**Модуль 1. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями**

**Тема №3.**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с сердечно-сосудистыми психосоматическими заболеваниями (продолжение).

**Вопросы:**

***Теоретические вопросы, подлежащие рассмотрению:***

1. Общие вопросы терапии психосоматических пациентов.
2. Суггестивные техники в психосоматической практике.

***Практическая часть занятия:***

*Экспериментально-психологическое исследование пациента кардиологического профиля:*

1. Проведение экспериментально-психологического исследования больного с использованием следующих методов:

* Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).
* Методика «Тип поведенческой активности» Л.И. Вассермана и Н.В. Гуменюка.
* Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина.
* Шкала Цунга для самооценки депрессии.
* Торонтская алекситимическая шкала.
* Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) В.П. Зайцева (Мини-Мульт).
* Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.
* Рисуночные проективные тесты «Образ себя», «Телесные состояния».

2. Обработка результатов исследования.

***Теоретическая часть занятия:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе и заполненные бланки психологических тестов. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

**Основные понятия темы:** суггестивный метод психокоррекции, прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка экспериментально-психологическое исследование, тип поведенческой активности, реактивная (ситуативная) тревожность, личностная тревожность, алекситимия.

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.

Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 1 к теме 3.**

1. **Общие вопросы терапии психосоматических пациентов**

**Психотерапия определяется как целенаправленная** вербальная или невербальная коммуникация с больным для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Она планируется в рамках теории болезни и лечения и проводится как обучающий и корректирующий метод (Бройтигам и др., 1999). Психотерапия является методом коммуникации, позволяющим изменять миры внутренних символов человека (Кэхеле, 1995).

В психологии часто акцентируют внимание на семи основных источниках эмоционально обусловленных (психосоматических) заболеваний (Радченко, 2002).

Первый источник — это внутренний конфликт, конфликт частей личности, сознательного и бессознательного в человеке, единоборство между которыми приводит к разрушительной «победе» одной из них над другой. Например, при переедании можно выделить две различные части личности, которые формируют разные модели поведения. Часть первая как бы говорит: «Я хочу себя утешить, убаюкать едой, забыть все эти неприятные переживания». Вторая часть «призывает»: «Немедленно прекрати есть, посмотри, на кого ты похожа, во что превратилось твое тело». Обе эти части, как чаши весов, доминируют попеременно, конфликтуя между собой. Задача психотерапии в этом случае состоит в том, чтобы примирить обе части. Подавляя то одну часть, то другую, мы никогда не устраним заболевание.

Вторая причина называется мотивацией, или условной выгодой. Это очень серьезная причина, потому что часто симптом несет условную выгоду для пациента. Например, избавление от мигрени может «открыть глаза» на многие проблемы, которые «мешает видеть» головная боль, и тогда пациент окажется перед необходимостью их решения.

Следующий возможный источник эмоционально обусловленных заболеваний — эффект внушения другим лицом. Известно, что если ребенку в детстве часто повторять «дурочка, дурак, остолоп, жадина» и т. п., то очень часто дети начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному, которое автоматически переходит во взрослую жизнь, даже если потом оно рационально перерабатывается.

Четвертый источник — это «элементы органической речи». Болезнь может быть физическим воплощением фразы. Например, слова «у меня сердце за него болит», «я от этого с ума схожу» могут превратиться в реальные симптомы.

Следующий, пятый источник — идентификация, попытка быть похожим на кого-то, на идеал. Но, постоянно имитируя другого, человек как бы отстраняется от собственного тела. Живя все время в другой «ауре», он в конце концов начинает от этого страдать.

Шестой источник можно назвать самонаказанием. Если человек совершает неблаговидный со своей точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. Например, ребенку внушали, что нужно уважать своих родителей и делать только так, как они считают нужным. Когда он решает поступать по-своему, то совершает неблаговидный поступок с точки зрения его воспитателей, и тогда появляется чувство вины, а вина ищет наказания. Самонаказание — очень распространенная причина многих травм и соматических нарушений.

Последняя, самая серьезная и самая глубокая причина — болезненный, травматический опыт прошлого. Как правило, это психические травмы раннего периода детства.

Еще одной базисной причиной психосоматических заболеваний может быть алекситимия. Чаще других пациентами психотерапевта становятся невротические личности. «Невротиков» отличает от других пациентов выразительная вербализация переживания, способность описывать свои чувства, опасения, страхи, испытываемый дискомфорт и т. д., даже если они кажутся нелогичными, двойственными, малоконструктивными для решения или поиска выхода из состояния. У психосоматических пациентов, напротив, способность выражать свои переживания, конфликтные содержания, ощущения крайне обеднена. Их словарный запас для этих целей так же беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, это социально хорошо адаптированные личности, а симптом алекситимии является ответом на семейный запрет с самого детства выражать себя и свои чувства. На смену возможности чувственно перерабатывать реальность приходит ригидное следование социальным нормам и правилам. Тогда язык органов, болевые ощущения становятся «неудобной» попыткой тела интегрироваться с душой человека.

Обычно люди стремятся к прекращению плохих взаимоотношений. Психосоматический пациент годами может терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Толерантность к неблагоприятным взаимоотношениям и природу психосоматических симптомов можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, злобы. Если обычно озлобленность побуждает людей к прекращению отношений, то психосоматическая личность подавляет злобу и продолжает отношения. Внешне такой человек даже не кажется страдающим, однако психотерапевт может с полной очевидностью убедиться в страдании его тела. Непонятно, почему происходит подавление злобы, но известно, что психосоматические пациенты очень чувствительны к любым проявлениям озлобленности в себе и других (Кочюнас, 2000 ).

Важнейшая задача психолога в беседе с психосоматическим больным — помочь ему выявить, хотя бы частично, скрытую озлобленность. Психотерапевт должен не только помочь пациенту осознать свою озлобленность, но и указать, как она сказывается на поведении. Одни психосоматические пациенты слащавы и приятны, со всем соглашаются, и трудно поверить в их враждебность. Другие не способны почувствовать, да и не чувствуют недоброжелательности вокруг себя. При возникновении хотя бы малейшего спора они отступают. Если не могут устраниться из ситуации, прибегают к рационализации и говорят себе, что спорящие шутят. Иные склонны выражать свою злость, тем не менее, изменяют ее действительный объект.

Беседа с психосоматическим пациентом об озлобленности обычно трудна и далеко не всегда успешна, хотя позволяет показать пациенту, какова его жизненная ситуация, как он подавляет свою враждебность и как это связано с его соматическими симптомами. Психолога должен не только помочь пациенту распознать в себе злобу, но и побуждать его к отреагированию в процессе терапии. Поэтому неудивительно, если в случае успешной работы заменителем действительного объекта враждебности пациента временно становится психолог.

Еще одна существенная причина трудности консультирования психосоматической личности состоит в ее «эмоциональной безграмотности», неспособности вербализовать свои внутренние переживания, нехватке символического мышления. Черты алекситимической (психосоматической) личности служат серьезным препятствием в консультировании и психотерапии. Больше всего психолога фрустрирует отказ этих пациентов связывать свои соматические жалобы с конфликтами в эмоциональной сфере, хотя часто психологический контекст жалоб очевиден. Очень трудно помочь человеку психологическими методами, когда он свои эмоциональные проблемы понимает как соматические. Такой пациент говорит о разнообразных болях, много молчит, не проявляет никакой мотивации к сотрудничеству, явно ориентирован на медикаментозное лечение, постоянно принуждает психолога к инициативе. Монотонный, эмоционально бесцветный стиль пациента вызывает у психотерапевта раздражение, потому что он чувствует себя загнанным в угол. Попытка активно вовлечь пациента в эмоциональные отношения только увеличивает у того тревожность из-за неумения вербализовать чувства. Соответствующий всплеск физиологических реакций позволяет пациенту еще больше жаловаться на соматическое недомогание.

Если пациент — яркий алекситимик, следует применять техники, направленные не на конфронтацию, а на поддержку. Пациента также следует подготавливать к вербализации своих переживаний. Для этого можно использовать примеры эмоциональных слов и фантазий, анализ различных эмоциональных ситуаций, перевод умозаключений пациента на дифференцированный язык эмоций. Хотя такая подготовка далеко не во всех случаях бывает эффективной, она в определенной степени помогает осознать эмоциональные проблемы и вербализовать их.

Таким образом, специфичность психосоматозов состоит в том, что душевное неблагополучие как первопричина серьезного физического недуга в этих случаях скрыто, замаскировано для самого больного. Поэтому психологическая коррекция неосознаваемой душевной причины телесного страдания требует от специалиста-психотерапевта и психолога особого подхода, модификации традиционной психотерапевтической помощи. Поскольку соматизация психологического конфликта связана с работой механизма психологической защиты, с вытеснением из сознания, подавлением истинных, психологических по своей природе, причин заболевания, то пациенты не просто не понимают психогенную природу своей болезни, но и вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). В связи с этим возникает необходимость теоретического осмысления принципов и стратегий, освоения новых форм и технологий психокоррекционной и реабилитационной работы с психосоматическими больными.

Стало общепризнанным требование учета личностных особенностей больного. Однако на деле требование это остается больше теоретическим признанием, чем конкретно проводимым в клиническую практику принципом. Как правило, врачи не включают в изучение больного анализ структуры его личности, особенности его реагирования ни в целях клинико-диагностических, ни при составлении индивидуального плана терапевтических мероприятий.

Для выбора тактики психотерапии и удобства анализа предлагается делить пациентов на пять групп (Мацанов, 2000):

1. Больные *циклотимного* склада оптимистичны и доброжелательны, легко вступают в контакт и верят в хорошую перспективу лечения. Влюбленные в жизнь, они нередко долго отказываются от обследования и лечения, преуменьшают серьезность заболевания. Этот отказ идет не от глубокого внутреннего страха, как это иногда бывает, а от недооценки опасности заболевания: «Ерунда! Эта болезнь хорошо лечится, да и медицина у нас на уровне!» В разговоре с такими больными можно не бояться даже преувеличивать опасность заболевания, не опасаясь ятрогении.

2. Больные *эпитимного* склада угрюмы и раздражительны до злобности, с прямолинейными, лишенными сомнений суждениями; они требуют четкой формулировки диагноза и перспективы лечения, сами рекомендуют врачу «вырезать все радикально». Любое сомнение для таких больных мучительно, и, подчиняясь внутреннему сопротивлению этому состоянию, они сами создают гипотезу, тенденциозно укрепляя ее фактами и превращая в теорию происхождения своего заболевания. Они могут подробно объяснить, «что и как у них произошло». С такими больными надо говорить четко и уверенно, по возможности показывая анализы и рентгенограммы. Два-три слова, даже не понятных больному, но проникнутых оптимистической безапелляционностью, действуют при этом весьма убедительно.

3. Больные *ювенильного* склада возбудимы и очень внушаемы, склонны бурно и многословно преувеличивать свои переживания. Плачут, громко рассказывают о себе, о положении дома, на работе в связи с болезнью, значительно преувеличивая значение собственной персоны. Склонные к яркому фантазированию, они рисуют страшные картины, видя себя то мучениками, то героями, вовлекая окружающих в свои фантазии и обращая на себя внимание. Такие больные тоже имеют свое представление о болезни, в которой разобрались «лучше всякого профессора». Следует отметить, что переживания у больных с ювенильным складом личности весьма нестойки. Внимание их легко переключается на другой предмет, и тогда они успокаиваются. Но вот снова яркие картины «ужасного будущего», и снова слезы и жалобы. Спокойный, доброжелательный, ласковый разговор врача их сравнительно легко успокаивает.

4. Больные *астенического* склада — застенчивые и робкие, обидчивые и честолюбивые, с вегетативной неустойчивостью, они легко краснеют, не любят быть в центре внимания, в отличие от больных ювенильного склада, постоянно требующих к себе особого внимания. Заболевание свое и его перспективы воспринимают как судьбу: «руки опускаются», теряются, не знают, куда идти, к кому обращаться, кого слушать. Добросовестные и пунктуальные, они не склонны детально размышлять о заболевании, аккуратно выполняют все назначения врача и легко успокаиваются от уверенного тона, доброжелательной и доверительной беседы «по душам».

5. Больные *психастенического* склада — мрачные, неловкие, во всем сомневаются, видят только плохие перспективы, «весь мир в черных красках». Склонны преувеличивать опасность даже там, где ее можно не ждать. Боятся всего неясного, неизвестного. Переживания исключительно тягостны, эмоционально и мысленно насыщенны. Отсутствие четких определений и ясной перспективы в начальный период болезни нередко приводит таких больных к мысли о самоубийстве. Они угрюмы, всем недовольны, трудны в коллективе. Их мучают сомнения. Тяжелые мысли лишают их сна, аппетита. Они замыкаются в себе, прислушиваются только к своим ощущениям. Дружеская беседа, уверенный тон и ободряющие разъяснения успокаивают их ненадолго. Снова и снова возникают новые мысли, новые сомнения, новые переживания. В работе с психосоматическими больными используются все известные психотерапевтические подходы. Однако выбор конкретного психотерапевтического метода и частных методик зависит от ряда факторов — клинической картины заболевания, личностных особенностей пациента, времени, которое планируется потратить на психотерапию, компетенции психотерапевта (владение определенными психотерапевтическими подходами).

Применяемые в психосоматической медицине методы психотерапии можно разбить на две группы: глубинно-психологические методы и методы, ориентированные на симптом и модификацию поведения. На практике они могут комбинироваться.

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и ее отношений с окружающим миром. Важно иметь в виду, что устранение симптомов не является первичной целью глубинно-психологических методов терапии — симптомы ослабевают и исчезают по мере того, как достигаются названные выше цели. К этой группе относится психоанализ, различные направления психодинамической психотерапии, экзистенциально-гуманистические методы (гештальт-терапия, психодрама и др.). Необходимыми условиями применения этих подходов являются способность пациента к саморефлексии и наличие достаточного времени для проведения курса психотерапии. Используются как индивидуальные, так и групповые формы глубинно-психологической терапии Методы, направленные на раскрытие симптоматики, не применяют в острой стадии заболевания, т. к. это может привести к утяжелению состояния. Классический психоаналитический метод имеет ограниченную применимость в психосоматической практике в связи со слабостью Я психосоматических пациентов и их низкой толерантности к фрустрации.

К методам, ориентированным на симптом и модификацию поведения, можно отнести когнитивно-поведенческую психотерапию, а также гипнотерапию и другие суггестивные и аутосуггестивные методы.

Кроме того, при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама).

Психологическая работа, направленная на коррекцию психосоматических нарушений и, прежде всего, алекситимических черт, может быть представлена в виде трех последовательных ступеней: релаксация и дидактическая направленность; опора на невербальные способы общения; «внутренний диалог». Релаксация является основой для использования всех приемов преодоления алекситимии. Дидактическая направленность имеет своей целью фиксацию пациента на сиюминутных переживаниях ситуации «здесь и теперь». Опора на невербальные способы общения предполагает широкое использование психогимнастических и психопантомимических приемов и методик, которые способствуют снятию напряжения и спонтанному выражению эмоций на невербальном уровне.

Различные невербальные техники создают основу, своего рода «банк переживаний», который в дальнейшем используется для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний (как собственных, так и других людей) и их адекватной вербализации. Для развития внутреннего диалога, который также способствует погружению пациента в мир собственных эмоций, могут быть использованы самые различные приемы, в том числе заимствованные в гештальт-терапии:

**1. Установление психологического контракта**

Выяснение концепции болезни пациента и его представлений о собственной способности влиять на симптомы.

Беседа (в форме рациональной психотерапии) о психологических факторах риска болезни и сути психологического лечения: доступное, метафорическое объяснение патогенеза заболевания пациента, влияния психического состояния на возникновение симптоматики, а также саногенных возможностях образного мышления.

Установление психологического контракта: выяснение целей пациента и в случае готовности пациента — обсуждение проблемы болезни в мировоззренческом аспекте.

**2. Психокоррекционная работа**

Выяснение образного представления симптома, болезни (в случае трудностей образного моделирования — упражнения по формированию нейтральных образов).

Выяснение образного представления желаемого состояния, результата терапии.

Экологическая проверка: выяснение ограничивающих факторов, обстоятельств, делающих выздоровление, исчезновение симптома нежелательным (проработка условной желательности болезни).

Проработка вариантов перехода от нынешнего состояния к желаемому, выбор оптимального образного представления процесса выздоровления (здесь используются техники НЛП по работе с субмодальностями, с линией жизни пациента и т. п.).

Обучение пациента релаксации. Самостоятельная работа пациента по саногенной визуализации.

Обратная связь: контроль визуализации пациента через несколько дней с целью коррекции (использование самоотчета или рисунков).

**\* \* \***

На первом этапе возможно использование следующих психодиагностических методик: шкала социальной адаптации Холмса и Рея; определение психологического типа по Кейрси; определение уровня алекситимии; тест на интенсивность соматических жалоб; тест Розенцвейга; тест на доминирующую стратегию психологической защиты и др.

Психологическая проработка основных психологических патогенных личностных конфликтов (методы интегративной психотерапии и психокоррекции) проводится только при готовности и личном запросе пациента.

В беседе с психосоматическим больным психолог нередко наталкивается на жесткое сопротивление попыткам тщательного уточнения истории жизни и болезни. Это объясняется несколькими причинами:

1.Затверженная, «выученная» соматическая интерпретация болезни. Ведущая роль соматических причин не только более приемлема для пациента, но и глубоко укоренена в общественном сознании под воздействием медицинских установок. «Болезнь заключается только в органическом поражении» — так звучит лейтмотив одной из психиатрических школ.

2. Психическая болезнь привносит чувство ответственности перед самим собой, иногда стигматизацию, соматическая болезнь — наоборот, чувство облегчения. Многие больные испытывают такое чувство, когда узнают об органической природе их заболевания, хотя нередко это означает более тяжелый прогноз. Предполагается целенаправленная помощь, которую окажет врач, а собственные переживания и поведение больного не принимаются во внимание, больному не дают никаких рекомендаций вроде: «Вы должны изменить свой стиль жизни».

3. Можно представить себе психосоматическую болезнь как особую форму изживания душевного конфликта, которая с раннего детства замещает собой другое, возможно речевое, изживание конфликта. Если при групповой терапии психосоматические больные находятся вместе с невротиками, то обращают на себя внимание серьезные затруднения, возникающие у психосоматических больных. Они неохотно раскрывают свои чувства, кажутся отчужденными, у них слабо развита фантазия. Такие больные нечетко осознают свои чувства, опасения, желания и едва ли в состоянии описать их словами. При критических состояниях словесные реакции у них замещаются действиями: больные ажитированы, убегают, нападают, избегают реальных оценок ситуации, ссылаются на какие-то внешние обстоятельства, на мнения и поведение других людей, оправдывая этим свое поведение. Можно говорить об «эмоциональной безграмотности» психосоматических больных, их эмоциональной необразованности. Психосоматический больной говорит и оперирует «телесными» формулировками, проявляет себя соматической ажитацией, языком органного психосоматического симптомообразования. Такая «эмоциональная безграмотность» имеет довольно длинную историю, она может уходить корнями в раннее детство или иметь наследственное происхождение.

**2. Суггестивные техники в психосоматической практике.**

Суггестивная терапия (от лат. *suggestio* — внушение) — форма психотерапии, в которой устранение телесных и психических нарушений достигается за счет применения внушения. При этом оказывается целенаправленное влияние на функциональные нарушения, вегетативные нарушения, состояния напряжения, а также телесные недуги (например, боль). Суть терапии состоит в том, что пациенту передают в форме устного сообщения правильные установки. Суггестивные формулировки описывают состояние, которое должно быть достигнуто, при этом они должны даваться только в позитивной форме — не допускается использование отрицательных языковых конструкций (Кондрашенко и др., 2001).

К суггестивной терапии относятся гипноз, внушение и аутотренинг.

**Гипноз** — это особое состояние сознания, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия, отличающееся как от сна, так и от бодрствования и сопровождающееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды.

Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время нет. Существуют отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления.

По И. П. Павлову, гипноз — это частичный сон. Он представляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий, «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность «раппорта» между гипнотизируемым и гипнотизером.

По Фрейду, гипноз — это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям (например, сына к отцу). Этот феномен перенесения и создает, по мнению Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому. Гипнотические взаимоотношения, по Фрейду, имеют эротическую основу.

Помимо физиологической теории И. П. Павлова и психоаналитической теории Фрейда, являющихся, по существу, антиподами, существует большое количество концепций, пытающихся объяснить природу гипноза.

**Внушение** — это различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетативных функций организма.

Следует отличать убеждение и внушение как психологические категории и гипноз как особое состояние высших отделов центральной нервной системы. Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при внушении воспринимается без должной критической обработки.

В то же время внушение является одним из методов психотерапевтического лечения. Врач, пользующийся авторитетом и доверием у больных, обстановка и процесс психотерапевтического лечения сами по себе, безотчетно или сознательно, оказывают на больных суггестивное воздействие.

Различают *гетеросуггестию* — внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестию* — самовнушение. Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют *реальным,* вызванное же с помощью слов — *вербальным.*

Внушение, реализуемое непосредственно через слово врача, определяют как *прямое.* Больной обычно может установить связь между произведенным прямым внушением и вызванным им действием, то есть источник поступления информации им осознается. При *косвенном* внушении врач прибегает к помощи добавочного (промежуточного) раздражителя, с которым больной, как правило, и связывает полученный лечебный эффект.

Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии, в гипнозе, а также в состоянии неглубокого естественного и наркотического сна.

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено, что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т. д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенно эффективен этот метод лечения у детей и у лиц с повышенной внушаемостью.

Существует несколько вариантов техники **внушения наяву.**

*Вариант 1.* После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим сомнения тоном повторяет несколько раз: «Вы безразличны к алкоголю, вы будете отказываться от алкоголя везде, где бы вам его ни предлагали». У наиболее внушаемых пациентов можно выработать тошнотно-рвотную реакцию на вид и запах алкоголя.

*Вариант 2.* Пациент усаживается поудобнее на стул или в кресло. Врач становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает: «Закройте глаза!» Затем кладет пальцы своих рук на виски больного и, слегка сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3—4 раза подряд с интервалом в несколько секунд произносит формулу внушения: «Вы спокойны, сердце ваше совершенно здорово. Здорово!» В интервалах между фразами нужно несколько уменьшить сдавливание висков. Можно положить руку на область пищевода и несколько раз повелительным тоном повторить: «Пища по пищеводу будет проходить легко и свободно».

Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, но обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной.

*Вариант 3.* Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение. Иногда рекомендуется предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. «Вы не спите, вам совершенно не хочется спать, но вы не оказываете сопротивления, вы полностью подчиняетесь мне, и все будет так, как я вам говорю...» Далее следует внушение, которое можно расценивать как вариант гипносуггестии.

**Внушение в состоянии естественного сна.** В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомногенных систем головного мозга. Доказано наличие в мозге не только активных механизмов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. Выделяют несколько стадий сна: переход от релаксации к дремоте, дремота, поверхностный сон, сон средней глубины и глубокий сон.

В связи с различной глубиной сна могут возникнуть различные фазовые состояния: уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная и наркотическая фазы сна. Фазовые состояния во время сна обусловливают избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых можно поддерживать контакт с внешним миром.

Раппорт со спящим человеком можно установить с помощью речи. При этом верификация внушаемой информации в силу изолированности сигналов бывает очень низкой, а эффект внушения высоким. Не обязательно добиваться, чтобы пациент запомнил информацию, вводимую во время сна. Наоборот, внушение более действенно, если сказанное во время внушения после пробуждения подвергается амнезии.

В практике наиболее часто применяются следующие варианты внушения в состоянии естественного сна.

*Вариант 1.* Больного переводят из состояния сна в просо-ночное, налаживают с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется, ему предлагают пошевелить рукой, ногой. Убедившись, что речевой контакт установлен, проводят лечебное внушение.

*Вариант 2.* С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения. Им говорят, что ночью они будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (например, счет до десяти) и слова внушения. Текст внушения записывают на ленту магнитофона и предварительно дают прослушать (весь или только начало) пациентам в бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или посредством магнитофонной записи, которая включается и выключается автоматически или медицинским персоналом. Текст внушения может быть унифицирован (при однородном контингенте больных) или, наоборот, индивидуализирован. Чаще этот метод применяется при коллективных сеансах терапии.

Наиболее широкое применение данный метод нашел при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Используется также для коррекции девиантных форм поведения, при

ночном энурезе. У взрослых применим при различных формах неврозов и хроническом алкоголизме.

**Гипносуггестия.** Наиболее широкое распространение как у нас в стране, так и за рубежом нашел *метод внушения в гипнозе.* В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а следовательно, повышается внушаемость.

Основным условием для осуществления метода внушения в гипнозе является умение врача вызвать состояние гипноза и уже на его фоне провести лечебное внушение. Весь процесс лечения можно условно разделить на несколько периодов (этапов): подготовительный, гипнотизации, лечебного внушения в состоянии гипноза, дегипнотизации с постгипнотическим внушением.

Лечение следует начинать только тогда, когда для этого созданы соответствующие условия.

Важным этапом подготовительного периода *является предварительная беседа с пациентом.* Прежде всего нужно выяснить отношение больного к лечению гипнозом. Если больной по каким-то причинам боится гипноза и не хочет ему подвергаться, то спешить с гипнотизацией не следует. Гипнологи знают, что существует так называемый *антисуггестивный барьер.* Чем он выраженнее, тем меньше внушаемость.

*Пробы на внушаемость.* Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (приемы, тесты) на внушаемость: внушение невозможности разжать кисти рук, сомкнутых в «замок»; внушение несуществующих запахов при предъявлении больному трех чистых пробирок; внушение падения вперед или назад после того, как терапевт уберет руку от лба или затылка пациента; проба с маятником (пациенту внушают, что груз на нитке, которую он держит в руке, раскачивается сам собой), и другие.

3.2.1. Методы и техника гипнотизирования

В лечебной практике обычно применяют две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы (сюда относится и вербальный метод) и шоковые методы, при которых гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света, фарадический ток и др.) в сочетании с категорическим приказом: «Спать!»

На основании этих двух методов разработано множество вариантов техники гипнотизации. На их основе была разработана методика гипнотерапии (Михайлов и др., 2002). Методика предусматривает 16 последовательных этапов погружения в состояние гипнотического сна, лечебного внушения и дегипнотизации:

1. *Установка на удобную позу:* «Ложитесь (садитесь)... Примите удобную позу... Итак, принятое положение тела удобно. Закрывайте глаза. Успокаивайтесь. Находитесь в состоянии покоя и отдыха».

2. *Адресация внушений к кинестетическому анализатору:* «Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Все тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют ваши веки. Веки тяжелеют все больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись. Начинают расслабляться мышцы вашего тела. Расслабляется лоб. Расслабляются щеки. Чувствуете мышцы нижней челюсти. Полностью расслабились мышцы лица. Ваше лицо расслабилось. Расслабление переходит на мышцы шеи. Расслабляются мышцы груди. Расслабляются мышцы живота. Расслабляются мышцы спины. Расслабились мышцы туловища. Начинают расслабляться руки. Расслабились плечи. Расслабились предплечья. Расслабились кисти рук. Начинают расслабляться ноги. Расслабились бедра. Расслабились голени. Расслабились стопы. Полностью расслабились мышцы вашего тела».

3. *Интероцептивное расслабление:* «Начинают расслабляться внутренние органы. Вы ощущаете расслабление внутри головы, внутри груди, внутри живота. Расслабляется каждый нерв. Расслабляется каждая нервная клетка. Все расслабилось в вашей голове. Нет никакого напряжения». *Адресация внушений к дыхательному аппарату:* «Ваше дыхание стало ровным, спокойным, ритмичным». *Адресация внушений к сердечно-сосудистой системе:* «С каждым вдохом ваше сердце бьется все спокойнее, ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему вашему телу».

4. *Отключение от окружающего:* «Окружающие звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от вас... отдаляются все дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете посторонние раздражители... Они перестают доходить до вашего сознания... Отключаетесь от происходящего вокруг. Вы отключились от окружающего. Окружающие звуки, шорохи, разговоры как бы удалились от вас. Они ушли от вас далеко-далеко. Вы не воспринимаете посторонние раздражители. Они не доходят до вашего сознания». *Успокоение и отключение от личностных переживаний и ощущений:* «Вы постепенно успокаиваетесь... успокаиваетесь... переходите в состояние отдыха и покоя.... Успокаивается каждая клеточка вашего организма... Успокаивается каждая частичка вашего организма... Успокаивается вся ваша нервная система... По мере успокоения нервной системы успокаиваются все внутренние органы... Все тревоги, заботы, волнения рассеиваются... уходят».

5. *Адресация внушений ко второй сигнальной системе:* «Течение мыслей в голове пассивно следует внушениям. Ни на чем постороннем не фиксируется... Вас покинули все тревоги, огорчения, заботы... Все, что раньше волновало и угнетало вас, ушло и сейчас не имеет никакого значения... Вам спокойно, хорошо».

6. *Фиксация покоя:* «Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Отдыхаете... Отдыхает нервная система, отдыхают все внутренние органы... Ничто вас не волнует, не нарушает вашего сосредоточения и покоя... ни душевного, ни телесного... Все, что прежде беспокоило вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас чувство внутреннего покоя и полного умиротворения. Чувство спокойствия нарастает. Успокаивается каждый нерв. Успокаивается каждая нервная клетка. Успокаивается нервная система. Все ваши волнения рассеиваются. Спокойствие все больше и больше выражено. Вы чувствуете, как ваше тело наполняется приятным спокойствием. Ничто не волнует вас. Ничто не нарушает вашего покоя, ни телесного, ни душевного».

7. *Перевод покоя в дремоту:* «Мышцы туловища, рук, ног расслаблены. В них нет ни малейшего напряжения. Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться. Вы спокойны. Ваше спокойствие сочетается с ощущением сонливости, дремоты. Это состояние вам приятно... Постепенно вы погружаетесь в дремотное состояние... Приятная дремота овладевает всем вашим телом... Никакие посторонние звуки не доходят до вашего сознания. Никакие ощущения со стороны внутренних органов больше не воспринимаются. Вы приятно и спокойно отдыхаете... Ни о чем не думаете... Сонливость усиливается с каждым моим словом... Отдыхаете... Вы слышите только мой голос. Дремотное состояние все больше выражено. Ваше дыхание стало спокойным, глубоким, ритмичным. Вам дышится легко. Ваше сердце сокращается спокойно, ритмично, автоматически. Вы не чувствуете своего сердца, как не чувствует сердца каждый здоровый человек».

8. *Формирование раппорта:* «Окружающие звуки, шумы отошли далеко... Вы уже не воспринимаете их... Ничего не слышите, кроме голоса врача... Он действует на вас успокаивающе... На вас действует только мой голос. Мои внушения действуют на вас успокаивающе. Вы отключились от окружающего и воспринимаете только мой голос».

9. *Перевод дремоты в гипнотическое состояние:* «Вы все глубже погружаетесь в дремоту. Дремать надо, это полезное для вас состояние. Это особое состояние нервной системы. Вы слышите то, что я говорю. Все будете помнить. Однако это не обычная беседа. Вы находитесь в гипнотическом состоянии. Это полезное для вас состояние».

10. *Потенцирование гипнотического состояния:* «Глубина гипнотического состояния нарастает. Гипноз — это особое состояние нервной системы. Во время гипноза восстанавливается нормальная деятельность каждой клетки вашего тела, каждого органа, каждой системы. Сейчас организм приходит в оптимальное для него состояние. Нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы работают нормально. Из гипнотического состояния вы выходите иными. Вы будете чувствовать себя отдохнувшими, здоровыми, обновленными. Гипноз — это не беседа и не сон. Гипноз — это особое состояние организма, при котором слова врача оказывают исключительно сильное лечебное воздействие. Сейчас вы почувствуете, как под влиянием моих внушений у вас появятся непроизвольные движения, выполняемые без вашего участия» (внушаются движения, которые выполнялись при проведении проб на внушаемость).

11. *Внушение общетерапевтического действия:* «Во время гипноза наступает внутреннее расслабление. Расслабляются все мышцы внутренних органов. Вы ощущаете приятное расслабление в голове, приятное расслабление в груди, приятное расслабление в брюшной полости. Это расслабление выражено больше и больше. Все больше расслабляются гладкие мышцы внутренних стенок кровеносных сосудов. Расслабляются полностью все кровеносные сосуды. Проходят спазмы кровеносных сосудов. Кровеносные сосуды всего тела расширяются. Ваше тело от этого начинает тяжелеть. Тяжелеют руки. Тяжелеют ноги. Чувствуете, как ваше тело становится тяжелым. Появляется ощущение, что ваше тело тяжелое и массивное. Это полезное изменение. Появляется приятная тяжесть в голове. Это также полезное ощущение. Расширяются кровеносные сосуды головы. Расширяются кровеносные сосуды головного мозга. От расширения кровеносных сосудов снижается повышенное артериальное давление. Артериальное давление снижается до нормального для вашего организма уровня. Тяжесть во всем организме нарастает. Голова все глубже уходит в подушку. Ноги тяжелые, стопудовые. Сердце работает спокойно, ритмично. Вы чувствуете себя спокойно. Вы входите в более глубокое гипнотическое состояние. Вы начинаете ощущать приятное тепло в области сердца. Вы чувствуете, как сердце прогревается теплом. Расширяются кровеносные сосуды сердечной мышцы. Улучшается кровоснабжение сердечной мышцы. Укрепляется сердечная мышца. Сердце работает спокойно. Каждое мышечное волоконце сердца получает все больше и больше кислорода и питательных веществ. Тепло в области сердца, расширение его сосудов оказывают исключительно благоприятное действие. Это повышает силу, выносливость, работоспособность сердца, оказывает хорошее профилактическое действие. Вы начинаете чувствовать, как во всем теле, наряду с тяжестью, появляется ощущение тепла. Руки теплые и тяжелые, ноги теплые и тяжелые. Все ваше тело теплое и тяжелое. Сейчас каждая клеточка вашего тела становится здоровее. Каждая клеточка вашего тела накапливает сейчас запас энергии. Улучшение состояния каждой клеточки приводит как бы к обновлению вашего организма».

12. *Суггестия чувства комфорта:* «Сейчас вы чувствуете себя хорошо. Вы спокойны. Ваше дыхание свободное, спокойное, автоматическое. Ритмичность вашего дыхания сейчас осуществляется автоматически. Под влиянием гипноза автоматическая регуляция дыхания становится более совершенной. Ваше сердце также работает спокойно, ритмично, автоматически. Под влиянием гипноза более совершенной становится автоматическая регуляция артериального давления. С каждым сеансом гипноза автоматическая регуляция артериального давления в вашем организме становится более и более совершенной. Так же улучшается автоматическая регуляция деятельности других систем: пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной. От этого у вас возникает чувство комфорта во всем теле. Это ощущение комфорта сохранится у вас после выхода из сеанса. С каждым сеансом чувство комфорта в теле будет ощущаться вами все более явно. Это чувство комфорта вызвано тем, что под влиянием гипноза все системы вашего организма, все органы и даже каждая клеточка функционируют оптимально. Саморегуляция деятельности вашего организма становится совершенной. Все реакции приходят в норму».

13. *Закрепление спокойствия:* «Вы чувствуете себя сейчас совершенно спокойно. Успокоилась нервная система, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и другие системы. Это спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашем организме. С каждым сеансом спокойствие будет все больше и больше выражено. Спокойствие закрепляется в вашей нервной системе. Вы спокойнее реагируете на то, что раньше вас затрагивало. Спокойствие становится непоколебимым. Спокойствие становится основной чертой вашего характера. Все внушения закрепляются в вашей нервной системе».

14. *Лечебные внушения.* Они строятся с учетом особенностей личности больного, специфики симптоматики, характера течения заболевания. Формулы суггестии должны быть краткими, конкретными. Например: «Вы свободны от курения» или «Вы с каждым сеансом все больше спокойны».

15. *Пролонгирование лечебного действия гипноза:* «Под влиянием моих внушений в вашем организме произошли целебные изменения. С каждым сеансом лечебный результат гипноза нарастает. Лечебный результат гипноза будет нарастать». 16. *Дегипнотизация:* «Вы хорошо отдохнули... Оздоровился весь ваш организм... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда вы придете на следующее занятие, и я предложу вам закрыть глаза, вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние звуки исчезнут. Вы будете слышать только мой голос... С каждым занятием состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться. С каждым днем ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше. Сейчас вы начинаете выходить из гипнотического состояния. Проходит тяжесть в вашем теле. Появляются приятная легкость, бодрость. Голова становится свежей и легкой. Руки стали легкими. Ноги легкие. Все ваше тело легкое. Спокойствие остается. Остается ощущение приятного тепла в области сердца. Во всем теле ощущение комфорта. Вы выходите из гипноза, чувствуете себя отдохнувшими, спокойными, здоровыми. У вас хорошее настроение. Вам приятно. Выходите из гипноза. Я начинаю считать. Со счетом «три» вы свободно, спокойно откроете глаза и будете чувствовать себя хорошо. Сегодня вечером вы быстро заснете и ночью будете спать крепким и глубоким сном. Считаю: «один» — вы выходите из гипноза. Вы спокойны. «Два» — вы хорошо отдохнули. «Три» — ваши глаза свободно открываются. Вам приятно, хорошо. Голова свежая, легкая. Ощущение такое, как будто бы вы несколько часов находились в состоянии глубокого крепкого сна».

**Лечебное внушение в гипнозе**

Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда прямо зависит от глубины гипнотического транса. Многие гипнологи считают, что, для того чтобы получить хороший психотерапевтический эффект, нужно обязательно добиться сомнамбулического состояния. Действительно, в сомнамбулической фазе гипноза внушение реализуется легко, а полученный лечебный эффект в последующем удерживается достаточно стойко. Но опыт показывает, что такой же, а иногда и лучший лечебный эффект дает внушение в фазе сонливости или даже в легкой фазе «покоя-отдыха». Кроме того, внушение в начальной стадии гипноза тренирует гипнабельность больного и увеличивает глубину гипноза от сеанса к сеансу. Поэтому лечебное внушение можно и нужно начинать уже в самых первых и легких стадиях гипноза.

Для начинающих специалистов особенно важным является вопрос о содержании лечебного внушения.

Различают *общие* и *специальные* внушения.

К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить уже нельзя.

Оптимальной при гипносуггестивной терапии до сих пор считается тактика Токарского (1890), который рекомендовал начинать внушение со снятия наиболее легко устранимых симптомов и, только получив положительный эффект, переходить к более устойчивым, тесно связанным с существом болезни патологическим явлениям. Постепенность обычно лучше обеспечивает прочность достигнутых результатов.

На первом сеансе пациенту внушают надежду на выздоровление, убеждают его в том, что лечению гипнозом он поддается хорошо. В последующем в формулу внушения вводят слова, поддерживающие и углубляющие успехи, достигнутые на предыдущих сеансах.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть одинаковых «формул внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Вырабатывая каждый раз новую формулу лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его личности, характера заболевания, этапа лечения и т. д.

**Дегипнотизация**

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. Рекомендуются следующие этапы дегипнотизации:

• закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;

• внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;

• отключение пациента от привязанности к гипнотерапии.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения. Например: «Появилась уверенность в выздоровлении. Вы стали спокойнее. Сон улучшился. Боли в сердце уменьшились. Болезнь уходит на задний план». После этого проводится дегипнотизация: «После сеанса вы будете чувствовать себя бодрым и вместе с тем спокойным, уравновешенным. Когда проснетесь, не будет никаких неприятных ощущений. Настроение и самочувствие будут прекрасными. Ночью вы будете спать глубоким, спокойным сном, а утром проснетесь полным сил и уверенности в своем выздоровлении. На следующем сеансе вы уснете еще быстрее и еще более глубоко. С каждым сеансом вы будете засыпать все быстрее и глубже, а мои внушения будут действовать на вас все сильнее и сильнее.

Ко мне вы будете относиться только как к лечащему врачу. Никаких других чувств, кроме уважения и полного доверия, у вас не возникнет. А сейчас на счет «пять» вы проснетесь. Раз... Вы начинаете просыпаться, тяжесть в мышцах исчезает, возвращается активность. Два... Мышцы ваши несколько напрягаются, вы начинаете хорошо различать посторонние звуки. Дремота становится все легче, все поверхностнее. Три... Возвращается легкость, желание двигаться. Вы просыпаетесь. После сеанса будете чувствовать себя бодрым, уравновешенным. Ночью будете спать хорошо. Четыре... пять. Глаза открылись. Вы проснулись».

**Осложнения при гипнотизации**

Следует различать осложнения, вызванные гипнозом, и осложнения, возникающие в результате внушений в состоянии гипноза.

При правильном проведении гипнотизации гипноз сам по себе совершенно безвреден. Тем не менее осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются. Остановимся на некоторых из них.

• Утрата раппорта во время сеанса.

• Спонтанный катарсис.

• Истерический гипноид.

• Спонтанный сомнамбулизм.

• Гипнотическая летаргия.

**Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии**

Прямым показанием к применению внушения в гипнозе является истерический невроз. Особенно благотворно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, амнезиях, заикании и т. д. Детям при наличии истерических проекций и «рентных» установок, склонности к конфабуляциям и гипно-логическим галлюцинациям гипносуггестивная психотерапия противопоказана. Вместе с тем этот вид лечения показан при психогенном мутизме, невротическом заикании, респираторных тиках, выкриках, истерических расстройствах в виде амавроза, анестезии, парезов и параличей. Показана гипно-суггестия детям при аллергических иммунных нарушениях, ночном энурезе. Следует отметить, что хороший терапевтический результат при лечении ночного энуреза внушением в гипнозе отмечается не только у детей, но в еще большей степени — у пациентов в подростковом возрасте.

Показана гипносуггестивная терапия при нарушениях сна, неврастении. Невроз навязчивых состояний и различного рода фобии лучше снимаются при групповой психотерапии и классическом психоанализе. Но иногда и здесь удается добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, фиксированность на навязчивых состояниях.

Гипносуггестия показана в борьбе с вредными привычками у детей (кусание ногтей, гримасничанье, онанизм) и как метод коррекции девиантных форм поведения у подростков (правонарушения, суициды, сексуальные девиации и т. д.).

Целесообразно применение гипносуггестивной терапии при психогенных депрессиях. Иногда хорошие результаты, особенно в сочетании с другими методами лечения, гипносуггестия дает при лечении сексуальных неврозов, в т. ч. при половой неудовлетворенности, виргогамии и вагинизме у женщин. Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменорее, меноррагии, нарушении лактации, токсических рвотах у беременных.

Постоянно расширяется круг показаний гипносуггестив-ной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с хорошим эффектом применяется при начальных формах гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при различного рода аллергических состояниях. Хорошо снимаются внушением в гипнозе некоторые формы нарушения сердечного ритма, тревога и депрессия у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Показана гипносуггестивная терапия при наркоманиях, алкоголизме и табакокурении.

Показанием для гипносуггестивной психотерапии являются многие заболевания кожи: экзема, псориаз, красный плоский лишай, узловатая эритема, бородавки, кожный зуд.

Широкие возможности внушение в гипнозе открывает для хирургии, анестезиологии, стоматологии. У нас в стране и за рубежом под анестезией, вызванной внушением в состоянии гипноза, проводятся достаточно сложные хирургические операции.

Широкое применение гипносуггестивная терапия нашла при лечении обширных ожогов. С одной стороны, внушенная анестезия позволяет уменьшить страдания обожженных и дает возможность обрабатывать раны при смене повязок, с другой — под гипнозом можно внушить улучшение аппетита, снять депрессию, что очень важно для выздоровления ожоговых больных (Chertok, 1972).

**Противопоказанием** для гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрении с бредом отношения или физического воздействия, с синдромом психического автоматизма (синдром Кандинского — Клерамбо). Противопоказано лечение гипнозом лиц с выраженной дебильностью, а также больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки. К числу противопоказаний следует отнести болезненные состояния, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой, нарушением сознания (сопор, кома).

Не следует применять гипносуггестию у больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза могут появиться нежелательные вегетативно-сосудистые реакции, связанные с волнением перед сеансом.

Не рекомендуется использовать внушение в гипнозе как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (флегмоноз-ный аппендицит, внематочная беременность и т. д.).

Лечение гипнозом противопоказано истерическим личностям с гипоманическими установками. Среди них часто встречаются больные с осложнениями типа истерического гипноида или психопатические личности с сексуальными девиациями и перверсиями.

**Самовнушение**

Самовнушение, так же как и внушение, категория психологическая. Сюда в определенном смысле можно отнести и такие понятия, как самовоспитание, саморегуляция, самовоздействие и т. п.

Самовнушение может быть непроизвольным и произвольным. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд. Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении. Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма.

Самовнушение, так же как и внушение, возможно в бодрствующем состоянии (метод Куэ) или в состоянии аутогипно-тического транса (метод Шульца).

Следует отметить, что сам Шульц рассматривал разработанный им метод аутогенной тренировки как самовнушение, проводимое в состоянии саморасслабления, как «концентрированное саморасслабление» (Кондрашенко и др., 2001).

В настоящее время разработано большое количество психотерапевтических методов, основанных на самовнушении. В лечебной практике чаще других применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

**Произвольное самовнушение (метод Куэ)**

Сознательное самовнушение по Куэ — это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части *Эго* штифтами, которые можно постепенно выбить и заменить другими.

Согласно Куэ, лечебные представления, которые он назвал «формулой самовнушения», являются по своей сути констатацией факта. Формула самовнушения должна быть простой и не носить насильственного характера. Например: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше».

При этом неважно, считает Куэ, соответствует ли формула самовнушения действительности или нет, так как она адресуется подсознательному Я, которое отличается легковерием. Подсознательное Я принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнить. Чем проще будет формула, тем лучше лечебный эффект. «Формулы должны быть «детскими», — говорит Куэ, — они предназначаются не для нашего сознательного, критически настроенного Я, а исключительно как представление, как детские формулы».

Куэ неоднократно подчеркивал, что произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. «Если вы сознательно внушаете себе что-либо, — писал он, — делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это оттого, что оно осуществляется без усилий».

Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Далее врач совместно с больным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоять из нескольких слов, максимум из 3—4 фраз и всегда носить позитивное содержание. Например, «Я здоров» вместо «Я не болен». Иногда формула представляет своеобразный «код», понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы может быть использована формула: «Я могу, я могу, я могу». В других условиях формула может быть более расширенной. Например, в условиях групповой зависимости от алкоголя или наркотиков пациент внушает себе: «Мое решение победить тягу к спиртному (наркотикам) окончательное. Какой бы предлог ни выставляли друзья и как бы меня ни уговаривали, в любом случае мне безразличны уговоры, мое решение окончательно».

Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, негромко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3—4 минуты, повторяется 2—3 раза в день в течение 6—8 недель.

**Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)**

Метод предложен чикагским врачом Джекобсоном в 1922 г. Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующей группы мышц. Так, например, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры; страх — спазмом мышц артикуляции и фонации.

По мнению Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.

Джекобсон полагал, что каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нервно-мышечным аппаратом, образуя церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга.

Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.

Лечение начинается с беседы с больными, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивает, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое.

Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.

*Первый этап.* Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления. После этого больной упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

*Второй этап* (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее — расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

*Третий этап.* Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального давления и т. п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону осваиваются больными обычно в группах по 8 — 12 человек под руководством врача или опытного инструктора. Групповые занятия проводятся 2—3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения больные проводят самостоятельно 1—2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от получаса (индивидуальный) до часа (групповой). Весь курс обучения занимает 3—6 месяцев.

**Аутогенная тренировка (метод Шульца)**

Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, по своему характеру является методом синтетическим. В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Дже-кобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки в отличие от ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени: 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

**Техника АТ-1.** Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой в доступной форме объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений. Умело проведенная беседа, сопровождаемая демонстрацией эффективности отдельных упражнений, а также пациентов, добившихся путем тренировки позитивных результатов, способствуют успеху дальнейшего лечения. В беседе подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Полезно с самого начала ознакомить больного с планом тренировок.

Сеансы самовнушения проводятся 3—4 раза в день. Первые три месяца длительность каждого сеанса не превышает одной-трех минут, затем время их несколько увеличивается (АТ-2), но не превышает получаса. На всем протяжении лечения тренировки должны проводиться под наблюдением врача. С этой целью не менее одного раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки. На первом этапе лечения необходимо овладеть шестью упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10—15 дней. После этого наступает второй этап лечения (АТ-2), который длится не менее полугода. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9—12 месяцев.

Сеансы проводятся лежа или сидя, в «позе кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья — на коленях, ноги удобно расставлены).

*Упражнение 1:* вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен» (1 раз); «моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «я спокоен» (1 раз). После нескольких дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках, в обеих ногах, во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен».

*Упражнение 2:* вызывание ощущения тепла. Мысленно повторяют: «Я спокоен» (1 раз); «тело тяжелое» (1 раз); «моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое». .

В дальнейшем упражнения 1 и 2 объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

*Упражнение 3:* регуляция ритма сердечной деятельности. Упражнение начинается с формулы: «Я спокоен». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Пациент кладет свою правую руку на область сердца и мысленно произносит 5—6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно пациенту рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удается влиять на силу и ритм сердечной деятельности.

*Упражнение 4:* регуляция дыхания. Используется примерно следующая формула самовнушения: «Я спокоен... мои руки тяжелые и теплые... мое сердце бьется сильно, спокойно и ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и равномерно». Последняя фраза повторяется 5—6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно».

*Упражнение 5:* влияние на органы брюшной полости. Больному предварительно разъясняется локализация солнечного сплетения и его роль в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1—4, а затем мысленно 5—6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло».

*Упражнение 6:* вызывание ощущения прохлады в области лба. Вначале вызываются ощущения, описанные в упражнениях 1—5. Затем 5—6 раз пациент мысленно повторяет: «Мой лоб прохладен».

По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный».

После выполнения упражнения пациентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение одной-двух минут, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого дают себе мысленную команду: «Согнуть руки (2—3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза».

Приведенные 6 упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

**Техника АТ-2. К** высшей ступени аутогенной тренировки Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний.

В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.

*Упражнение 1:* медитация на цвете. После исполнения упражнений низшей ступени пациент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины, зеленый луг, синий цветок. Во время упражнений пациент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о конкретных формах предметов.

Упражнение повторяется до тех пор, пока пациент не научится визуализировать цветные образы.

*Упражнение 2:* медитация на образе определенного цвета. Цель упражнения заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений. Одновременно тренируются ассоциации цвет — ощущения. Например, фиолетовый — чувство покоя, черный — печаль, тревога и т. д.

*Упражнение 3:* медитация на образе. Цель упражнения — научиться произвольно визуализировать конкретный предмет или образ. Это может быть цветок, ваза, человек. Критерием успешности тренировки является целенаправленная визуализация самого себя.

*Упражнение 4:* медитация на абстрактной идее. Сущность упражнения заключается в вызывании образных эквивалентов таких абстрактных понятий, как свобода, надежда, радость, любовь и т. п. Образные эквиваленты подобных абстрактных понятий у всех людей сугубо индивидуальны. У одних свобода ассоциируется с парящей в небе птицей, у вторых — с морем, у третьих — с бескрайней степью.

*Упражнение 5:* медитация на эмоциональном состоянии. В процессе упражнений осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. Шульц в качестве примера предлагал медитацию ощущения при виде гор. Фокус воображения должен быть направлен не на конкретный объект или пейзаж (море, горы), а на ощущения, которые возникают при их созерцании.

*Упражнение 6:* медитация на человеке. Сначала воображение концентрируется на незнакомом, а потом — на знакомом человеке. Основная задача упражнения состоит в том, чтобы научиться «освобождаться» от субъективных установок и эмоциональных переживаний по отношению к знакомым образам, сделать эти образы «нейтральными».

*Упражнение 7:* «ответ бессознательного». Овладев способностью к визуализации образов, пациент сам себе задает вопросы, а ответы на них получает в виде спонтанно возникающих образов, которые потом интерпретируются. Наиболее часто задаются такие вопросы: «Что я хочу от жизни?», «Какие ошибки я допускаю в жизни?», «В чем мои главные проблемы?», «Как я должен себя вести в конкретной ситуации?».

В настоящее время появилось большое количество моди- , фикаций методики Шульца. Остановимся коротко лишь на некоторых из них.

**Модификация Клейнзорге — Клюмбиеса**

Авторы рекомендуют формировать специальные лечебные группы по сходным психосоматическим синдромам (стенокардия, бронхиальная астма, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и т. д.).

**В** отличие от классической методики Шульца, авторы большое значение придают синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Выделяют следующие группы комплексов:

*«Покой»* (соответствует первому стандартному упражнению АТ-1 по Шульцу). Группа комплексов направлена на достижение «телесного покоя». Используется методика прогрессирующей релаксации по Джекобсону. Показания: эмоциональные нарушения, расстройства сна.

*«Сосуды».* Образные представления акцентируются на ощущении тепла. Показания: нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертензия.

*«Сердце».* При выполнении упражнения целенаправленно вызываются ощущения тепла в левой руке, а затем в области сердца. Возможен следующий вариант самовнушения: «Мое сердце бьется спокойно и равномерно. Я едва чувствую свое сердце, приятное тепло струится от левой руки в левую половину груди. Сосуды левой руки расширяются. Через сердце струится тепло. Совершенно самостоятельно, совершенно спокойно работает мое сердце». Показания: стенокардия, функциональная неврогенная аритмия.

*«Легкие».* Тренировка направлена прежде всего на ритмизацию дыхания. Это обеспечивается мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха, паузы и выдоха.

Авторы рекомендуют следующую формулу самовнушения: «Я совершенно спокоен, совершенно спокоен. Легко и свободно струится воздух, прохладный и освежающий воздух. Дышится совершенно спокойно, без моего участия, самопроизвольно. Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко. Я совершенно спокоен. Совершенно спокоен».

Показания: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные нарушения ритма дыхания.

*«Живот».* Произвольное самовнушение тепла в отдельных органах брюшной полости — в области желудка, печени, кишечника.

Перед упражнением больному нужно подробно объяснить анатомическое расположение органов в брюшной полости.

Показания: хронические гастриты и гепатиты, спастические колиты, дискинезии желчного пузыря и т. д.

*«Голова».* Упражнение является модификацией 6-го стандартного упражнения по Шульцу. Формула самовнушения может быть несколько расширена: «Я совершенно спокоен.... Моя голова свободная и легкая... Лоб приятно прохладен. Я чувствую, как прохлада окутывает всю голову... Голова становится легкой... думается легко... Я могу сосредоточиться на каждой мысли...» Иногда ощущение прохлады в области лба усиливают головные боли, головокружение. В этих случаях авторы рекомендуют самовнушение тепла в области лба.

Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром Меньера.

**Психотоническая тренировка по Мировскому** — **Шогаму**

Обычно аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и в конечном итоге на транквилизирующий эффект.

Методика рассчитана на противоположный, стимулирующий эффект. Тренировка начинается непосредственно со специализированных мобилизующих (активирующих) упражнений. Релаксирующий этап тренировки резко сокращен или совсем исключен. Авторы предлагают формулы самовнушения примерно такого содержания: «Плечи и спину охватывает легкий озноб, будто от приятного освежающего душа. Все мышцы становятся упругими. Я — как стальная пружина. Все готово к борьбе!» Такой мобилизующей формуле предшествует формула покоя: «Я совершенно спокоен. Ничто и никто не отвлекает. Я совершенно спокоен».

Показания: гипостеническая форма астении, артериальная гипотензия.

**Аутогенная тренировка** **и биологическая обратная связь (БОС)**

Любое эмоциональное состояние, психическое напряжение проявляется в изменениях показателей вегетовисцеральных функций организма. Волнение, страх, тревога сопровождаются ускорением пульса, повышением артериального давления, изменением температуры тела, напряжением поперечно-полосатой мускулатуры. Утомление, астения обычно сопровождаются артериальной гипоксемией; раздражительная слабость — нарушением ритма дыхания и т. п.

Факт изменения вегетовисцеральных функций организма при определенных эмоциональных состояниях известен давно. Эта зависимость висцеральных и психических функций является предметом серьезных исследований в клинике и физиологии (именно на этой зависимости основан «детектор лжи»). Стоит у больного неврозом или психогенной депрессией затронуть в беседе «больной пункт», как тут же выявляются яркая игра вазомоторов лица, груди, гипергидроз, тахикардия.

Биологическая обратная связь (БОС) позволяет пациенту получать информацию о таких изменениях его физиологических функций, которые он не в состоянии заметить самостоятельно, научиться самостоятельно управлять непроизвольными физиологическими процессами и — опять же в виде биологической обратной связи — вызывающими их эмоциями.

На этом принципе основана методика AT в сочетании с БОС. Лобзин и Решетников (1986) рекомендуют проводить ее в 4 этапа.

1. Обучение базисным упражнениям АТ-1 с использованием специальной аппаратуры для получения и регистрации динамики физиологических процессов в процессе сеанса. С этой целью может быть использован оксигемограф, электромиограф, пневмограф, аппараты для регистрации АД, ЭКГ, ЭЭГ и т. д. В практике достаточно использовать один из этих приборов.

2. Под контролем информации, получаемой от приборов, осуществляется постоянный переход к замене сигналов обратной связи собственными ощущениями пациента. Например, снижение артериального давления, урежение пульса и дыхания сопровождаются каким-то ощущением, сугубо индивидуальным для данного субъекта. Затем в процессе AT, производя самовнушение только этого ощущения, можно добиться снижения давления, урежения пульса и дыхания. Еще более сложные сочетания различных оттенков ощущений могут возникнуть при анализе ЭЭГ.

3. Усвоение приемов саморегуляции. Применение приборов ограничивается только контрольными замерами.

4. Лечебные приемы саморегуляции проводятся только под контролем собственных ощущений.

Сочетание AT с БОС особенно эффективно при лечении психосоматических заболеваний.

**Используемая литература:** Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.