно в тех же выражениях, Green высказался за статус. Но мы в том же журнале отмечали, что большинство психоаналитиков настроены против самой идеи статуса, которая чревата раскрытием извне действительного положения вещей, ввиду чего мы считаем ее утопической.

образом можно сделать их теплыми и терапевтически значимыми, если они непременно должны быть освобождены от каких бы то ни было гипнотических ингредиентов? А ведь в течение «Дней», организованных SPP, не было сказано ничего, что свидетельствовало бы о развитии этой проблемы.

То же приходится констатировать при чтении в 3-м номере (май–июнь 1988 г.) Французского психоаналитического журнала (органа SPP) подборки статей под общим заглавием «Фундаментальная практика психоанализа». Авторы основных статей излагают свое мнение по тем же вопросам, к которым они позднее вернутся в своих сообщениях на коллоквиуме. Они объявляют о своем намерении обновить практику анализа, твердя при этом о своей заботе сохранить традиции. В результате безукоризненный status quo достигнутый оптимизмом команды. «Несмотря на запутанное во многих отношениях положение, – пишет Green в вводной статье, – его необходимо пересмотреть, если мы хотим открывать в будущем богатые возможности». Конечно, нельзя не видеть, что аналитическая практика в настоящее время стала значительно меньше, чем 15 или 20 лет назад. «Безусловно, отмечается регресс», как пишет Green. Что же касается того, откуда именно он проистекает, то виновными всегда оказываются другие (лаканисты, врачи, практикующие новые виды терапии). Лаканисты подняли брошенную перчатку, и с тех пор ведется открытая война между ними и «кипеистами» (психоаналитики, к которым благоволит IPA). О тоне полемики можно судить по статье Miller, озаглавленной «Лакан и лягушки» (*Le Nouvel Observateur*, 1989 г., 6–12 апреля), где среди прочих любезностей можно прочесть: «Лягушки бесятся, но психоанализ не призван быть представленным практиками-затворниками, составляющими “номенклатуру”». То, что ставка в силах сделать, – это для одних сохранить, а для других завоевать гегемонию в психоаналитическом движении на международном уровне.

Нарциссическая обида

Гипносуггестия доказала свое лечебное действие. Мы думаем, что она всегда присутствует (и оказывает влияние) не только в анализе, как мы уже видели, но и во всех других психотерапевтических методах. По нашему мнению, она является тем неспецифическим элементом, действие которого, установленное американскими учеными [Parloff, 1980] при различных способах лечения, обеспечивает практически одинаковую эффективность независимо от используемых методик.

Остается выяснить, каким образом действует гипноз. Можно лишь утверждать, что это происходит на аффективном уровне, т.е. в наиболее очевидной реальности, поскольку относится к области переживаний, но вместе с тем представляет наибольшую трудность для понимания. Выяснить это позволят только междисциплинарные исследования, посвященные гипнозу, которые мы начали проводить. Они затронут все аспекты феномена, который мы можем кратко определить следующим образом (см. ниже).

Это четвертое состояние организма, в настоящее время не поддающееся объективизации (в противоположность трем другим – бодрствованию, сну, сновидениям), нечто вроде естественной потенции, предрасположенности, уходящей своими корнями в животный магнетизм и характеризующейся чертами, которые, по-видимому, восходят к доречевым отношениям ребенка и проявляются в определенных ситуациях при нарушении у индивидуума связей с окружающим миром.

Гипноз сохраняет свою специфичность по отношению к внушению, хотя последнее, в какой бы форме оно ни проявлялось, необходимо для достижения первого. Внушение, таким образом, представляется нам первичной, фундаментальной связью двух существ, матрицей, в которую затем вписываются все последующие отношения. Добавим еще, что гипноз имеет психосоциобиологическую нерасторжимую сущность, действующую на бессознательном уровне, архаичном, доречевом, досексуальном и передающую аффективное влияние, которое каждый индивидуум оказывает на другого.

Разумеется, это всего лишь предварительное определение. Оно может только наметить проблемы, касающиеся рассматриваемых феноменов, выяснить и разрешить которые предстоит исследователям, работающим в различных научных областях.

Достигнутые в данном направлении результаты могут принести пользу психотерапии в целом и психоанализу в частности. Весьма желательно широкое участие психоаналитиков в таких исследованиях, чего нет в настоящее время. К чему столь непримиримая оппозиция? Мы уже указывали на некоторые мотивы такого сопротивления, но имеются и другие причины. Мы

имеем в виду, в частности, исключительное положение, в котором находится сообщество психоаналитиков, чья профессиональная деятельность принята благосклонно. Они считают себя обладателями «неприкосновенных» знаний, которые они передают в том же виде, в каком их получили, и с целью обеспечения стабильности своего положения они спекулируют престижем, завоеванным у публики и старательно поддерживаемым с помощью посредников. Всякая критика извне объявляется ими несостоятельной; сложилась исключительно привилегированная ситуация, которая оказалась бы затронутой в случае пересмотра роли гипноза. Тогда аналитики были бы, вероятно, вынуждены не только изменить свою практику, но и, несомненно, оставить самоуверенность, отказаться от создаваемого ими самими лестного имиджа, которому верит публика. Словом, это означало бы нанести себе невыносимую нарциссическую обиду. Чтобы оградить себя от подобной перспективы, они не находят других средств, кроме отстранения гипноза путем умалчивания о нем или выражения презрительного к нему отношения.

Постфрейдовский период

Уже находятся аналитики (как вне, так и внутри института), испытывающие потребность в пересмотре, пусть даже болезненном, некоторых установившихся истин. Наряду с упомянутыми выше авторами, которые включили гипноз в сферу своих размышлений (по словам Mannoni, «гипноз противоречит всем нашим теоретическим знаниям»), есть такие, кто ставит под сомнение догмы, касающиеся других проблем. Так, Mendel пишет, что «две биологические основы, на которых Фрейд хотел утвердить психоаналитическую теорию, – наследование приобретенных психических свойств и инфантильная органическая сексуальность – в свете современной биологии являются aberrациями [Mendel, 1988, p. 8]. Автор подчеркивает, что история открытия психических функций начинается не с Фрейда, и обвиняет большинство своих собратьев в незнании экспериментов (весьма интересных) Puusegur, Deleuze, Faria, Liebeault, Bernheim. Ведь следовало бы отнести рождение психоанализа к одному из его главных источников, «развитию во Франции магнетизма и гипнотизма с конца XVIII в.».

«Освобождение места для дофрейдовских практиков... не означает ли оно определенного признания того, что неизбежно наступит и постфрейдовский период?» На этот вопрос Mendel можно ответить утвердительно, по крайней мере в отношении процесса лечения. Именно этот ответ мы пытались привести здесь.

Признание наступления постфрейдовского периода означает, что отныне невозможно продолжать терапевтическую практику в строгом соответствии с правилами, установленными Фрейдом, хотя сам он в 1937 г. констатировал, что они не всегда (и даже нечасто) приводили к успеху. Следовательно, психоаналитическое лечение должно открыто освободить место для гипнозосуггестивной терапии в той или иной форме. Это приведет к признанию правомочности той ситуации, которая, как мы показали, фактически уже существует. Возможно, если бы гипноз стал применяться в терапии более свободно и более специфично, это позволило бы сократить продолжительность внушения, которое сегодня используют многие аналитики в течение всего курса лечения, ничего об этом не говоря, и тогда пациенты перестанут оплачивать его собственным здоровьем, что отмечал еще Ференци [Ferenczi, 1985, p. 270].

Речь идет не о том (пусть читатель поймет нас правильно), чтобы заставить аналитиков систематически заниматься гипнотерапией; мы хотим, чтобы они (пользуясь столь дорогим для них словом) «осознали» важность гипноза. Это включает в себя следующее: надо перестать делать гипноз причиной скандала; необходимо приобрести реальные, точные знания о гипнозе (участвуя, например, в проводимых в настоящее время междисциплинарных исследованиях, посвященных гипнозу, благодаря чему можно не только получить полезные для себя данные, но и информировать других о результатах собственной практической деятельности). Но поскольку знания нуждаются в подкреплении и проверке их на практике, было бы желательно также, чтобы аналитики получали специальную подготовку в области гипноза, позволяющую им наблюдать (у себя и у других) этот феномен в его различных проявлениях (во времена Фрейда все умели гипнотизировать). Они смогли бы при случае отметить положительное действие гипноза, так как он позволяет снимать симптомы, хотя при современном уровне наших знаний мы пока не можем найти, этому объяснение. В том только и состоит «таинство» гипноза, каковым представляется им незнание «рсу»; это всё, что могло бы вызвать в их умах спасительное смущение.

Оно вернуло бы их к той позиции, к которой пришел Фрейд в 1918 г., когда на конгрессе в Будапеште он предсказывал, что ввиду «широкого применения» психоанализа практикующие его должны будут «примешивать к чистому золоту анализа значительное количество меди прямого

внушения» [Freud, 1953, p. 141]. «Иногда даже, – добавлял он, – мы должны будем вводить в практику гипнотическое воздействие». Однако данной программой пренебрегли, и сегодня нам приходится оценивать последствия этого. Применение психоанализа действительно расширилось, но его эффективность остается сомнительной. Чтобы исправить допущенную ошибку, не следует ли перефразировать метафору и добавить скорее золото внушения и гипноза к значительному количеству меди анализа?

Упорствование в этой ошибке со временем повлекло бы за собой, вероятно, приговор психоанализу – умереть «красивой смертью». Этот возможный исход никто не может допустить с легким сердцем, ибо он освободил бы поле деятельности для множества всяческих терапий, появившихся в последние несколько лет, которые слепо руководствуются чистым прагматизмом и теоретическая убогость которых заслуживает лишь сожаления. Не говоря уже о психотерапии, смерть психоанализа обеднила бы всю интеллектуальную ниву, которая благодаря ему была столь плодородна. Его завоевания являются общим наследием. Единственный его шанс уберечься от смертельной опасности – это вернуться к своим истокам, возобновить союз с гипнозом, чтобы никогда его не нарушать.

Научно-популярное издание
«Мысли об Истине»
Выпуск № 10
Сформирован 1 апреля 2014 года

Все читатели приглашаются принять участие в создании альманаха МОИ и присылать свои статьи и заметки для этого издания по адресу: Marina.Olegovna@gmail.com. Если присланные материалы будут соответствовать направлению Альманаха и минимальным требованиям информативности и корректности, то они будут опубликованы в нашем издании.

Основной вид существования Альманаха МОИ – в виде PDF-файлов в Вашем компьютере. Держите все выпуски МОИ в одной папке. Скачать PDF-ы можно с разных мест в Интернете, и не важно, откуда номер скачан. В Интернете нет одной фиксированной резиденции МОИ.

Содержание

<i>Леон Шертюк. Гипноз: теория, практика и техника</i>	2
Предисловие к французскому изданию	2
Предисловие автора	4
Часть I. Теория и практика гипноза	5
Введение	5
1. Из истории вопроса.....	5
2. Теории гипноза.....	12
3. Теория гипноза Павлова.....	13
4. Теории экспериментальной психологии.....	15
5. Психоаналитические теории	20
6. Взаимоотношения гипноза и сна.....	27
7. Гипноз животных.....	28
8. Восприимчивость.....	31
9. Терапевтическое применение	38
10. Обучение.....	46
11. Показания к гипнотерапии.....	47
Часть II. Техника гипнотизирования.....	61
Введение	61
1. Подготовительная беседа	61
2. Тесты внушаемости	62
3. Индукция	63
4. Углубление транса	69
5. Пробуждение.....	73
6. Опыт, пережитый в трансе.....	74
7. Медикаментозный гипноз.....	74
8. Специальные приемы гипноза	75
9. Аутогипноз, техника самогипноза	77
10. Групповой гипноз	79
11. Гипнодрама.....	80
12. Производные метода гипноза	80
Заключение (1965 г.).....	83
Часть III. Двадцать пять лет спустя.....	85
Эксперименты. Эриксон и неоэриксоны.....	85
От неадиссоцианизма к когнитивизму	86
Истоки эмпатического течения: Ференци	87
1937 г., или конец иллюзиям.....	89
Первые признаки возрождения.....	89
Гипноз – предмет междисциплинарных исследований.....	90
Психоаналитические институты – стражи догм	93
Лакан, во имя этики.....	95
Психоанализ за 40 лет; от взлета до кризиса.....	96
Советский Союз – «страна миссии».....	98
Теория и практика: проблема остается нерешенной	100
Нарциссическая обида.....	103
Постфрейдский период.....	104
Содержание	106