

В.Т. Кондрашенко Д.И. Донской
С.А. Игумнов

ОБЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Сергей Игумнов
Общая психотерапия

«Вышэйшая школа»

2012

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я73

Игумнов С. А.

Общая психотерапия / С. А. Игумнов — «Вышэйшая школа», 2012

Подробно изложены основные методы современной психотерапии и их теоретические основы, определено место психотерапии в комплексном лечении различных заболеваний и разрешении психологических проблем. Рассматриваются методы недирективной психотерапии, наиболее распространенные в зарубежной практике. Особое внимание уделено этическим проблемам взаимоотношений врача и пациента. Для студентов медицинских вузов, преподавателей, врачей лечебных специальностей. Будет полезно психологам, социологам, педагогам.

УДК 615.851(075.8)
ББК 53.57я73

© Игумнов С. А., 2012
© Вышэйшая школа, 2012

Содержание

Предисловие	6
Введение	8
Раздел I	15
Глава 1	15
1.1. История развития учения о гипнозе и внушении	15
1.2. Природа гипноза	22
1.3. Внушение	25
1.4. Гипносуггестия	31
1.4.1. Общие положения	31
1.4.2. Подготовительный период	32
1.4.3. Методы и техника гипнотизации	35
1.4.4. Лечебное внушение в состоянии гипноза	44
1.4.5. Дегипнотизация	45
1.4.6. Глубина гипноза	46
1.4.7. Осложнения при гипнотизации	48
1.4.8. Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии	49
1.4.9. Эффективность гипносуггестивной психотерапии	50
1.4.10. Правовые и этические аспекты использования внушения и гипноза	52
1.5. Наркопсихотерапия	53
1.5.1. Общие положения	53
1.5.2. Техника лечения	54
Глава 2	57
2.1. Общие положения	57
2.2. Произвольное самовнушение (метод Куэ)	57
2.3. Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)	59
2.4. Самовнушение, йога и техника медитации	61
2.5. Аутогенная тренировка (метод Шульца)	70
Раздел II	79
Глава 3	79
3.1. Общие положения	79
Конец ознакомительного фрагмента.	80

Валентин Тимофеевич Кондрашенко, Дмитрий Иванович Донской, Сергей Александрович Игумнов Общая психотерапия

Допущено

Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия для студентов учреждений высшего образования по специальности «Медико-диагностическое дело»

Рецензенты:

кафедра медицинской психологии и психотерапии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор *Е.Г. Королева*);

зав. кафедрой медицинской психологии и психотерапии учреждения образования «Белорусская медицинская академия последиplomного образования» кандидат медицинских наук, доцент *И.А. Байкова*

Предисловие

В начале 90-х гг. XX в. в отечественной психотерапевтической литературе образовался вакуум, особенно книг по психоаналитической, недирективной психотерапии.

Многие методы и целые направления, ориентированные на аналитическую психотерапию, в 30-80-х гг. вообще не публиковались. В таком состоянии, хромая на одну ногу, психотерапия не могла успешно развиваться дальше.

Данное учебное пособие в определенной мере заполняет этот вакуум. В нем широко использованы такие, ставшие уже классическими за рубежом, но недостаточно известные отечественному читателю, источники, как «Личность и личностный рост» Д. Фрейдимена и Р. Фрейгера, «Групповая психотерапия» К. Рудестама, «Практика и техника психоанализа» Р. Гринсона и многие другие. Часть этих работ не переведена на русский язык и по сей день.

В книге много внимания уделяется Зигмунду Фрейду, Карлу Юнгу, Альфреду Адлеру, Вильгельму Райху, Фредерику Перлсу, Карлу Роджерсу и другим «западным» классикам психоаналитической, гуманистической и недирективной психотерапии, но это не означает, что авторы книги игнорируют заслуги отечественных ученых, таких, как И.М. Сеченов, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев. Наоборот, большая заслуга авторов книги как раз и заключается в сближении двух, казалось бы противоположных, теорий (психоанализ Фрейда и нейродинамическая теория Павлова) и тем самым только заполняются пробелы в наших знаниях.

Практика показывает, что знания психотерапии необходимы сейчас не только врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психиатры, наркологи), но и врачам-интернистам, организаторам здравоохранения, психологам, в первую очередь медицинским и социальным, студентам медицинских и других вузов.

Чем объясняется столь возросший интерес к освещаемым в книге проблемам? С несомненностью можно утверждать, что психическая деятельность человека – одна из сложнейших областей не только медицины. Существующие многообразные психотерапевтические способы воздействия на личность, психику и организм человека в целом отражают сложность и многообразие его функционирования. Психотерапия является не только лечебным фактором, но и способствует познанию человеческой психики, и это привлекает к данному исследованию, помимо врачей, людей самых различных интересов и профессий. Привлекательно для читателя и то, что в книге содержится обширная информация, разбросанная по узким литературным источникам и часто не переведенная на русский язык, так что с ней трудно ознакомиться самостоятельно. Приводятся сведения по истории возникновения отдельных методов психотерапии, интересные факты из жизни и деятельности их авторов, сыгравшие роль в формировании психотерапевтических позиций, теоретических основ отдельных методов психотерапии и практических подходов.

Авторами проделан огромный труд. Изучена, проанализирована, синтезирована необъятная литература по психотерапии и смежным дисциплинам. В этом отношении книга уникальна.

Пособие лишено односторонности подобных работ, издававшихся у нас ранее. Десятилетиями отечественная литература сводилась главным образом к описанию различных вариантов гипносуггестивной терапии. Воинственно отвергалось все, что было связано с психоаналитическим пониманием психической деятельности. Пришло время наверстывать упущенное и обратиться к психоанализу, недирективной психотерапии, транзакционному анализу, нейролингвистическому программированию, гештальт-терапии и т. д.

Причина интереса к работе кроется еще и в том, что психотерапия перестает быть просто модой и становится всевозрастающей потребностью. Способствуют этому дальнейшее изучение сложных взаимоотношений психического и соматического, новые достижения в

области психосоматической медицины и тот факт, что большинство современных заболеваний человека имеет мультифакториальную этиологию и сложный патогенез. Обязательными, а часто ведущими факторами в их возникновении и развитии являются психотравмы и личностные особенности. Эффективное лечение таких заболеваний невозможно без психотерапии. Хорошими примерами являются сосудистая патология (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда), язвы и дискинезии желудочно-кишечного тракта и т. д. При психогенных заболеваниях, таких, как неврозы, психотерапия может быть ведущим методом лечения.

Способствуют интересу к психотерапии и новые знания в области медицинской психологии, помогающие выявить особенности личности больного и оказывать на него психотерапевтическое воздействие, формировать правильное отношение к своему заболеванию, психологическую адаптацию к его последствиям. Немаловажную роль играет и очевидный патоморфоз соматических и психических заболеваний. Тенденция к увеличению невротической симптоматики при соматических болезнях и соматизация психической патологии определили появление в медицине таких терминов, как соматизированные и соматоформные психические расстройства. Больные с такими расстройствами редко обращаются к психиатрам, лечатся у врачей любых специальностей. Все это ведет к тому, что врачи-интернисты испытывают всевозрастающую потребность в знании психотерапии и умении пользоваться отдельными ее приемами и методиками.

Помимо всего перечисленного, книга восполняет серьезный пробел в образовании студентов-медиков отечественных вузов, в программах которых на изучение психики больного человека, психотерапии выделяется неоправданно мало учебного времени.

Учебное пособие предназначается студентам-психологам, студентам медицинских вузов, преподавателям, врачам лечебных специальностей. Оно будет полезно также социологам, учителям, предпринимателям, работникам сферы управления и всем, кто интересуется вопросами регуляции собственных психических процессов и межличностных отношений.

*Доктор медицинских наук,
профессор кафедры психиатрии
Белорусского государственного
медицинского университета Т.Т. Сорокина*

Введение

Психотерапия – система лечебного воздействия на психику, а через психику – на весь организм и поведение больного.

Принято различать понятие *психотерапия* в узко медицинском смысле как метод лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре) и в более широком, включающем организацию труда и быта, профилактику психотравмирующих факторов и т. п. В этом случае психотерапия тесно связана с психогигиеной и психопрофилактикой.

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект здесь достигается не физическими или фармакологическими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет (Святош, 1969). Речь идет именно о специфическом, психическом воздействии на человека, ибо лечебный эффект могут оказывать и нейролептики, и инсулин, и тепло или магнитное поле.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, чудодейственные в их руках, теряли свое целебное свойство в руках других врачей.

Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте врача с пациентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, печатного слова, музыки, картин...

В принципе, могут быть созданы психотерапевтические автоматы или технические устройства, которые будут вводить нужную информацию непосредственно в мозг, минуя анализаторы, но, как показывает опыт, наиболее эффективным психотерапевтическим воздействием обладают живое слово и непосредственное общение врача с больным.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время нет. Следует различать методы и формы (техники) психотерапии.

Под *методом* понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания.

Так, например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии (Дюбуа). Представление о неврозе как о расстройстве, обусловленном «застреванием» в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса, а понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения породило психоанализ (Фрейд).

Способ применения того или иного метода психотерапии называется *формой* психотерапевтического лечения. Например, метод рациональной психотерапии может использоваться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения применяется в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ используется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д.

Одна и та же форма психотерапевтического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз используется и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует *систему*, или *направление, психотерапии*. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода – различные методики и приемы.

В настоящее время наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое; 2) бихевиористское; 3) экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.).

В отечественной психотерапии традиционно преобладают следующие основные направления: суггестивное (внушение в гипнозе и др.), реконструктивное (личностно-ориентированное) и условно-рефлекторное.

Существует множество классификаций психотерапевтических методов лечения. Одна из них, разработанная И.З. Вельвовским и соавт. (1984), приводится ниже с некоторыми сокращениями.

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоционально-когнитивные и игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К.К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия на фоне электросна и др.).

3. Психотерапия при стрессе, вызванном: а) психическим путем – испугом, острым положительным или отрицательным переживанием; б) фармакологическими (никотиновая кислота и др.) или болевыми (долорин и др.) агентами; в) физическими агентами (прижигание термокаутером); г) «нападением врасплох», посредством эфирной маски по А.М. Святошу, усиленным гиперпнозом по И.З. Вельвовскому и И.М. Гуревичу.

Из всего многообразия методов психотерапии в Республике Беларусь, как и в других странах СНГ, сейчас наиболее распространены следующие:

1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия); 2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона); 3) рациональная психотерапия; 4) групповая психотерапия; 5) поведенческая психотерапия; 6) семейная психотерапия. Все чаще применяются психоанализ, транзакционный анализ, гештальт-терапия и др.

Каждый из этих методов включает десятки, а то и сотни методик, которые, по меткому выражению Ц. Шкоды, не столько отличаются оригинальностью, сколько являются «мечтой каждого честолюбивого психотерапевта внести свой вклад в историю психотерапии».

Систематизируют психотерапию по характеру воздействия (прямая – косвенная); этиопатогенетическому принципу (каузальная – симптоматическая); цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая); участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная); виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая); источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная); направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая, дискуссионная); тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная); числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная, коллективная, групповая), и т. д.

Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Strotzka, 1986): 1) при острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия; 2) при вегетативных нарушениях – аутогенная тренировка; 3) при жизненных трудностях – «разговорная» терапия; 4) при фобиях – поведенческая терапия; 5) при характерологических нарушениях – гештальт-терапия, психодрама; 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами, – семейная психотерапия; 7) при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения – глубинно-психологические методы.

Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии и невропатологии, в недрах которых зародилась. Сейчас она широко применяется в наркологии, терапии, особенно при

так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т. д.

Происходит экспансия психотерапии во «внеклиническую» сферу (реадаптация, кабинеты социально-психологической помощи, кабинеты семейных отношений). Довольно широко используются отдельные методы психотерапии (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляция, аутогенная тренировка) в спорте, на производстве, при подготовке космонавтов и членов различных экспедиций. Более того, многие методы психического воздействия давно применяются в религиозных культурах, в политике и экономике (реклама) и т. д.

Сейчас психотерапия находится на стыке многих наук, прежде всего психологии, медицины, физиологии, философии, лингвистики, социологии, и в то же время все более отчетливо формируется в специальную область знаний, где практические навыки и их использование с лечебной целью несомненно опережают фундаментальные исследования по их обоснованию, другими словами, где теория уже давно в долгу у практики.

Психотерапия располагает большим набором лечебных методик, применяемых в различных областях медицины. Это важный инструмент лечения. Однако совокупность методик еще нельзя назвать психотерапией, так же как набор даже самых сложных хирургических операций еще не есть хирургия. Чтобы стать психотерапевтом, мало освоить многочисленные методические приемы (их насчитывается более 3000), необходимо научиться применять их осмысленно, а для этого важно понимать механизмы их лечебного воздействия, знать показания и противопоказания к их применению. Иными словами, необходимо знать теоретические основы психотерапии. Без этого психотерапевт, как и любой врач, становится ремесленником.

Отечественная психотерапия с момента своего зарождения развивалась однобоко. Наши ученые, особенно гипнологи и физиологи, много сделали на пути изучения механизмов внушения, гипноза. Но, став материалистами, мы «выбросили на помойку» все, что так или иначе несло в себе «идеалистическое» начало, в том числе и учение о психоанализе, гештальт-терапию, психотерапию, центрированную на сознании, и т. д. В итоге в одних аспектах психотерапии, например в гипнологии, мы продвинулись дальше зарубежных психотерапевтов, а в других, особенно в области недирективных методов, несомненно отстали.

Было бы неверно думать, что две трети психотерапевтов Канады или Америки заблуждаются, а мы безоговорочно правы. Необходимо искать точки соприкосновения. А для этого требуется глубокое исследование теоретической базы зарубежной психологии и психотерапии. Иначе мы просто не поймем сущности многих зарубежных психотерапевтических методик, которые до сего дня чаще всего просто механически копируются.

И еще один вопрос, непосредственно связанный с предыдущим. Психотерапия не может и не должна стоять вне клиники, а психотерапевт обязан быть прежде всего грамотным клиницистом. Наметилась тенденция к выделению так называемых диагностических (рентгенология, функциональная диагностика) или лечебных (физиотерапия, рефлексотерапия) дисциплин. Трудно представить себе кардиолога, не знающего ЭКГ, но еще труднее – врача, знающего ЭКГ, но не знакомого с кардиологией. Раньше психотерапией занимались в основном невропатологи и психиатры. Это было так же естественно, как умение современного психиатра проводить психофармакотерапию. Сейчас психотерапия вышла за рамки психиатрии и невропатологии, но это не означает, что психиатр и невропатолог, равно как и всякий другой специалист, не должен владеть методами психотерапевтического лечения. Идеально, когда психотерапией занимается клиницист. Но в тех случаях, когда психотерапевт практикует самостоятельно, он обязан знать те заболевания, которые лечит. Прежде чем начать лечение, он должен уметь правильно установить диагноз, четко определить показания и противопоказания к психотерапевтическому лечению, предвидеть возможные ослож-

нения, грамотно выбрать именно тот метод психотерапии, который «вписывается» в комплексное лечение данного заболевания.

Всякий ли врач может стать психотерапевтом? В принципе – да. Тем не менее влияние личности психотерапевта на эффективность лечения несомненно. Речь идет не о каких-то сверхъестественных мистических способностях. Под особенностями личности, отличающими хорошего психотерапевта от плохого, подразумеваются такие качества, как эмпатия, сердечность, теплота и доброта в общении с окружающими, внимание, умение понять пациента и, конечно, артистичность.

Психотерапевтическое влияние одного человека на другого многие считают искусством. И в этом есть доля истины. Иногда говорят о врожденном психотерапевтическом таланте, и это тоже верно. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врожденные способности психотерапевта – знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врожденными качествами – необходимо уметь развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами.

Во-первых, психотерапия, как уже говорилось, находится на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста широкого кругозора и глубоких знаний.

Во-вторых, психотерапия – это специфический метод лечения, состоящий из практических, подчас очень трудоемких методик, а это требует от врача умения, терпения и трудолюбия при их освоении и проведении.

В-третьих, психотерапия – специальность, требующая постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Психотерапия, степень ее развития тесно связаны с уровнем культуры общества, его обычаями, условиями труда и т. д. Там, где этот уровень высокий, психотерапия развивается быстро и воспринимается как наука. В странах малоразвитых, с низким культурным уровнем психотерапевтические ритуалы окружаются ореолом мистицизма.

Культурный уровень общества и особенности быта накладывают отпечаток и на психотерапевтические методы и приемы. Многие восточные методики, связанные с йогой, буддизмом, суфизмом, у нас просто не будут «работать».

Хотелось бы предупредить начинающих психотерапевтов о ряде психологических трудностей, которых можно избежать. Некоторые врачи, начиная свою психотерапевтическую практику, ожидают от психотерапии чуда, склонны видеть в ней панацею от всех заболеваний. И когда оказывается, что никакого чуда нет, а есть только кропотливый и очень тяжелый труд, они быстро разочаровываются.

Психотерапия зиждется на методах лечения, освоение которых требует длительного времени. Овладеть ими за 3–4 месяца невозможно. Нужны годы изнуряющего труда, чтобы придать работе легкость и эффективность, отличающую опытного специалиста. Психотерапевт, выражаясь образно, должен перекопать горы песка, чтобы найти ту унцию золота, которая определяет смысл и успех его работы.

Не следует обещать чуда и своим пациентам. «Торговцы надеждой» никогда не принесли пользы ни психотерапии, ни больным.

Долгие годы, по крайней мере в период 1930-1980-х гг., мы воспринимали отечественную психотерапию как различные варианты гипносуггестивной терапии. Тут у нас сформировались свои понятия, своя терминология. Оказалось, что внушение и гипноз – это еще не вся психотерапия. Сейчас мы судорожно наверстываем упущенное. Настала пора заново знакомиться с психоанализом, недирективной психотерапией, разговорной психотерапией, гештальт-терапией, осваивать транзакционный анализ, такие термины, как сопротивление, трансфер, рабочий альянс, психоаналитическая ситуация, или такие понятия, как коллектив-

ное бессознательное, архетипы, анима и анимус и т. п. Порой новая информация (психологи это знают) воспринимается с трудом и лишь потом, при выработке необходимых знаний и ассоциаций, усвоении лексики приходят понимание и удовлетворение. Поэтому еще один совет начинающим психотерапевтам: наберитесь терпения и не спешите с выводами.

Вероятно, следует согласиться с мнением Б.Д. Карвасарского (1985), что ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии.

Уже при первой встрече психотерапевта с пациентом встает вопрос о согласии больного на проведение курса психотерапии. Позитивное отношение больного к лечению является непременным условием. Поэтому психотерапию не назначают, как пилюли или физиопроцедуры, – о ее целесообразности договариваются.

Эффективность психотерапевтического лечения зависит от взаимоотношений врача и пациента, от психотерапевтического альянса. Правильно построенные взаимоотношения «врач – больной» зависят от многих факторов, среди которых не последнее место занимают опыт и искусство врача. То, что может себе позволить в общении с больным один врач, не дозволено другому. Пожилой опытный психотерапевт ведет себя иногда резко, нарочито грубо, но это не обижает, а, наоборот, успокаивает больного; молодой врач должен выбрать иную, более мягкую форму общения с больным. Следует помнить, что за внешней строгостью врача пациент всегда должен чувствовать теплое отношение к себе, сопереживание, желание помочь. Пациент может простить врачу многое, но никогда не прощает равнодушия.

Не менее опасна для начинающего психотерапевта и чрезмерная самоуверенность. Уверенность в своих силах и в успехе лечения – это одно, а самоуверенность, да еще замешанная на недостаточной профессиональной грамотности, – совсем другое. Врач, «знающий все» и «умеющий лечить все», так же опасен для больного, как и врач равнодушный.

От психотерапевта требуются высокая культура, порядочность и принципиальность. Эти качества вызывают у больного уважение и доверие к врачу, а это уже половина успеха в лечении. И наоборот, если врач не блещет интеллектом, небрежно одет, корыстен, от него разит табаком или перегаром, он не может рассчитывать на психотерапевтический успех.

Большое значение для психотерапевта имеет культура речи. Речь врача должна быть грамматически правильной, свободной от вульгарных оборотов, непонятных пациенту терминов.

Врач-психотерапевт должен уметь не только просто и убедительно говорить, но и внимательно и терпеливо слушать. Выслушать больного неврозом – значит уже облегчить его состояние.

На общение врача с пациентом накладывает отпечаток и характер заболевания. Если по отношению к истерику или алкоголику иногда дозволены резкость и строгость, то психостеники или сенситивы всегда лучше реагируют на мягкость, понимание, тепло и тяжело переносят грубость и неделикатность.

К сожалению, в наш век стремительного технического прогресса, рационализма, социальных и экономических преобразований врачу очень трудно сохранить свою духовность, которая «поднимает больных с постели», но это еще больше повышает степень его требовательности к себе.

В нашей стране на подготовку врача уходит 7800 ч, из них 97 % – на изучение тела и заболеваний отдельных органов и лишь 3 % – на психологию, этику и деонтологию. Иными словами, налицо «ветеринарный» подход к подготовке врача. Это средневековое мышление идет от Парацельса. Именно он 25 июня 1527 г. публично сжег книги Гиппократ, Галена, Авиценны, назвав их «великими шарлатанами», учившими, что врач должен хорошо знать не только то, что действует на человека, но и те внутренние природные силы в самом организме, которые воспринимают это воздействие. «Не верьте им, – восклицал Парацельс перед

изумленными студентами, – ибо болезнь – сорняк, который нужно найти и вырвать с корнем». Так начались поиски «сорняка», которые спустя 200 лет вылились в локальные теории медицины. Нынешний врач многое знает о клетках, органах, тканях и почти ничего – о человеке. Чрезмерная вера в лабораторно-инструментальный метод исследования привела к тому, что анализ мочи изучается глубже, чем сам больной... Не менее 50 % тех, кто обращается в поликлиники и стационары с соматическими жалобами (по поводу заболеваний внутренних органов), по существу практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в коррекции эмоционального состояния.

Психотерапевту необходимо знать не только клинику заболевания, которое он лечит, но и, причем в еще большей мере, психологию больного человека.

Больной неврозом с трудом признает психогенный характер своего заболевания. В социальном плане для него более престижна биологическая, органическая основа болезни. Диагноз «последствия перенесенной нейроинфекции» или «последствия травмы мозга» всегда более приемлем для больного, чем «невроз», «невротическое развитие» и т. п. Менее терпимо он относится к диагнозу «истерический невроз» и уж совсем негативно – к таким диагнозам, как «психопатия», «алкоголизм» или «шизофрения».

Больные с пограничными нервно-психическими расстройствами к психиатру идут неохотно; в определенной мере это относится и к психотерапевту, особенно если он работает на базе психиатрического лечебного учреждения.

Пациент всегда ждет от психотерапевта чуда. Авторитет врача, или, как говорил А.А. Портнов, «ореол, которым окружено его имя», несомненно является важным фактором, влияющим на эффективность психотерапевтического лечения. Но этим фактором нужно пользоваться умело.

В погоне за легким и быстрым успехом психотерапевт может незаметно скатиться до уровня знахаря или эстрадного артиста. Таких психотерапевтов, которые с легкостью обещают вылечить СПИД, рак, болезнь Литтла или лучевую болезнь, еще Проспер Мериме называл «торговцами надеждой».

Такая постановка вопроса совсем не означает, что психотерапевт не должен участвовать в лечении тяжелых органических и психических заболеваний. Психотерапевтически можно снять невротическое наложение, нарушение сна у больного раком, эмоциональное напряжение у перенесшего инфаркт миокарда, чувство неполноценности у больного церебральным параличом и т. п., но обещать полное излечение подобных заболеваний только психотерапевтическим путем по меньшей мере жестоко.

В связи с этим вспоминаются слова Э.Кремера о том, что «современному врачу отвратительна роль волшебника». Слова эти, произнесенные более чем полвека тому назад, не потеряли своей актуальности и в наши дни.

Главное в работе психотерапевта – не изготовление для больного «психических протезов», а стремление раскрыть перед ним его резервные, скрытые возможности. В этом отношении можно согласиться с английским психотерапевтом М. Shepard (1971), считающим, что настало время выработать законоположение, в котором следует четко определить, что психотерапией могут заниматься лишь врачи, прошедшие соответствующую подготовку и готовые придерживаться надлежащего этического кодекса. Можно добавить, что такое законоположение нужно не только для Англии, но и, в не меньшей степени, для нашей страны.

В заключение хотелось бы поделиться с начинающими психотерапевтами результатами нашего многолетнего опыта, сформулированного в виде *основных правил психотерапии*.

Психотерапия может быть только клинической. Врач, практикующий психотерапию, прежде всего должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.

- Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть исключительно предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
- Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимуществ перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть хорошие или плохие психотерапевты.
- Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы ее могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.
- Психотерапия неэффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному методу лечения.
- Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуализированной, лично и социально ориентированной.
- Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и, что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. Иначе, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем – шарлатаном.
- Психотерапия, так же как и любой другой раздел клинической медицины, должна держаться на трех «китах»: клинике, знаниях (теории) и профессионализме.

Раздел I

Суггестивная психотерапия

Глава 1

Гипноз и внушение

1.1. История развития учения о гипнозе и внушении

Использование таких удивительных и еще недостаточно изученных состояний психики человека, как внушаемость и гипноз, уходит своими корнями в доисторическое прошлое. Внушение в бодрствующем состоянии и особенно в состоянии гипноза применяли жрецы и шаманы, вожди и полководцы, целители и мистификаторы.

В одном из самых древних источников о способах врачевания – египетском папирусе Эберса (XVI в. до н. э.) – содержится описание 900 прописей целительных трав и снадобий. Но самым примечательным является начало папируса, звучащее примерно так: «Слова, которые следует произносить четко и произносить так часто, как только возможно, прикладывая лекарство к больным членам, для того чтобы уничтожить поразившие их страдания: “Изис, освободившая Озириса, избавившая Гора от злополучных деяний его брата Сета, убившего своего отца Озириса, о, Изис, великая богиня заклинаний! Освободи и меня от всего злого, от боли и злоумышленных действий, освободи меня от бога и богинь страдания, от смерти, от того, что проникло в меня...”». Во всем тексте папируса настойчиво проводится мысль о необходимости сопровождать принятие каждого лечебного средства обращением к богам и духам. Например, при принятии лекарства внутрь (питье, порошки) следует произнести заклинание: «Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах.

Заклинания благотворны в сопровождении лекарств и лекарства благотворны в сопровождении заклинаний».

Использовали древние жрецы внушение и в состоянии гипноза. В греческом храме, посвященном богу-врачевателю Асклепию, имелось специальное помещение – абатон, где паломники, пройдя предварительные сложные процедуры богослужения, погружались в искусственный сон, во время которого слышали голос Асклепия. Характерно, что на стенах храма, составленных из огромных каменных плит, были вырезаны надписи с подробным описанием чудесных исцелений, свершившихся в храме. Этот прием, усиливающий суггестию, многие психотерапевты применяют и в наши дни.

Одним из наиболее искусных древних психотерапевтов, согласно книгам Нового Завета, был Иисус Христос. В главе VIII Евангелия от Матфея описывается, как Христос исцелил двух «весьма свирепых», переселив из них бесов в стадо свиней: «И он сказал им: идите. И они, вышедши, пошли в стадо свиное. И вот, все стадо свиней бросилось с крутизны в море и погибло в воде» (стих 32). В главе IX (стихи 27–35) рассказывается об исцелении словом слепых и немых. Евангелие от Луки (глава VIII) свидетельствует о мгновенном исцелении женщины, двенадцать лет страдавшей от кровотечений (стихи 43–44).

Удивительно и то, что сам Иисус понимает силу внушения и самовнушения. Он говорит людям, идущим к нему за исцелением: «По вере вашей да будет вам».

Широко распространено внушение и самовнушение в странах Востока, особенно в Индии. Швейцарский этнограф Штолль в своей книге «Гипноз и внушение в психологии народов» рассказывает о том, как йог Харид посредством самовнушения погрузил себя в

состояние, близкое к анабиозу, и пробыл в таком состоянии в деревянном ящике без пищи и воды в течение 40 дней.

Велика в Индии и вера в могущественную чудотворную силу заклинаний. Вот одно из них, взятое из тайной книги брахманов «Атхарваведы»: «Раны на теле, исчезните. Это 55, или 67, или 99 страданий, которые исчезают все». При этом брахман раскачивается в такт заклинанию и сжигает на огне определенное количество листьев целебного растения. Заклинание оказывает исцеляющее воздействие, если произносится 70 раз.

Светоний и Тацит свидетельствуют, что эфирский царь Пирр и римский император Веспасиан излечивали прикосновением большого пальца правой ноги. Короли Франции и Англии исцеляли своих подданных наложением руки.

Таким образом, стихийно было накоплено множество психотерапевтических приемов. Проблема заключалась в их научной интерпретации.

* * *

Учение о гипнозе неразрывно связано с именем венского врача *Франца Антона Месмера* (1734–1815). Это был один из образованнейших людей своего времени. Он имел три диплома: доктора медицины, права и философии. Месмер музицировал с Вольфгангом Амадеем Моцартом, был дружен с его отцом, Леопольдом Моцартом. Изредка, в свободное от науки и музыки время, Месмер практиковал как врач. Используя в качестве лечебного средства магнит, введенный в практику Парацельсом еще в начале XVI в., Месмер неожиданно для себя обнаружил, что лечебный эффект у определенной категории больных наступает и в тех случаях, когда вместо магнита он прикасается к ним своей рукой. Из этого он сделал вывод о том, что целебная сила заключается не в магните, как утверждал Парацельс, а в руках целителя. Собственное открытие поставило Месмера в тупик, но как добросовестный ученый он стал искать этому явлению объяснение. В результате он создал теорию, сущность которой сводилась к следующему: Вселенная пронизана особого рода невидимой субстанцией – магнетическим флюидом (от греч. *fluidas* – текущий), и отдельные, особо одаренные личности (к ним Месмер причислял и себя) обладают способностью «накапливать» в себе магнетические флюиды, а затем непосредственно или через специальные приспособления передавать их другим людям.

Для лечения больных Месмер сконструировал специальные «бакэ» (чаны, наполненные железными опилками). В крышке каждого чана были сделаны отверстия, из которых наружу выходили подвижные железные стержни. Больные располагались вокруг бакэ, брались за стержни и друг за друга, образуя длинные цепочки. Сам Месмер выходил в лиловой одежде и «намагничивал» чаны, прикасаясь к ним хрустальным жезлом. Во время сеанса играла нежная музыка. Больные доводили себя до состояния «кризиса», во время которого плакали, кричали, корчились в судорогах. Потом их переносили в специальный зал, где они засыпали, а очнувшись ото сна, чувствовали себя освобожденными от страданий.

Месмера нельзя назвать шарлатаном. Он был глубоко уверен в правильности своей теории, которую считал «физиологической и рационалистической» (Шерток, 1972). Врач был убежден, что существование флюида так же реально и материально, как, например, действие металлического магнита. Однако Месмер утверждал, что открытый им «животный магнетизм» существенно отличается от действия магнита, и смутно догадывался, что кроме флюидов на больного воздействуют еще «какие-то силы». Отсюда и все эти ритуалы с камзолом, музыкой, жезлом... Не следует забывать, что в XVIII в., веке энциклопедистов, еще процветали суеверие, мракобесие, еще сжигали колдуний на кострах (последняя была сожжена в 1782 г.).

В 1774 г. месмеровская теория «магнетических флюидов» рассматривалась на совместном заседании Французской академии и Королевского медицинского общества, в котором принимали участие такие видные ученые, как Лавуазье, Франклин, Жюсье, Вайли. Приговор комиссии экспертов был достаточно суров и категоричен. «Животный магнетизм» был осужден. Целебное действие (а его отрицать было невозможно) приписывалось не флюидам, существование которых ставилось под сомнение, а... воображению. «Воображение без магнетизма вызывает конвульсии, – говорилось в заключении, – а магнетизм без воображения не вызывает ничего». Осуждена была не только теория Месмера, осужден был и сам метод лечения, который, по мнению академиков, «отрицательно влияет на нравственные устои общества».

В 1776 г. Месмер переезжает в Париж, добивается аудиенции у короля Франции Людовика XVI и заручается поддержкой королевы Марии-Антуанетты. На научный Олимп оказывается давление, но Академия остается непреклонной в своем решении. В годы французской революции Месмер эмигрировал в Швейцарию, где и умер в забвении и неизвестности в 1815 г. Но семена, посеянные им, дали всходы. В 1882 г. Французская академия под влиянием работ Шарко признала метод лечения гипнозом научно обоснованным, т. е. одобрила, по существу, то, что сто лет назад решительно отвергла.

В 1818 г. поклонник Месмера Шестанье де Пьюисегюр, практикуя «магнетические» пассы, открывает наиболее глубокую стадию гипноза – *сомнамбулизм*. Магнетизируя больного, Пьюисегюр убеждается в том, что пациент погружается в состояние «магнетизма» не только в результате прикосновений, но и под воздействием слова, приказа. Выходит, флюиды здесь ни при чем, а главный действующий фактор – внушение?

Однако началом научного изучения гипноза следует все-таки считать исследования английского хирурга *Джеймса Брейда* (1795–1860). Присутствуя на сеансах известного французского магнетизера Шарля Лафонтена (внука знаменитого баснописца), Брейд обратил внимание на то, что подопытный, впавший в состояние «магнетизма», не может открыть глаза, пошевелить рукой и вообще напоминает спящего человека. Брейд решает сам продолжить опыты по «магнетизации», но применяет при этом свой оригинальный метод. Он предлагает пациенту фиксировать взор на любом предмете, например на горлышке бутылки, и не думать ни о чем, кроме сна. Результаты опытов превзошли ожидания. Все пациенты после нескольких минут общей расслабленности и фиксации взгляда впадали в состояние, которое Брейд назвал *гипнозом* (от греч. *hypnos* – сон).

Результаты своих опытов Брейд опубликовал в книге «Нейрогипнология». Он рассматривал гипноз как особый вид сна, наступающий в результате утомления сосредоточенного взора и внимания, расслабления мышц и замедленного дыхания.

Для объяснения механизма гипноза Брейд использовал гипотезу о *моноидеизме*, или о состоянии охваченности одной-единственной мыслью. Это состояние, как он полагал, возникает у загипнотизированного в результате сосредоточения взора и мысли на одном предмете.

Теоретическое объяснение Брейдом гипноза в наше время представляется несколько наивным, но практические наблюдения, сделанные им, не потеряли своей актуальности.

Брейд одним из первых отметил тот факт, что восприимчивость людей к гипнотизации – *гипнабельность* – неодинакова и зависит не столько от личности гипнотизера, сколько от состояния нервной системы пациента. Он обратил внимание на то, что глубина гипноза у разных людей может быть различной, а иногда меняется на протяжении одного и того же сеанса. Брейд убедился в особой силе внушения в состоянии гипноза и использовал этот эффект как метод лечения истерических параличей, припадков, аморозов. Но главной заслугой ученого является то, что он был первым, кто взглянул на гипноз как на явление земное, материальное, вызванное естественными, физиологическими причинами.

После смерти Брейда центр изучения гипноза переместился во Францию. Точнее, во Франции образовались два центра по изучению гипноза: первый в Сальпетриере (под Парижем) во главе с всемирно известным неврологом и психиатром *Жаном Мартемом Шарко* (1825–1893) и второй в Нанси во главе с профессором терапевтической клиники университета *Ипполитом Бернгеймом* (1837–1919).

Поводом для новой волны интереса к гипнозу во Франции послужил тот факт, что Шарко была поручена проверка эффективности вошедшей в моду металлотерапии.

Так, французский исследователь Бюрк заметил, что больная, в состоянии сомнамбулизма дотрагивающаяся до медной ручки двери, впадала в каталепсию. Этого не происходило, если на ручку двери была предварительно надета резиновая перчатка. В 1876 г. Бюрк, накопив большой фактический материал, обратился к президенту Французского биологического общества, и тот назначил комиссию по изучению этих явлений. В ее состав вошел и Шарко. Комиссия подтвердила факты, полученные Бюрком, но не сумела дать им убедительного теоретического объяснения. Работая в комиссии, Шарко заинтересовался гипнозом как методом воздействия на больных. Его внимание привлек механизм возникновения неврозов, особенно истерии, и тот факт, что многие симптомы истерии в состоянии гипноза буквально «на глазах» исчезали или, наоборот, проявлялись, привел ученого к выводу о том, что гипноз является не чем иным, как искусственно вызванным истерическим неврозом.

Шарко разработал свой «шоковый» метод гипнотизации. Пациента вводили в полутемный зал. Внезапно раздавался оглушительный звук гонга. Перед глазами вспыхивал яркий свет, и пациент впадал в состояние гипноза. Шарко выделил три стадии глубины гипноза: *каталепсию, летаргию и сомнамбулизм*.

Главная заслуга Шарко заключается, пожалуй, в том, что он привлек к гипнозу внимание мировой научной общественности. Под его влиянием изучением гипноза стали заниматься такие видные ученые Парижа, как неврологи Поль Риже и Жиль де ля Турет, Ж. Бабинский, Шарль Фере, психиатр Пьер Жане, патофизиолог Альфред Бине и многие другие.

Представители нансийской школы (Бернгейм, Дюмон, Бони и др.) считали, что гипноз – это психологический феномен, связанный с внушением. Они рассматривали гипноз как результат того, что гипнотизируемый поддается внушающему влиянию гипнотизера, не обнаруживая при этом достаточной критики к полученному внушению. Широко известно утверждение нансийцев: «Гипноза нет, есть только внушение». В то же время они категорически отрицали болезненную, истерическую природу гипноза.

Между парижской и нансийской школами гипнологов развернулась длительная и довольно острая научная дискуссия. В конечном итоге на первом Международном конгрессе физиологической психологии, состоявшемся в Париже в 1889 г., нансийцы одержали убедительную победу.

Следует, однако, отметить, что ошибок не избежала ни та, ни другая школа. Если Шарко, идентифицируя гипноз с истерией, ограничил рамки его лечебного применения, то Бернгейм и его сторонники, отождествляя понятия *гипноз* и *внушение*, отрицали самостоятельность гипноза и существование его вне сферы вербального воздействия.

С современных позиций следует признать, что, хотя гипноз и внушение взаимосвязаны, тем не менее это отличающиеся друг от друга явления хотя бы уже потому, что в гипноз можно погрузить не только человека, но и животных, в то время как восприятие словесного внушения присуще только человеку.

Было бы неверно думать, что изучением гипноза в 60-80-е гг. XIX в. занимались исключительно в Англии и Франции.

Большой вклад в исследование гипноза внес шведский психотерапевт *Отто Веттерстранд*, опубликовавший книгу «Гипнотизм и его применение в медицине» (переведена на

русский язык в 1893 г.), в которой он описывает особенности лечения гипнозом соматических заболеваний (болезни сердца, желудка, астма) и впервые ставит вопрос о лечении гипнозом хронического алкоголизма.

Немалую роль в развитии учения о гипнозе сыграли труды немецких врачей *Левенфельда* и *Молля*.

Одновременно с работами Шарко, Бернгейма, Бони профессор физиологии Харьковского университета *Василий Яковлевич Данилевский* (1852–1939) в многочисленных экспериментах показал возможности гипнотического воздействия на животных. С 1874 г. он проводил исследования на самых различных представителях животного мира: лягушках, ящерицах, змеях, тритонах, черепахах, крокодилах, речных раках, морских крабах, лангустах, омарах и каракатицах, рыбах и птицах, а в 1891 г. выступил с докладом на IV съезде Общества русских врачей в Москве, где убедительно доказал единство природы гипноза у человека и животных, нанеся тем самым ощутимый удар по нансийской школе.

На этом же съезде с докладом «Терапевтические приемы гипнотизма» выступил ученик и последователь С.С. Корсакова *А.А. Токарский* (1859–1901). Страстный сторонник внедрения гипноза в лечебную практику, он говорил в своем докладе: «Смешно было бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку, за дверями храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его достаточно понянчили и захватили руками». Прошло более ста лет, но эти слова актуальны и сейчас.

В начале 80-х гг. XIX в. А.А. Токарский впервые начал читать курс физиологической психологии и гипнотерапии на медицинском факультете Московского университета. Известно о благосклонном отношении А.А. Токарского к народным целителям и служителям церкви, использовавшим методы прямого и косвенного внушения в лечебных целях. В 70-80-х гг. XIX в. в селе Нахабино (под Москвой) священник Сергей Пермский исцелял хронических алкоголиков: он брал с них «зарок» не пить спиртного и при этом заставлял целовать крест и Библию. В проповеди, предшествующей ритуалу, отец Сергей убеждал в том, что христианин, вновь начавший пить после «боговдохновенного зарока», совершает тяжкий грех. Таким образом он излечил около 30 тыс. человек, которые создали общины «чаепитников».

А.А. Токарский специально ездил смотреть, как исцеляет алкоголиков отец Сергей, отнесся к его опыту весьма одобрительно, а вернувшись, сказал: «Ничего, кроме внушения и гипноза, я там не видел, никаких “чудес”, никакой “воли Божьей” – обычная психотерапия “верой”». Обо всем этом он рассказал в своей книге «Терапевтическое применение гипнотизма» (1890).

Большую роль в развитии отечественной и мировой психотерапии сыграл *Владимир Михайлович Бехтерев* (1857–1927).

Родился В.М. Бехтерев 20 января 1857 г. в селе Сорали Елбужского уезда Вятской губернии в семье станового пристава. В 1873 г. он поступил в прославленную Медико-хирургическую академию. При этом не обошлось без курьеза. Выяснилось, что огромному, похожему на Илью Муромца парню нет еще 17 лет, и двери академии перед ним закрылись. Однако Володя Бехтерев был не так прост. Он пошел домой к начальнику академии профессору Я.А. Чистовичу и сумел убедить его, что дело не только в количестве прожитых лет...

Способности и трудолюбие этого человека были поистине легендарными. Будучи слушателем академии, он успел побывать на войне с турками за освобождение Болгарии, участвовал в нескольких студенческих забастовках, был одним из организаторов студенческого бойкота, объявленного преподавателю физиологии И.Ф. Циону, из-за чего на всю жизнь нажил себе недоброжелателя в лице И.П. Павлова (в те годы – ассистента И.Ф. Циона).

В 1878 г. В.М. Бехтерев окончил академию и был оставлен в должности врача-стажера при кафедре психиатрии, которую возглавлял И.П. Мержеевский, ученик и преемник родоначальника отечественной психиатрии И.М. Балийского.

В 24 года Бехтерев блестяще защищает докторскую диссертацию, а в возрасте 27 лет командировается за границу. Находясь в командировке в Лейпциге, он в декабре 1884 г. получает официальное приглашение, подписанное министром народного просвещения Деляновым, занять кафедру психиатрии в Казанском университете. И снова проявляется характер ученого. Прежде чем дать свое согласие, он ставит три условия: организовать в Казани клинику душевных болезней, учредить дополнительную должность ассистента кафедры и продлить срок его командировки с целью стажировки в клинике Шарко. Все требования В.М. Бехтерева были удовлетворены. До весны 1885 г. он стажировался в Сальпетриере, увлекается гипнологией, успевает побывать в Вене у «знатока мозга» Мейнерта и осенью уезжает в Казань. Там Бехтерев стал активным поборником лечения гипнозом и внушением.

В 1893 г. в возрасте 36 лет В.М. Бехтерев назначается начальником кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии, сменив на этом посту И.П. Мержеевского.

И.П. Мержеевский был отличным клиницистом, морфологом, но к психотерапии, особенно к лечению гипнозом, относился скептически. Возможно, причиной тому был нездоровый «гипнотический бум», который прокатился по всей Европе и достиг своего апогея в России к середине 80-х гг. XIX в.

И.П. Мержеевский добился решения Медицинского совета об осторожном применении гипноза во врачебной практике, согласно которому прибегать к гипнозу можно было только с разрешения администрации и обязательно в присутствии второго врача.

Заняв кафедру, В.М. Бехтерев настоял на отмене этих ограничений. Сам он в лечении больных широко использовал внушение под гипнозом. Когда в юбилейном для Военно-медицинской академии 1898 г. Бехтереву предложили выступить с актовой речью, он посвятил ее роли внушения в общественной жизни. Позже, в 1903 г., эта речь была издана отдельной книгой «Внушение и его роль в общественной жизни».

Некоторые положения, высказанные В.М. Бехтеревым в этой книге, актуальны и в наши дни. Прежде всего он четко разграничивает такие понятия, как *убеждение*, *внушение*, *гипноз*.

Убеждение, по его мнению, входит в сферу психической деятельности при посредстве личного сознания, усваивается нами путем обдумывания и осмысленной переработки, становясь прочным достижением нашего Я.

«Внушение, – утверждал ученый, – сводится к непосредственному прививанию тех или других психических состояний от одного лица другому, – прививанию, происходящему без участия воли воспринимающего лица и нередко даже без ясного с его стороны сознания».

Гипноз, по В.М. Бехтереву, представляет собой «не что иное, как искусственно вызванный видоизмененный нормальный сон», при котором, однако, сохраняется контакт с гипнотизером. «У загипнотизированного наступает особое состояние пассивности, в силу чего внушение действует на него столь подавляющим образом».

Внушения могут иметь форму приказаний, лозунгов, личного примера... «Команда действует не только силой страха за непослушание, но и путем внушения или прививки известной идеи... Пример тоже может действовать как внушение, ведущее к совершенно невольному и безотчетному подражанию». Сначала идеологическая обработка, потом строевая муштра, развивающая пассивную подчиняемость, потом приказ: «Иди и убей!» Идет и убивает. Таков механизм поведения солдат на войне.

«Внушение, – утверждает В.М. Бехтерев, – действует путем непосредственного прививания психических состояний, то есть идей, чувствований и ощущений, не требуя вообще

никаких доказательств и не нуждаясь в логике... Внушение действует прямо непосредственно на психическую сферу другого лица путем увлекательной и взволнованной речи, жестов, мимики».

Пути передачи психического состояния с помощью внушения более многочисленны и разнообразны, чем пути передачи мыслей посредством убеждения. Поэтому «внушение представляет собой гораздо более распространенный и нередко более могущественный фактор, нежели убеждение».

Внушение, как правило, сочетается с взаимовнушением и самовнушением, которые могут привести к психическим эпидемиям. Их характер в значительной мере определяется господствующими в данный период воззрениями. Так, для XVI в. были характерны «эпидемии» колдовства, для XVII в. – бесноватость, одержимость, для XIX в. – мании величия и преследования.

Во времена Бехтерева верили в спиритов, в «духов», не утихала деятельность мистификаторов и шарлатанов. Внушенные идеи Бехтерев называл «психическими микробами». «Не подлежит сомнению, – говорил он, – что... психический микроб в известных случаях оказывается не менее губительным, нежели физический микроб, побуждая народы время от времени к опустошительным войнам и взаимоистреблению, возбуждая религиозные эпидемии и вызывая, с другой стороны, жесточайшие гонения новых эпидемически распространяющихся учений».

Всю свою сознательную и плодотворную жизнь ученый способствовал внедрению в практику медицины гипнозуг-гестивной терапии. И когда в декабре 1927 г. В.М. Бехтереву в ту пору признанному лидеру отечественной невропатологии и психиатрии, предложили выступить на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров, он сделал доклад о коллективном лечении внушением под гипнозом больных алкоголизмом.

Триада условий, определяющих сущность и эффективность этого метода лечения (триада Бехтерева), не утратила своей актуальности и в наши дни. Она включает:

- разъяснительную беседу рационального плана;
- внушение в гипнозе;
- обучение участников группы формулам самовнушения.

Этот доклад В.М. Бехтерев сделал за 30 часов до смерти.

* * *

История отечественной психотерапии, естественно, не ограничивается именами В.Я. Данилевского, А.А. Токарского, В.М. Бехтерева. Большой вклад в развитие патогенетической психотерапии внес В.Н. Мясищев, активизирующей терапии – С.И. Консторум, психосоматической терапии – К.И. Платонов, эмоционально-стрессовой терапии – В.Е. Рожнов. За каждым из этих имен стоят десятки учеников.

Отечественная психотерапия немыслима и без таких имен, как Е.Н. Довбня, Ф.Е. Рыбаков, В.Н. Хорошко, П.П. Подъяпольский, А.И. Яроцкий, А.Ф. Лазурский, Ю.В. Каннабих, В.М. Нарбут, Ф.Д. Неткачев, В.А. Гиляровский, М.П. Кутании, М.В. Стрельчук и многие другие.

История отечественной психотерапии по существу является историей развития учения о гипнозе и внушении.

Недирективные методы психотерапии, в том числе и психоанализ Зигмунда Фрейда, нашедшие в России благодатную почву в начале XX в., в 1930-х гг. были осуждены как метафизические, чуждые материалистическому мировоззрению, и на них было наложено табу. «Вместе с водой был выплеснут и младенец».

Следует отметить, что и сам Фрейд сыграл отрицательную роль в истории развития гипнологии, совершив ту же ошибку, что и ортодоксальные гипнологи по отношению к психоанализу

Фрейд сначала интересовался гипнозом, ездил изучать его технику к Шарко и Бернгейму, но потом, встав на позиции психоанализа, предал гипноз анафеме. В 1910 г. с кафедры Кларковского университета в Америке он говорил: «Вскоре гипноз стал для меня неприятен, как капризное и, так сказать, мистическое средство. Только когда вы исключите гипноз, вы сможете заменить сопротивление и вытеснение и получите действительно правильное представление о патогенном процессе». Быстрое распространение идей психоанализа на Западе и авторитет Фрейда сыграли свою роль. Интерес к гипносу суггестивной терапии в странах Запада заметно снизился и только в последние десятилетия начал возрождаться вновь.

Решением Британской медицинской ассоциации в 1955 г. гипноз был полностью реабилитирован в Англии. В 1958 г. Американская медицинская ассоциация официально включила гипноз в медицинскую терапию. В 1955 г. во Франции была издана Медико-хирургическая энциклопедия, в которой гипнозу (том «Психиатрия») посвящена отдельная глава. Однако лишь в 1965 г., после 65-летнего перерыва, в Париже состоялся III Международный конгресс по гипнозу.

Сказанное не означает, что психотерапия на Западе полностью ориентирована на внушение и гипноз, но время и здравый смысл способствуют все большему сближению директивных и недирективных методов психотерапии.

1.2. Природа гипноза

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

Нейродинамическая теория И.П. Павлова. 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.

Выделяют три фазы гипнотического состояния: *уравнительную, парадоксальную, ультрапарадоксальную*. В уравнительной фазе сильное раздражение вызывает слабую реакцию, а слабое – сильную. В ультрапарадоксальной фазе реакция может быть получена посредством неадекватного стимула, т. е. стимула, на который клетки головного мозга в состоянии бодрствования не реагируют. Например, обычный медный пятак при определенного рода внушении может вызвать ожог кожи. Парадоксальной фазой И.П. Павлов, а позже К.И. Платонов объясняли необыкновенную силу слова в состоянии гипноза, которое в бодрствующем состоянии является слабым раздражителем.

Следует подчеркнуть, что и в наши дни большинство отечественных гипнологов в понимании природы гипноза стоят на физиологических павловских позициях. Вместе с тем нельзя не отметить, что многие понятия, касающиеся физиологической природы сна, в последние десятилетия претерпели изменения.

И.П. Павлов рассматривал физиологический сон как разлитое корковое торможение. Он различал пассивный и активный сон, а процесс торможения считал активным процессом. Последнее предположение ученого гениально, однако оно долгое время не находило развития в работах его учеников.

Привычные представления о природе сна изменили исследования австрийца Бергера, а затем канадца Джаспера, сумевших в начале 30-х гг. записать электроэнцефелограмму (ЭЭГ) сна и бодрствования, которые существенно различались.

В 1949 г. американец Мегун и итальянец Моруцци, раздражая электротоком ограниченную зону ретикулярной (сетевидной) формации, вызывали реакцию пробуждения, т. е. наблюдали активирующее влияние ретикулярной формации на кору мозга.

Анатомически ретикулярная формация известна давно; она расположена по всей длине ствола мозга, соединяя спинной мозг с корой головного мозга. Функциональное же назначение этого образования долгое время оставалось неясным. Дальнейшие исследования, начавшиеся с опытов Мегуна и Моруцци, показали, что все афферентные и эфферентные пути от анализаторов к соответствующим зонам коры (специфический поток импульсов) идут через ретикулярную формацию и отдают ей часть энергии. Возникает новый поток импульсов, но уже неспецифический. Воздействуя диффузно на всю кору, этот неспецифический поток импульсов имеет большое биологическое значение, так как при сигнале «неблагополучия» включает весь мозг, а не отдельный его участок. В дальнейшем выяснилось, что ретикулярная формация выполняет две основные функции: 1) поддерживает бодрствование; 2) вызывает сон (этим объясняются и результаты экспериментов Бремера).

Дальнейшие исследования показали, что в сетевидной субстанции в нижнем отделе гипоталамуса находится аппарат, активно организующий ЭЭГ сна (синхронизирующий аппарат Моруцци), и аппарат, организующий ЭЭГ бодрствования (диссинхронизирующий аппарат). Синхронизирующий и диссинхронизирующий аппараты действуют периодически, ритмично, вызывая сон или бодрствование. Оказалось, что работа этих аппаратов, как и вся жизнедеятельность организма, связана с биологическими ритмами. Выяснилось, что и сон по структуре неодинаков. Он также имеет свою синхронность, свои ритмы. Эти ритмы и отражаются на ЭЭГ.

В настоящее время различают медленный и быстрый сон. Фаза быстрого сна (ФБС) занимает 25 % ночного сна. Медленный сон (ФМС) сменяется быстрым – это и есть цикл сна. У здоровых людей за ночь проходит 4–6 завершённых циклов сна. ФБС качественно отличается от ФМС. Несмотря на то что по картине ЭЭГ при ФБС сон более поверхностный, чем при ФМС, разбудить человека в состоянии быстрого сна труднее, чем в состоянии медленного сна. При ФБС отмечаются сновидения, снижение мышечного тонуса, активизация движений глазных яблок, «вегетативная буря», усиление гормональной активности.

Таким образом, сон – это активный процесс, тесно связанный не только с функцией коры головного мозга, но и, в ещё большей степени, с функцией подкорки, ретикулярной формации, и говорить сейчас о сне как о «разлитом корковом торможении» – значит не учитывать всех механизмов его образования (Бейн, 1970; Кондрашенко, 1963 и др.).

Перенесение физиологических теорий гипноза на человека представляет ещё большие трудности. Слово рассматривается И.П. Павловым как сигнал сигналов – стимул столь же материальный, как и любой физический стимул. В то же время И.П. Павлов подчеркивает, что эти два рода

стимулов нельзя отождествлять ни с количественной, ни с качественной точки зрения из-за прошлого, пережитого человеком. Именно здесь, как справедливо отмечает Л. Шерток (1972), возникают затруднения, так как павловская школа не принимает во внимание бессознательных наслоений в аффективной жизни субъекта.

Психоаналитическая теория Фрейда. Зигмунд Фрейд изложил свои взгляды на гипноз в 1921 г. в книге «Психология масс и анализ личности». 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 над гипнотизируемым.

Гипнотические взаимоотношения, по Фрейду, имеют эротическую основу. «Гипнотические отношения, – пишет Фрейд, – заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании, за исключением полового удовлетворения».

Последователь Фрейда Ференци (Ferenczi, 1975) видит в гипнозе возрождение комплекса Эдипа с его любовью и страхом. Отсюда два типа гипноза: «материнский», основанный на любви, и «отцовский», базирующийся на страхе.

Шильдер (Schilder, 1938) в основе гипноза также видит феномен перенесения. Пациент, приписывая врачу всемогущество, тем самым реализует собственные сексуально-инфантильные фантазии.

Важный вклад в психоаналитическую теорию гипноза внес Стюарт (Stewart, 1969). Он утверждает, что гипнотическое состояние содержит не только вознаграждение инстинктивных потребностей, но и сложное уравнивание влечений и защитных тенденций, в которых значительную роль играют недоверие, враждебность. Иначе говоря, ученый допускает, что пациент в состоянии гипноза находится в амбивалентном положении по отношению к гипнотизеру, которого он любит и ненавидит одновременно. По Стюарту, гипнотическое состояние базируется на фикции: гипнотизер, если хочет добиться гипнотического транса, должен делать вид, что он всемогущ. Но «бессознательное» пациента «знает», что гипнотизер делает вид, и компенсирует эту ситуацию ощущением, что он сам принуждает гипнотизера к этой фикции и сам контролирует гипнотическую ситуацию.

«Фрейд внушил, – пишет Стюарт, – что гипнотизер поставлен на место *идеала Я* (*сверх-Я*) субъекта, но, по моему утверждению, *идеал Я* поставлен на место гипнотизера, и это *сверх-Я* спроектировано и проконтролировано субъектом в соучастии с гипнотизером. Таким образом, субъект чувствует себя в большей мере освобожденным от власти собственного *сверх-Я* и может дать волю проявлению воспоминаний, до сих пор подавляемых».

* * *

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

И. Бернгейм, как уже упоминалось, считал гипноз одной из форм выражения внушения и, по сути, отождествлял оба эти понятия.

Ж. Шарко идентифицировал гипноз с истерическим неврозом, рассматривая и то и другое как болезненное помрачение сознания.

М. Огпе (1959) считает гипноз продуктом искусственно созданной экспериментальной ситуации, которая влияет не только на пациента, но и на экспериментатора. Гипноз, по Огпе, во многих отношениях можно рассматривать как «*folie a deux*» (сумасшествие на двоих): каждый вовлеченный в гипнотические отношения играет ту роль, которую ожидает от него другой. Пациент ведет себя так, как будто он не может сопротивляться внушению гипнотизера, а последний играет роль всемогущей личности.

В.М. Бехтерев рассматривал гипноз как искусственно вызванный сочетанный рефлекс тормозного характера с подавлением активного сосредоточения.

Л. Шерток расценивает гипноз как своего рода транс. По его мнению, «гипноз представляет собой особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма». Шерток определяет гипноз как «четвертое состояние организма» (наряду с состоянием бодрствования, сна и активностью сновидений).

А. М. Свядоц (1982) полагает, что гипнотический сон – это состояние суженного сознания, вызванное действием гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью.

В. Е. Рожнов (1985) понимает гипноз как особое психологическое состояние, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия и отличающееся как от сна, так и от бодрствования. По его мнению, гипноз – это психофизиологический феномен, при котором постоянно наличествующий синергизм сознательного и бессознательного приобретает известную трансформацию в том смысле, что их сочетанная деятельность диссоциируется и одновременно может выступать равно как осознаваемая, так и не осознаваемая психическая продукция. «Глубокий гипноз, – пишет В.Е. Рожнов, – есть качественно определенное психофизиологическое состояние, возникающее как результат специфической перестройки работы мозга на особый режим. Отличительной чертой гипноза как состояния является строгая, не свойственная ни сну, ни бодрствованию избирательность в усвоении информации...»

Многочисленность и разнообразие теоретических подходов к природе гипноза свидетельствуют о сложности проблемы, еще далекой от своего разрешения.

1.3. Внушение

Под внушением понимают 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 различать 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 воспринимается без должной критической обработки. По образному выражению В.М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа – критику».

А. М. Свядоц считает, что внушение – это подача информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей соответствующее влияние на течение нервно-психических процессов.

Весьма интересной представляется верификационная концепция внушения А.М. Свядоца. Согласно этой концепции, в мозгу человека постоянно протекают процессы верификации. Человек не в состоянии «пропустить» через сознание огромный поток поступающей из внешней и внутренней среды информации. Только некоторая ее часть (обычно наиболее существенная) подвергается логической переработке и оценке, осуществляемой путем целенаправленного мышления. Большая же часть информации в соответствии с «наработанными» алгоритмами подвергается неосознанной оценке. Нужное отбирается, ненужное отбрасывается. Сознание, таким образом, «разгружается от несущественных сигналов, а организм – от неадекватного реагирования на эти сигналы». Так, например, если к вашей руке в обычной обстановке поднесут холодный медный пятак и скажут: «Сейчас произойдет ожог», то никакой реакции, кроме скептической улыбки, это не вызовет. Но если то же действие произвести в состоянии гипноза, ожог может произойти. В чем же дело? В состоянии гипноза до минимума снижается верификация информации, поэтому внушение приобретает особую «неодолимую» силу.

Чем ниже верификация информации, тем выше внушаемость. Верификация информации бывает сниженной, а внушаемость – повышенной при определенном состоянии сознания (просоночное состояние, гипноз), у истероидных психопатов, алкоголиков, наркоманов. Верификация информации обычно снижена у детей, солдат и спортсменов, привыкших к повиновению. Внушаемость заметно повышается при утомлении, в условиях неопределенности или в экстремальных условиях под угрозой опасности. Верификация информации резко снижается в толпе и при использовании средств массовой информации. Антиподом верификации информации является слепая вера.

В. М. Бехтерев неоднократно подчеркивал, что внушение играет большую роль в сознательной жизни общества, и прежде всего в воспитании молодого поколения, организации общественного порядка и дисциплины, формировании общественного мнения. На внушении очень часто основано влияние родителей на детей, учителя на учеников, начальника на подчиненных, командира на солдат...

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 оказывают на больных суггестивное воздействие.

Различают *гетеросуггестию* – внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестию* – самовнушение. Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют *реальным*, а 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, т. е. 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. Нередко косвенное внушение оказывается более эффективным, чем прямое. Объясняется это тем, что в таком случае представления больного, связанные с лечебным эффектом, встречают меньшее сопротивление. Он знает, что головная боль проходит после приема порошка, так что любой индифферентный порошок бывает более действенным, чем слова.

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

Косвенное внушение. Основу медицины, какого бы прогресса она ни достигла, всегда составляли и составляют нож, трава и слово. Великую силу слова, особенно если оно опосредовано каким-либо лекарством, ритуалом, необычной обстановкой, учитывали в своей практике все выдающиеся врачи.

Еще в XVI в. Филипп Ауреол Парацельс сказал фразу, ставшую крылатой: «Надобно вам знать, что воздействие волей – немалая статья во врачевании».

В специальной литературе широко известен так называемый «опыт копенгагенских врачей». Вот как его излагает в своей книге «Законы жизни» А.Д. Поповский.

«Группа врачей Копенгагена условились проверить силу самовнушения на человеке. Они обратились к властям с предложением умертвить осужденного преступника не колесованием, как практиковалось тогда, а путем вскрытия вен. Просьбу удовлетворили. Приговоренному завязали глаза и предупредили, какого рода смерть его ожидает. Когда были закончены приготовления, осужденному сделали незначительные надрезы на коже и пустили по руке струю теплой воды, которую он должен был принять за кровотечение. Одна уверенность в том, что он истекает кровью, вызвала у него судороги и холодный пот; затем наступила смерть. Картина умирания во всех деталях напоминала гибель обескровленного, хотя в сосудах человека осталось еще крови на долгую жизнь».

Это одно из наиболее ранних описаний рефлекторной смерти. Позже таких случаев было описано великое множество.

...Американская тюрьма «Синг-Синг». Приговоренный к смерти на электрическом стуле. Движение рубильника. Конвульсии. Смерть. Позже выясняется, что в электросети в то время не было тока.

Чаще всего дело не доходит до убийства, но ранить посредством косвенного внушения очень легко. Стоит рентгенологу в полузатемненном кабинете посмотреть на снимок пациента и многозначительно сказать «Да-а-а», как причина для формирования невроза уже готова. Большое число ятрогений и дидактогений наблюдается при грамотных, но безапелляционных заключениях о «вертикальной оси сердца», «опущении внутренних органов», «миокард но-дистрофии» и т. д. Значительное количество неврозов формируют статьи профессоров и академиков в журнале «Здоровье» и других средствах массовой информации, плохо продуманные развлекательно-познавательные программы на радио и телевидении.

Механизмы внушения, способного убить или ранить, можно использовать и с лечебной целью. Косвенное внушение как средство воздействия на психические и биологические возможности человека таит в себе богатые возможности.

Знаменитый терапевт XIX в. М.Я. Мудров окружил свои рецепты определенным ритуалом. Он лечил «специальными» порошками: золотыми, серебряными и «простыми» (по цвету бумаги, в которую они были завернуты). В руках великого клинициста эти порошки творили чудеса, излечивали многие заболевания... И только после его смерти выяснилось, что в состав порошков входил всего-навсего хорошо перемолотый мел. «Назначат ли больному, – писал М.Я. Мудров, – бром, глицерофосфат или пропишут, украсив греческим или латинским названием, громким, пышным и обязательно длинным, пилюли из хлебного мякиша или растения «львиный зев», влияние их будет одинаково, если убедить больного, что от них у него наступит облегчение. Тогда лекарство будет принято с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства». И далее: «... есть душевные лекарства, кои врачуют тело, они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального можно утешить, сердитого умягчить, нетерпеливого успокоить, бешеного остановить, дерзкого испугать, робкого сделать смелым, скрытого – откровенным, отчаянного – благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного... Восхищение, радость, уверенность больного тогда полезнее самого лекарства».

И это не шарлатанство, не химера. Это великое искусство врачевать, умение использовать возможности одного из методов психотерапии – косвенное внушение.

И.П. Павлов рассказывал о своем учителе С.П. Боткине: «Лечили часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, по-видимому, при подобных же случаях оказывались неутешительными у них, творя чудеса в руках учителя».

Современные врачи этим методом психотерапии владеют плохо, отдав его на откуп знахарям и народным целителям. Но сама жизнь напоминает о мощном воздействии косвенного внушения. То все начинают принимать мумиё и излечиваются, то едут за сотни километров в Прибалтику за АУ-8 – помогает, то начинают пить «кремниевую воду» – и здоровы. Меняются «лекарства», терминология, промежуточный ритуал, но это не меняет механизмов лечебного воздействия самого метода.

Косвенное внушение лежит в основе таких широко известных методов лечения, как «операция» филиппинских хиллеров или распространенное у нас в стране «кодирование» алкоголиков.

Я.Л. Шрайберг в качестве суггестивного фактора использовал ароматическое вещество – раствор тимола в спирту который он капал на марлевую маску и давал вдыхать больному (маска по Шрайбергу); А.М. Свядош применял эфир (маска по Свядошу).

Пациенту можно дать индифферентный порошок и внушить: «Вы сейчас примете порошок. Он обладает успокаивающим действием. Через 15 минут вы станете спокойным и уравновешенным. В последующем будете принимать порошок 3 раза в день и состояние ваше изменится к лучшему».

Промежуточными суггестивными факторами могут служить обычные методы исследования или физиотерапевтические процедуры.

Один из авторов пособия (Кондрашенко, 1959), работая в Калининградском военном госпитале, наблюдал, как по-разному влияют одни и те же физиотерапевтические процедуры на больных с периферическими невритами.

«В неврологическом отделении госпиталя в конце 50-х годов лечилось много молодых летчиков с травматическими люмбоишиалгиями (результаты катапультирования). Летчики – народ особый. Они не умеют болеть. Часто диссимилируют свое болезненное состояние, но если встречаются с резкой болью и чувством беспомощности, то, как все истинно здоровые люди, быстро раскисают...

Лечили таких больных по одной схеме. Основу физиотерапевтического лечения составляла глубокая диатермия. И вот в таких, почти «унифицированных», условиях одни больные выздоравливали за 10–15 дней, а у других заболевание затягивалось на 3–4 недели. Я терялся в догадках. Случайно зашел в физиотерапевтическое отделение... Две одинаковые кабины для глубокой диатермии. Прием ведут две медсестры... Одна в зрелом возрасте, одета неряшливо, волосы всклокочены, на лице выражение недовольства и даже злобы. Процедуры отпускает стандартно: «проходи», «ложись», «не вертись», «не разговаривай», «следующий».

Вторая медсестра была юной и миловидной. Одета красиво. Держится, как жрица. В руках ее тонкая изящная палочка, на конце палочки – неоновая лампочка. При входе в кабину зачем-то стоит аппарат для УВЧ-терапии.

Медсестра выходит из кабины, загадочно улыбается и приглашает очередного пациента по имени и отчеству. Когда тот, уже замороженный ее видом и улыбкой, встает, она протягивает свой импровизированный «жезл» к аппарату УВЧ, неоновая лампочка загорается... Это знак входить в кабину. Когда больной, готовясь к процедуре, снял пижаму, медсестра не спешит укладывать его на кушетку. Она внимательно осматривает его поясницу и говорит: «У вас значительное улучшение. Лордоз уменьшился. Ягодичная складка стала более выраженной». Потом нежно проводит рукой по пояснице: «Болевой синдром тоже исчезает». Примерно то же самое повторяется и после процедуры... Кто научил эту молодую девушку искусству врачевания? Или она пришла к этому сама? Или сыграл роль тот факт, что пациентами ее были молодые летчики?

Я сравнил результаты лечения больных, и оказалось, что те больные, которые выздоравливали в два раза быстрее, лечились у Нади (так звали молодую медсестру). По молодости лет я не стал вникать в тонкости механизмов проводимого лечения. Я купил Наде красивые цветы, договорился с ней, что все «мои» больные будут лечиться у нее, и число койко-дней сразу снизилось на 30–40 %. С тех пор, сколько бы мне ни говорили о специфичности физиотерапевтических методов лечения, я не возражал, но всегда вспоминал Надю...

Внушение в состоянии бодрствования. Эффективность внушения наяву зависит от обстановки, в которой проводится лечение, внешнего вида медперсонала, авторитета врача, его мастерства и артистизма. Чем выше авторитет врача, тем меньшую критическую оценку встречает его «формула» внушения.

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено (Рожнов, 1971; Свядогц, 1982 и др.), 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 состоянии бодрствования показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенно эффективен этот метод при лечении детей и лиц с повышенной внушаемостью.

Существует несколько вариантов техники внушения наяву но у опытного психотерапевта она каждый раз иная.

Вариант 1. После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив 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 (Консторум, 1962). И.С. Сумбаев (1946) в таких случаях рекомендовал предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. «Вы не спите, – говорит врач, – 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.

Вариант 4. П.И. Буль (1974) предлагает следующий способ внушения в состоянии бодрствования: «Расслабьте всю мускулатуру вашего тела... Дышите спокойно, глубоко... В этом состоянии покоя, отдыха вы будете хорошо воспринимать все мои слова, все мои внушения! С каждым последующим сеансом вы будете все лучше расслабляться в этом кабинете, все лучше воспринимать и фиксировать в своем сознании все мои формулы внушения. Спать вы не будете, никакого гипноза у вас не будет, но тем не менее с каждым последующим сеансом терапии вы будете отмечать, как улучшаются ваше состояние, самочувствие и настроение... Вы будете замечать, что восстанавливается ваш обычный нормальный ночной сон... Вы будете ложиться в постель в строго определенное вами самими время... К этому часу вы будете отмечать, как с каждым разом все больше и больше хотите спать... Вы охотно будете ложиться в постель и, как только голова коснется подушки, вы будете быстро, приятно и совершенно безмятежно погружаться в физиологический сон. Ваш сон будет крепким и глубоким, без всяких неприятных сновидений, без неприятных ощущений, без излишних пробуждений. Сон имеет огромное значение для клеток вашей нервной системы, поэтому я внушаю вам – спать лучше, спать крепче и не менее 7–8 часов в сутки.

По мере того как будет нормализоваться ночной сон, вы будете отмечать, что исчезают боли в области сердца, которое, как показали специальные исследования, совершенно здорово и не имеет никаких органических изменений! У вас прекрасное, молодое и совершенно здоровое сердце, нормальное кровяное давление! Боли в сердце возникли у вас из-за расстройства нервной системы функционального и вполне излечимого характера в связи с переживаниями и нарушениями сна.

Теперь, по мере того как ваш сон нормализуется, станет лучше и совершенно безболезненно работать ваше сердце. У вас исчезнет раздражительность, повысится аппетит, улучшится настроение. С каждым последующим сеансом внушения вы будете замечать, как все новые и новые запасы сил, бодрости и энергии как бы вливаются в организм и делают вас здоровым, бодрым и жизнерадостным человеком».

Внушение в состоянии естественного сна. В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомногенных систем головного мозга (Вейн, 1974 и др.). Доказано наличие в мозгу (гипоталамус) не только активных аппаратов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. Иными словами, за последние годы изменялись и углубились наши представления о физиологических механизмах сна. Однако это совсем не означает отрицания нейродинамической теории сна, основанной на трудах классиков отечественной физиологии А.А. Ухтомского, И.П. Павлова, Л.А. Орбели и др.

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 обуславливают избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых имеется возможность поддерживать контакт с внешним миром. Образуются так называемые «сторожевые» пункты. В литературе широко известны примеры «сторожевых» пунктов во время сна, описанные В.Н. Сперанским (сторожевые животные, охраняющие спящее стадо), Л.А. Орбели (головоногий моллюск осьминог с выпущенной во время сна дежурной «сторожевой» ногой) и др. Стали классическими примеры сна матери, чутко реагирующей на слабый крик своего ребенка, или мельника, спящего под грохот жерновов и просыпающегося при внезапно наступившей тишине.

Мы наблюдали пациента, у которого «сторожевой» пункт был ориентирован на слабый специфический звук противоугонного устройства автомобиля, стоящего под окном. Этот человек глубоко спал под самые разнообразные звуки шумной столичной улицы, но каждый раз просыпался, если срабатывало противоугонное устройство.

В состоянии бодрствования сила возбуждения корковых клеток адекватна силе раздражителя. Для переходных (фазовых) состояний характерно изменение реактивности клеток на воздействие раздражителей: при уравнительной фазе сильные и слабые раздражители вызывают равные по силе реакции; при парадоксальной фазе слабые раздражители вызывают сильную реакцию, а сильные – слабую или реакция отсутствует. При образовании «сторожевого» пункта важную роль играют уравнительная и особенно парадоксальная фазы.

У спящего человека или животного «сторожевые» пункты образуются под воздействием раздражителей, несущих жизненно важную информацию, и возникающих переходных фаз сна.

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 просыпания подверглось амнезии.

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

Вариант 1. Больного переводят из состояния сна в про-сонное, налаживают с ним речевой контакт и осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется, предлагают ему пошевелить рукой, ногой. Убедившись, что речевой кон-

такт установлен, проводят лечебное внушение. Например: «Спите спокойно, не просыпайтесь. На счет десять вы уснете еще глубже. Раз, два... Лечению вы поддаетесь хорошо. Вы стали бодрым, спокойным. Появились уверенность в выздоровлении и желание трудиться. Вам стал противен запах и вид алкоголя». Ребенку с ночным энурезом внушают: «Теперь ты сможешь удерживать мочу всю ночь. Твоя кровать всегда сухая и чистая» и т. п. Этот вариант более приемлем при индивидуальной психотерапии.

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 аудиодиск и предварительно дают прослушать (весь или только начало) пациентам в бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или с помощью звукозаписи, которая включается и выключается автоматически или медицинским персоналом. Текст внушения может быть унифицирован (при однородном контингенте больных) или, наоборот, индивидуализирован. Чаще применяется при коллективных сеансах.

Вариант 3. Предложен А.М. Свядошем (1982) под названием *никтосуггестия* (от греч. *nyktos* – ночь и лат. *suggestio* – внушение). Предварительно проводится сеанс коллективной гипнотерапии или суггестии наяву, во время которого пациентам внушается, что они ночью будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (счет до десяти) и внушение, которое принесет им исцеление. Сигнал и слова внушения записываются на магнитофон и подаются ночью через наушники или динамик.

Наиболее широкое применение этот метод нашел при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Он используется также для коррекции девиантных форм поведения, при ночном энурезе. Для взрослых применяется при различных формах неврозов и хроническом алкоголизме.

1.4. Гипносуггестия

1.4.1. Общие положения

Еще В.М. Бехтерев (1908) разграничивал такие понятия, как *внушение*, *внушаемость* и *гипноз*. Касаясь терапевтических аспектов этого вопроса, можно условно выделить терапию внушением (без гипноза), терапию посредством гипноза и терапию внушением в состоянии гипноза. Такая постановка вопроса нашла свое отражение и в соответствующей терминологии. Говорят о *гипнотерапии* (Лебединский, 1971 и др.), о *гипноспсихотерапии* (Вельвовский и соавт., 1984; Рожнов, 1985), о *внушении в состоянии гипнотического сна* (Свядош, 1982; Карвасарский, 1985), о *гипноанализе*, о *гипносуггестивной терапии* (Буль, 1974) и т. д. Принципиальных разногласий здесь нет. Речь, скорее, идет о различных методологических подходах в лечебном использовании внушения и гипноза.

Брейер и Фрейд использовали гипноз для достижения аффективной разрядки (гипнокатарсис), Эриксон, Линдер и другие – для преодоления сопротивления при психоанализе (гипноанализ). Жане, а затем А.А. Токарский применяли пролонгированный гипноз как «средство, успокаивающее и укрепляющее нервную систему в большей степени, чем сон обыкновенный». Позже эту методику детально разработали К.И. Платонов и В.Е. Рожнов.

Однако 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.

1.4.2. Подготовительный период

Лечение следует начинать только тогда, когда для этого созданы соответствующие условия. Помещение, где проводится лечение гипнозом (гипнотарий), должно быть достаточно просторным (30–40 м²), с хорошей вентиляцией и звукоизоляцией. Гипнотарий должен быть оборудован удобными для сна креслами (типа авиационных) или кушетками. Для того чтобы во время сеанса не было слышно шагов врача или медсестры, пол покрывается ковром. Освещение неяркое, но достаточное для того, чтобы врач мог наблюдать за поведением, дыханием, мимикой каждого больного. Важно, чтобы свет (естественный или искусственный) не падал в глаза больного, а находился сбоку или лучше за его спиной.

Шторы, стены, кресла и искусственное освещение должны быть одноцветными, лучше фиолетовыми, так как этот спектр света действует успокаивающе.

Гипнотарий оборудуется источниками слабых звуковых и световых раздражителей: зуммером, метрономом, лампой синего мигающего света, магнитофоном с записями тихой успокаивающей музыки, шума дождя или морского прибоя... Желательно также присутствие в гипнотарии во время сеанса медсестры. Она помогает пациентам принять более удобную позу, при необходимости дает им лекарства, по указанию врача включает нужные приборы, но главное, присутствие медсестры усиливает впечатление значительности проводимого лечения и предупреждает сексуальные фантазии истеричных больных.

Важно так усадить или уложить пациента, чтобы ему ничего не мешало, не стесняла одежда, чтобы кресло или кушетка, особенно в зимнее время, не были холодными. Лучше всего перед сеансом предложить больному занять позу, в которой он привык засыпать.

Предварительная беседа. Важным этапом подготовительного периода является предварительная беседа с пациентом. Прежде всего нужно выяснить отношение больного к лечению гипнозом. Если он по каким-то причинам боится гипноза и не хочет ему подвергаться, то спешить с гипнотизацией не следует. Чаще всего представление о гипнозе у пациента связано с его культурным уровнем. Тем не менее нередко даже высококультурные люди не лишены предрассудков в отношении гипноза, а гипнотизера, как правило, наделяют магическими способностями. Мы не спешим разубеждать пациента в «могуществе» врача. Чем больше вера в него, тем эффективнее лечение, но мистический «налет» с гипноза и гипнотизера должен быть снят. Гипноз, поясняем мы пациентам, – это естественное состояние психики, которое нередко появляется у человека при засыпании и просыпании. Оно похоже на сон, но это не сон, так как в состоянии гипноза сохраняется речевой контакт между пациентом и врачом. Пациент слышит врача, может сам говорить и отвечать на его вопросы. Но слово врача в состоянии гипноза действует на пациента с особой силой, позволяющей регулировать работу его центральной нервной системы и внутренних органов.

Некоторые пациенты опасаются, что в состоянии гипноза они могут стать «послушным механизмом» в руках гипнотизера или посмешищем в глазах окружающих. Поэтому нужно заранее объяснить пациенту, что лечебный гипноз не имеет ничего общего с эстрадой, а врач никогда не использует повышенную внушаемость в гипнозе во вред больному. Некоторых больных волнует мысль, что они «не поддадутся гипнозу», «не уснут». Многие при этом ссылаются на уже имеющийся у них опыт. В таких случаях следует разъяснить, что глубина сна не играет решающей роли в конечном эффекте лечения. Опытный врач сам

выбирает именно ту стадию гипноза, которая необходима для лечения. Больному же в процессе сеанса нужно спокойно слушать врача, не сопротивляясь, но и не стараясь активно ему помогать. От пациента требуется спокойная пассивность, остальное – дело психотерапевта.

Гипнологи знают, что существует так называемый *антисуггестивный барьер* (Вельвовский и соавт., 1984). Чем выраженнее антисуггестивный барьер, тем меньше внушаемость. В связи с этим в своей предварительной беседе мы подчеркиваем, что лечение гипнозом никогда не проводится против желания больного. Оно не назначается, как пилюли или инъекции. О лечении гипнозом врач и больной договариваются, так как здесь обязательно обоюдное согласие и активное участие больного в проводимом лечении.

Полезно рассказать, что во время гипноза нормализуются нервные процессы и работа внутренних органов, улучшается кровообращение головного мозга, укрепляются память и воля. На последнем надо сделать особый акцент, так как некоторые больные уверены, что лечение гипнозом «мешает их собственной воле».

Главное в предварительной беседе – возбудить у пациента интерес к лечению, усилить уверенность в успехе, добиться доверия к врачу. Предварительная беседа – это уже начало лечения. Она должна соответствующим образом настроить больного и усилить последующую суггестию в гипнозе.

Уже в ходе предварительной беседы врач может составить представление о степени гипнабельности того или иного пациента и заранее спланировать свою лечебную тактику.

Подготовительный период не терпит спешки. Нужно выслушать ответы больного на вопросы, разъяснить непонятное, развеять все страхи и сомнения, и только убедившись в том, что пациент подготовлен к гипнотерапии, и получив на то его согласие, можно приступить к гипнотизации.

Пробы на внушаемость. Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (приемы, тесты) на внушаемость. Следует сразу отметить относительную ценность таких проб, так как до сих пор не доказано, что внушаемые пациенты более восприимчивы к гипнозу, чем невнушаемые. Некоторые гипнологи (Лебединский, 1971 и др.) вообще считают предварительные пробы на внушаемость малополезными. Это крайняя точка зрения, приемлемая больше для опытных психотерапевтов. Начинаящим же гипнологам пробы на внушаемость помогают прежде всего обрести уверенность в собственных возможностях, а также укрепить доверие сомневающимся в гипнозе пациентов.

Некоторые из приемов, особенно в сочетании со словесным внушением, сами по себе могут погрузить пациента в гипнотическое состояние.

Ниже приводятся примеры проб на внушаемость.

Проба 1. Перед испытуемым ставят штатив с тремя заранее подготовленными пробирками и под предлогом исследования обоняния императивным тоном заявляют: «Вот три пробирки: в одной была вода, во второй – керосин, в третьей – духи. Укажите мне пробирку, где был керосин». Способность испытуемого четко дифференцировать несуществующие запахи свидетельствует о его повышенной внушаемости.

Проба 2. Пациента просят стать боком к стене и тыльной стороной сжатого кулака опереться изо всех сил о стену. Глаза должны быть закрыты. Внушение: «Обопритесь сильнее о стену. Теперь отойдите от стены и опустите руку. Рука снова сама поднимется до уровня плеча». При повышенной внушаемости рука, которой пациент опирался о стену, опустившись к бедру, вновь поднимется.

Проба 3. Пациенту предлагают вытянуть руки вперед ладонями внутрь. Под предлогом неврологического исследования просят фиксировать взгляд на молоточке, одновременно внушают: «Ваши руки расходятся в стороны. Шире. Еще шире». При повышенной внушаемости руки расходятся в стороны.

Проба 4. Под предлогом неврологического исследования пациента ставят в позу Ромберга (пятки и носки вместе, руки вытянуты вперед, глаза закрыты). Внушение: «Сейчас вы падаете назад. Назад! Теперь вперед! Влево! Вправо!» Пробу можно усилить, производя легкое надавливание пальцами рук на глаза или виски пациента. При повышенной внушаемости пациент падает в заданном направлении, и его нужно вовремя подстраховать.

Проба 5. Пациента усаживают в кресло и предлагают ему смотреть прямо в глаза врачу, сцепив руки в «замок». Внушение: «Ваши руки постепенно сжимаются. Теперь сжаты крепко. Вы сами не в состоянии разжать их. Руки вы разожмете только после моего указания. Попробуйте, приложите усилия. Вы не можете разжать руки».

Проба 6. Испытуемому предлагают развести пальцы рук с максимальным напряжением, «сделав их твердыми, как гвозди». При этом внушают, что он не может согнуть пальцы.

Проба 7. Пациенту говорят, что сейчас прикоснутся клочком ваты к его глазу, и просят его при этом не мигать. Внушают: «Вы можете не мигать. Прикосновение безболезненно. Никаких неприятных ощущений оно не вызывает». При этом прикасаются ватой к склере глаза вблизи роговицы. Затем говорят: «Сейчас я прикоснусь ватой к тому же глазу но вам будет очень неприятно и вы не сможете не мигать». Прикасаются незаметно для больного не к склере, а к роговице, которая во много раз чувствительнее. Подавить роговичный рефлекс большинству людей не удается.

Проба 8. Испытуемому дают в руки нитку с грузиком на конце (маятник Шевроле). Внушают: «Сейчас вы, не двигая рукой, будете думать, только думать, что груз качается от вас ко мне. Думайте». Вскоре груз начинает раскачиваться в заданном мыслью направлении. «А теперь, – продолжает врач, – вы думаете, что предмет остановился, встал как вкопанный». Предмет останавливается и замирает.

Последние две пробы основаны не столько на внушаемости, сколько на других эффектах (разная чувствительность слизистых, идеомоторный эффект), но такие приемы усиливают внушаемость и помогают пациенту убедиться в том, что он хорошо «поддается» гипнозу.

Одинаково ли гипнабельны люди? Все ли поддаются гипнозу? Каков процент успешности гипнотизации?

На первый вопрос ответил еще в 1818 г. Шестанье де Пьюисегюр, который у одних пациентов без особого усилия вызывал сомнамбулу, а других не мог погрузить в состояние «магнетизма» даже после многочисленных сеансов.

По Бернгейму, гипнозу поддаются примерно 80 % людей, по Бирману – 85, по Форелю – 90 %. Из них сомнамбула отмечается примерно в 20 % случаев.

Таким образом, степень гипнабельности, или, как говорил М.С. Лебединский, степень гипнотизабельности, у всех людей различна. По его данным, дети в возрасте от 7 до 14 лет практически все гипнабельны. Более других подвержены гипнозу больные истерией, лица, перенесшие травму головы, а также страдающие алкоголизмом.

Гипнабельность поддается тренировке. Исходя из этого, некоторые психотерапевты считают, что негипнабельных людей вообще нет. Чтобы доказать это, К.И. Платонов провел с одним из «негипнабельных» пациентов 100 сеансов гипноза и добился сомнамбулы. Ференци считал, что степень гипнабельности зависит не столько от пациента, сколько от гипнотизера. По его данным, одни терапевты способны загипнотизировать 10 % испытуемых, другие – 96 %.

1.4.3. Методы и техника гипнотизации

В настоящее время насчитывается более ста различных методов гипнотизации. В лечебной практике обычно применяют 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 методов разработано множество вариантов техники гипнотизации. Приведем несколько методов гипнотизации.

Метод Фариа, или метод фасцинации (от лат. *fascinare* – очаровывать). Предложен португальским аббатом Фариа (1813), который привез этот метод из Индии, позаимствовав его из практики факиров.

Врач находится напротив пациента на расстоянии 30–50 см, несколько возвышаясь над ним (для этого больного лучше усадить). Пациенту предлагают смотреть врачу в глаза, не мигая. Одновременно врач берет пациента за плечи, медленно раскачивает его спереди назад и пристально смотрит на его переносицу. Внушение: «Смотрите мне в глаза. Ваш взгляд становится тяжелым. Ваши глаза устали, но не закрывайте их до тех пор, пока можете держать открытыми. Ваши веки тяжелеют, словно наливаются свинцом. Тяжелеет все тело». Следует короткая пауза. Обычно пациент не выдерживает длительного взгляда и начинает моргать. После этого голос врача становится более уверенным: «Ваши глаза моргают, а теперь закрываются... закрываются. Вы засыпаете... засыпаете».

Как только глаза пациента закрылись, врач кладет на них пальцы и внушает: «Ваши веки склеились, вы не можете их открыть до тех пор, пока я вам не прикажу». Если больной сам не закроет глаза, можно без слов опустить его веки прикосновением к коже надбровных дуг или сказать ему: «Закройте глаза», после чего продолжить внушать признаки сонливости.

При всей своей кажущейся демонстративности и театральности этот метод достаточно эффективен, так как основан на неизвестном больному приеме: гипнотизер, требуя от больного, чтобы он смотрел ему в глаза, сам смотрит на его переносицу и тем самым менее утомляет свой взор. Данный метод требует от психотерапевта определенной тренировки. Для этого нужно ежедневно фиксировать взгляд на каком-нибудь предмете с расстояния 30–50 см и смотреть на него, стараясь не моргать, в течение нескольких минут.

Метод Брейда – Льебо. Сущность метода сводится к тому, что пациенту предлагают фиксировать взор на каком-нибудь предмете до тех пор, пока не наступит гипнотическое состояние. Следует подчеркнуть, что, гипнотизируя, Брейд предлагал испытуемому не только фиксировать свой взор на предмете, но и полностью расслабиться и сосредоточить все свои мысли на сне.

В качестве монотонных раздражителей, действующих на слуховой анализатор, можно использовать звуки метронома, дождя, морского прибоя, тиканье часов и т. д. С целью монотонного слабого раздражения кожного анализатора издавна используются пассы – проведение ладонью вдоль лица и туловища на расстоянии 2–3 см. Иногда для этой цели применяют электронагревательные приборы (рефлектор Минина с синей лампой, фен и т. д.).

М. Эриксон (Erikson, 1939) считал, что при гипнотизации важен не столько сам монотонный раздражитель, сколько представление о нем.

В настоящее время гипнотизация с помощью воздействия на анализаторы сопровождается, как правило, словесным внушением. Задача его, как считает В.Е. Рожнов, сводится к

тому, чтобы вызвать условно-рефлекторное погружение в гипнотический сон путем словесных формулировок, описывающих те ощущения, которые испытывает засыпающий человек.

В числе первых специалистов, разработавших метод словесного погружения в гипноз, был последователь Брейда, современник Бернгейма и Шарко Амвросий Август Льебо. Он клал руку на лоб пациента, внушал ему то состояние, которое испытывает засыпающий человек, и таким образом добивался гипнотического транса с раппортом.

В последующем воздействие слабых монотонных раздражителей, воздействующих на зрительный, слуховой или кожный анализатор, в сочетании с вербальным внушением сна стало основой многих *комбинированных*, или *смешанных*, техник гипнотизации. Вот некоторые из них.

Техника И. Бернгейма. Описана в книге «О внушении в гипнотическом состоянии бодрствования» (1884).

«...Смотрите на меня и думайте только о том, чтобы заснуть. Вы почувствуете тяжесть ваших век и усталость в глазах; ваши глаза моргают, они увлажняются, зрение становится туманным; глаза закрываются». Некоторые пациенты закрывают глаза и засыпают моментально. Другим я повторяю, еще более подчеркиваю, добавляю жест; характер жеста не так важен. Я держу два пальца правой руки перед глазами пациента и прошу смотреть пристально на них, или обеими руками я провожу несколько раз сверху вниз перед глазами, или прошу его смотреть мне прямо в глаза и стараюсь в это время концентрировать все его внимание на мысли о сне. Я говорю: «Ваши веки закрываются, вы не можете их открыть. Вы испытываете тяжесть в руках и ногах; вы ничего больше не чувствуете, ваши руки неподвижны, вы ничего больше не видите, приходит сон» – и добавляю повелительно: «Спите!» Часто это слово является решающим, глаза закрываются, больной спит.

Если пациент не закрывает глаза или не держит их закрытыми, я не заставляю его долго фиксировать мои глаза или мои пальцы, потому что есть такие пациенты, которые без конца таращат глаза и сосредоточивают внимание на этом, а не на мысли о сне; в таких случаях успех лучше достигается с закрытыми глазами. По истечении двух или самое большее трех минут я прикрываю веки или же медленно опускаю их на глазные яблоки, постепенно закрывая их, подражая тому, что происходит, когда к человеку естественно приходит сон, и кончаю тем, что держу их закрытыми, продолжая внушение: «Ваши веки слипаются, вы не можете их открыть; потребность спать становится все сильнее; вы не можете больше сопротивляться». Я постоянно понижаю голос, я повторяю приказание: «Спите», – и редко бывает, чтобы сон не приходил через 4 или 5 минут. Это сон посредством внушения. Это образ сна, который я постепенно ввожу в мозг.

С одними лучше поступать мягко; с другими, не поддающимися мягкому внушению, надо быть резким, говорить приказным тоном, чтобы пресечь стремление смеяться или произвольное сопротивление, вызванное подобными приемами. Часто у лиц, кажущихся невосприимчивыми, я добивался успеха, держа долго глаза закрытыми, предписывая тишину и неподвижность, говоря непрерывно и повторяя одни и те же формулы: «Вы чувствуете оцепенение, онемение, руки и ноги неподвижны, вот и тепло в веках; нервная система успокаивается; ваши глаза остаются закрытыми, приходит сон» и т. д. После 8-10 минут внушения я отнимаю пальцы, глаза остаются закрытыми; я поднимаю руки, они остаются в воздухе, это каталептический сон!»

Техника К.И. Платонова. Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова, наряду с которыми он может пользоваться также вспомогательными физическими приемами усыпления. Последние могут выражаться, например, в виде слабых ритмических раздражителей одного из анализаторов или же нескольких анализаторов сразу с целью развития в них тормозного процесса. Для этого могут быть применены редкие удары метронома (с частотой один удар в 1–2 с), тиканье стенных или карманных часов, однообразное

поглаживание больного по руке, голове или по лбу; иногда больному предлагается длительно смотреть на какую-либо блестящую точку и т. д.

Одновременно врач произносит примерно следующие слова: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем сна. По вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют руки и ноги, тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас неодолимо клонит ко сну. Мой голос вы хорошо слышите, я сейчас буду медленно считать до десяти, с каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз... два... три... Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Такие усыпляющие внушения следует время от времени повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том, что уже совершилось: «Вы уже перестали ощущать ваше тело, ваши веки уже плотно сомкнулись, очень приятное отдохновение уже разлилось по вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких волнений уже нет, мои слова вы воспринимаете еще более четко и все более поддаетесь их воздействию».

Техника И.З. Вельвовского. Используются слабые монотонии (монотонные шорохи, постукивания, звук метронома, фиксирование взглядом шарика, легкие тактильные раздражители).

Словесное внушение: «Вы находитесь сейчас в удобной, приятной позе покоя, ничто вас не раздражает, ничто не мешает этому приятному отдыху, даже звуки, если они доносятся до вашего слуха, вас не беспокоят. Вам удобно, уютно, приятно (повторить с паузами 2–3 раза). Все окружающее вас как бы не касается, не касается... По вашему телу разливается приятное, легкое, успокаивающее тепло, а лоб и голова на фоне этого приятного тепла во всем теле испытывают приятную легкую прохладу. Все ваше тело приятно расслаблено... приятно расслаблено. Во всем теле приятная истома, покой. Легкое монотонное постукивание метронома (или негромкий звук зуммера, шум вентилятора и приносимые им ритмично волны воздуха и т. д.) усиливает чувство приятной истомы и покоя. Они навевают дремоту, приятную дремоту, дремоту и покой... На фоне этого общего приятного покоя и полного, все усиливающегося отвлечения от всего окружающего вы ясно слышите мой голос. Он также действует на вас приятно-успокаивающе и воспринимается вами ясно. Слушая мой голос, вы отвлекаетесь от всяких мыслей, они уходят от вас, ничего вас не тревожит, не беспокоит... Не тревожит и не беспокоит. Полный покой. Полное бездумие, покой и бездумие. Ваши веки приятно отяжелели. Они опускаются, опускаются... Они закрылись, и приятный покой и истома стали еще глубже».

Далее нужно формировать и углублять распространение приятного чувства тяжести в руках, ногах, во всем теле. Внушение особенно легко реализуется в моторном секторе, двигательной и мышечной сфере. Поэтому следует внушать приятную тяжесть и покой в мышцах век, лица, рук, ног, всего тела, все время подчеркивая, что это приятно. На этом фоне нужно начать формирование необходимых ощущений в области дыхания и сердечной деятельности: «Вам приятно, удобно, дыхание ваше становится спокойней и спокойней. Дыхание, как во сне, становится легким, поверхностным, приятно легким и нечастым». И далее: «Вы совершенно спокойны. Вам приятно, сердце ваше бьется ровно, спокойно, неторопливо...» Полезно взять руку, нащупать пульс. «Вот ваш пульс, я чувствую... Он ровен, хорошего наполнения. Сердце бьется спокойно. Раз... два...

три...» Счет ведется в темпе 60 ударов в минуту, пока пульс не установится в этом ритме. Не следует торопиться с приказом: «Спите! Спать!» Более приемлемо внушение: «Вы находитесь в особом состоянии покоя. Это состояние гипноза. При нем вы хорошо слышите меня, и мои внушения приобретают особую силу. Ваша нервная система, все ее клетки находятся в целебном сне, а слух на этом фоне глубокого покоя особенно ясно воспринимает мой

голос и мои слова. Именно поэтому мои внушения и мои слова воспринимаются и полностью реализуются вашим организмом».

Техника В.Е. Рожнова. Больному предлагают фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном блестящем предмете, обычно на металлическом шарике или кончике неврологического молоточка. Прием усыпления примерно таков: «Расслабьте мышцы. Лежите совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног и всего тела. Расслабляются мышцы лица, шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и, по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать, становиться все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять, вы заснете».

Примерно такие фразы врач повторяет несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спите!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «Спать! Спите!», следует выделять из общей мелодии речи и произносить с ударением, придавая им приказной оттенок. Не следует допускать скороговорок. Слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми.

Техника П.И. Буля. Больной ложится на кушетку. Врач садится у изголовья и держит перед его глазами примерно на расстоянии 10 см какой-либо блестящий предмет. Больному предлагается пристально смотреть на предмет. Через 5–7 мин врач тихим монотонным голосом произносит формулу внушения: «Смотрите пристально на блестящую точку. Постепенно ваши глаза будут утомляться... веки будут тяжелесть... вас будет охватывать приятная усталость. Вы начинаете испытывать приятное головокружение. Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг вас. В голове возникает легкий туман, он все нарастает, все усиливается... Вас охватывает сонливость, веки тяжелые, словно налились свинцом... Веки смыкаются. Вам все труднее различать предметы... Вы засыпаете, засыпаете... Веки плотно смыкаются. Вы не в силах их поднять. Забываетесь, забываетесь... Все глубже сонливость... Вы засыпаете... спите... спите глубже... Спите».

Примерно такие же формулы внушения П.И. Буль рекомендует применять в сочетании с монотонными воздействиями раздражителей на слуховой (метроном, шум падающих капель воды) или на кожный (пассы, электролампа на шнурке, электронагреватели и др.) анализатор.

Техника Л. Шертока. Пациента просят фиксировать взгляд на предмете, который находится приблизительно на расстоянии 25 см от его глаз. Внушения могут осуществляться по следующей формуле, конечно, с многочисленными вариантами: «Я держу перед вами предмет. Вы смотрите на этот предмет, вы слышите мой голос. Если вы отводите взгляд, направьте его снова на предмет. Расслабьтесь и слушайте мой голос. Я хочу, чтобы вы расслабились. Вы чувствуете расслабление во всем теле. Вы расслабляетесь все больше и больше. Фиксируя предмет и слушая мой голос, вы чувствуете, что расслабляетесь все более и более. Мышцы ваших ног расслаблены, мышцы ваших рук расслаблены. Вы чувствуете также, что вы дремлете. Вы будете дремать все глубже, глубже и глубже. Слушайте хорошенько мой голос. А теперь вас охватывает тяжесть, ваше тело становится тяжелым. Ваши ступни, ваши ноги, ваше тело становятся тяжелыми, тяжелыми, тяжелыми... Приятное тепло пронизывает ваше тело. Вы думаете о сне. Приятное тепло пронизывает ваше тело, как бывает, когда вы засыпаете. Ваши веки становятся тяжелыми, вы становитесь сонливым, ваши веки становятся теплыми, тяжелыми... тяжелыми. Думайте о сне и ни о чем другом. Вы не можете держать глаза открытыми, ваши веки становятся все тяжелее и тяжелее... Вы хотите спать, вы все больше и больше хотите спать, ваш взгляд утомлен, вам колет глаза, глаза слезятся

(это говорят в том случае, если глаза становятся влажными). Дышите глубоко и медленно. С каждым вдохом ваш сон глубже, глаза ваши теперь закрыты. Вы засыпаете, спите, спите!»

Обычно проведенные внушения заставляют пациента закрыть глаза. Если же этого не произошло, можно прибегнуть к технике счета. Она состоит в возобновлении внушения при счете от одного до десяти. Если и после этого пациент не закрывает глаза, можно, по примеру Бернгейма, использовать следующий способ: руку держать в нескольких сантиметрах от глаз пациента и передвигать ее попеременно сверху вниз и снизу вверх много раз. Прием сопровождается словами: «Следите за моей рукой вверх, вниз, вверх, вниз и вы захотите спать все сильнее и сильнее». Если у пациента глаза все еще открыты, ему говорят: «Теперь вы можете закрыть глаза!» При этом врач осторожно закрывает пальцами веки пациента (Chertok, 1972).

Техника, наиболее часто применяемая в практике авторов данной книги. Пациента укладывают на кушетку или усаживают удобно в кресло в затемненной тихой комнате. Врач садится напротив, обычно с правой стороны, держа в руке какой-нибудь блестящий предмет (часы, неврологический молоточек и т. п.). Больному предлагается полностью расслабиться и фиксировать свой взгляд на этом предмете. Врач негромким монотонным, но внушительным голосом начинает говорить: «Ваши мышцы полностью расслабились, ни о чем постороннем не думайте, слушайте только мой голос... Смотрите на часы в одну точку, по возможности не мигая. Постепенно глаза ваши начнут уставать, веки тяжелеть, и вам захочется закрыть глаза. Считаю до пяти, и на счет пять ваши глаза закроются. Раз... два... Глаза начинают уставать, контуры часов становятся расплывчатыми, веки тяжелеют, вас охватывает сонливость. Веки тяжелеют все больше и больше, они опускаются ниже и ниже (при этом можно опускать предмет, на котором больной фиксирует свой взор, все ближе к его груди. Три, четыре, пять... Глаза закрываются...)» Если больной продолжает держать глаза открытыми, можно рукой осторожно прикрыть веки.

Далее продолжается внушение сна: «Ваши мышцы расслаблены. Вы чувствуете приятную тяжесть во всем теле. Мой голос действует на вас успокаивающе, с каждым моим словом приятная дремота все глубже охватывает вас...

Я считаю до пятнадцати, и с каждым счетом вы засыпаете все глубже и глубже. Раз... два... три... Тяжесть в теле усиливается, руки тяжелые, ноги тяжелые. Вы не можете пошевелить рукой, ногой. Четыре... пять... шесть... Приятная теплота появляется в ваших руках и ногах. Вы засыпаете все глубже и глубже. На счет пятнадцать вы уснете. Семь... восемь... девять... Все тело тяжелое, приятная теплота во всем теле. Дыхание ровное, спокойное, сердце бьется ровно и спокойно. Спать хочется все больше и больше. Вы засыпаете все глубже и глубже. Десять... одиннадцать... двенадцать... Вы засыпаете. Ваши мысли расплываются, как масляное пятно на бумаге. Вы слышите только мой голос. Ничего не мешает спать. Вы засыпаете... Засыпаете...»

Во время внушения врач может делать пассы вдоль лица и туловища пациента, поглаживать его руку или лоб. Последние цифры счета произносятся тихо, но с нарастающим напряжением в голосе: «Тринадцать... четырнадцать... пятнадцать! Спать. Спать!»

Мы не случайно привели несколько вариантов техники смешанного метода гипнотизации. Чаще других применяется сочетание воздействия монотонного слабого раздражителя на зрительный анализатор и словесного внушения сна.

Метод М. Эриксона. В литературе известен как метод поднятия руки, или американский метод. По мнению его сторонников, имеет некоторые преимущества, так как заставляет пациента активно участвовать в процессе гипнотизирования и подготавливает почву для аналитической психотерапии.

Даем этот метод в описании L. Wolberg (1948).

«Я хочу, чтобы вы почувствовали себя удобно на стуле и полностью расслабились. Теперь, когда вы сели, положите руки ладонями на бедра. Вот именно так. Вы будете следить за вашими руками, сможете внимательно наблюдать за ними. То, что вы должны сделать, – это сесть на стул и расслабиться. Вы заметите, что некоторые явления возникают во время вашей релаксации. Они всегда происходили в то время, когда вы расслаблялись, но вы их прежде так хорошо не знали. Я вам о них сообщу. Я хочу, чтобы вы сосредоточили ваше внимание на всех ощущениях, которые вы почувствуете в ваших руках, каковы бы они ни были. Возможно, вы почувствуете тяжесть вашей руки, лежащей на бедре. Я хочу, чтобы вы следили за испытываемыми вами ощущениями. Может быть, вы почувствуете нечто вроде зуда. Неважно, что вы будете испытывать, но я хочу, чтобы вы за этим наблюдали. Смотрите все время на вашу руку и вы заметите, что она спокойна и остается все в том же положении. В ней уже есть движения, но они пока еще не заметны. Я хочу, чтобы вы не спускали глаз с вашей руки. Ваше внимание может отвлечься от руки, но оно все время будет возвращаться к ней, и вы все время не спускаете глаз с руки, и вы спрашиваете себя, когда движения, которые в ней возникают, будут видимыми».

Пациенту любопытно узнать, что произойдет, тем более что ему внушают: ощущения, которые он испытывает, может испытать каждый. Внушение не имеет характера насилия, и если пациент испытывает то или иное ощущение, он будет рассматривать его как продукт собственного опыта. Именно этого психотерапевт и должен добиться. Пациент ассоциирует слова гипнотизера со своими ощущениями, и вследствие этого появляются сенсорные и моторные реакции. Например, происходит легкое движение или вздрагивание одного из пальцев руки. Как только это происходит, врач отмечает, что это движение естественно и, возможно, оно усилится.

Наблюдая вместе с пациентом за «поведением» его рук, врач непринужденным тоном продолжает: «Интересно будет увидеть, какой из ваших пальцев начнет двигаться первым. Может быть, это будет большой палец, или указательный, или безымянный, или мизинец. Вы не знаете точно, когда и на какой руке. Смотрите все время внимательно и заметите сперва легкое вздрагивание, может быть, правой руки. Смотрите: мизинец вздрагивает и шевелится. В начале движения вы увидите интересную вещь. Пространство, имеющееся между пальцами, расширяется очень медленно, пальцы расходятся очень медленно, и вы замечаете, что пространство между ними увеличивается все больше и больше. Пальцы будут расходиться медленно... они расходятся все больше и больше, все больше и больше, все больше и больше, именно так».

Если пальцы начинают расходиться, это означает, что пациент реагирует на внушение. Врач продолжает говорить, делая вид, что все происходит само собой, и дело не в его словах, а в поведении пациента.

«...Ваши пальцы разошлись... вскоре они начнут подниматься, образуя арку над бедром, как будто они хотят подняться все выше и выше. Заметьте, как поднимается указательный палец. В то же время другие пальцы хотят последовать за ним. Вот они медленно поднимаются. В то время как пальцы будут подниматься, вы почувствуете мягкость в кисти руки, ощущение легкости, тем более что пальцы поднимаются в воздух, поднимаются, поднимаются все выше... Когда вы смотрите на поднимающуюся кисть руки, вы замечаете, что вся ваша рука поднимается, поднимается в воздух, еще выше, еще... Смотрите все время на кисть руки и всю руку, которая поднимается, и в это время вы почувствуете, как ваши глаза становятся сонливыми и усталыми. В то время как ваша рука продолжает подниматься, вы почувствуете себя усталым, расслабленным и вам очень захочется спать. Ваши глаза станут тяжелыми и, возможно, вашим векам захочется закрыться, и, в то время как ваша рука будет подниматься все выше и выше, вы захотите почувствовать себя все более и более расслаб-

ленным, вы захотите спать все больше и больше, вы захотите испытать чувство покоя и расслабления, закрыв глаза и засыпая».

Если пациент подчиняется внушению, его положительный ответ используют, чтобы подкрепить и усилить внушение.

«Ваша рука поднимается еще, и вы становитесь совсем сонливым; ваши веки становятся тяжелыми, ваше дыхание – медленным и спокойным... В то время как вы смотрите на вашу руку и чувствуете себя все более и более сонным и расслабленным, вы замечаете, что направление вашей руки начинает изменяться. Рука начинает сгибаться, и кисть руки начинает все больше и больше приближаться к вашему лицу, еще, еще, и, пока она сгибается, вы медленно, но верно впадаете в глубокий, глубокий сон, в котором вы глубоко расслабитесь, настолько, насколько хотите. Рука сгибается все больше и больше, пока не достигает вашего лица, и вы будете хотеть спать все больше и больше, но вы не должны заснуть прежде, чем ваша рука достигнет лица. Когда рука приблизится к лицу, вы будете спать, глубоко спать».

Пациенту предоставляют возможность самому регулировать режим движения руки и засыпания. Когда пальцы его кисти коснутся лица, у него создается впечатление, что он уснул, потому что таково было его собственное желание.

Движение руки и постепенное засыпание усиливают действие друг друга, и, когда пациент закроет глаза, он войдет в гипнотический транс, в формировании которого участвовал сам.

Вместе с тем врач продолжает: «Теперь ваша кисть поднимается к лицу Ваши веки становятся тяжелыми. Вы все больше и больше хотите спать. (Кисть руки пациента приближается к лицу, его веки моргают все быстрее.) Ваши глаза становятся тяжелыми, и кисть руки направляется к лицу, вы чувствуете себя очень усталым и сонным. Ваши глаза закрываются, закрываются. Когда ваша рука достигнет лица, вы будете спать, глубоко спать. Вы будете чувствовать сильную сонливость. Вы будете чувствовать все большую сонливость, вы очень захотите спать, почувствуете общую усталость, ваши веки тяжелы, как свинец, а ваша рука направляется прямо к лицу, и, когда она достигнет лица, вы будете спать (кисть руки доходит до лица, и пациент закрывает глаза). Спите, спите, просто спите. Во время сна вы чувствуете себя очень усталым и расслабленным. Я хочу, чтобы вы сосредоточились на релаксации, на состоянии релаксации без напряжения. Думайте только о том, чтобы спать, глубоко спать!»

Метод Когана – Файбушевича. Отличается простотой и изяществом. «Лежите спокойно, удобно, ни о чем не думайте. Сейчас я вам прочитаю маленький отрывок из стихотворения; вы будете успокаиваться все больше и больше, в вашем теле появится приятная теплота и истома, мысли начнут исчезать, и вы будете погружаться в приятную дремоту. С каждым моим словом вы будете засыпать все глубже и глубже. А когда я закончу читать, вы будете спать. Во время сна кроме моего голоса вы не будете слышать посторонних звуков и ничто вас не будет беспокоить:

Заводь спит. Молчит вода зеркальная.
Только там, где дремлют камыши,
Чья-то песня слышится печальная,
Как последний вздох души.
Это плачет лебедь умирающий,
Он со своим прошедшим говорит;
А на небе вечер догорающий
И горит и не горит...
Отчего так грустны эти жалобы,
Отчего так ноет сердце, грудь?

В этот миг душа желала бы
Невозвратное вернуть».

(К. Бальмонт)

Метод Шарко (шоковый метод). Существует много вариантов. Приводим один из них в описании А.М. Свядоца (1982).

«Больному предлагают встать спиной к креслу или дивану. Врач становится с правой стороны больного и говорит ему: «Сейчас вы уснете глубоким крепким сном. Стойте ровно, не сгибайтесь тела. Закройте глаза». Далее, положив больному правую руку на лоб, а левую на затылок, он слегка откидывает голову больного назад и внушает: «Ваше тело свободно раскачивается». При этом давлением на голову больного врач начинает его слегка раскачивать, постепенно увеличивая амплитуду. «Вас тянет все больше и больше назад. Вы падаете назад все больше и больше. Вы не боитесь упасть. Я вас держу». Затем, еще больше увеличив амплитуду качания, врач внезапным давлением на лоб больного резко опускает его в кресло или на диван, стоящий сзади, и громким повелительным тоном приказывает: «Спать! Спать глубже, глубже и глубже». В некоторых случаях приказ сопровождается внезапным сильным звуком (удар гонга, хлопок) или вспышкой сильного источника света. Многие больные (в большинстве случаев истеричные) при таком воздействии сразу погружаются в гипнотический транс».

Метод Фогта – Кречмера (фракционный гипноз). Обычно применяется в тех случаях, когда больной малогипнабелен и у врача нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз. Больного погружают в неглубокий гипноз и внушают: «Сейчас я досчитаю до трех, на цифре «три» вы проснетесь и откроете глаза, затем я снова погружу вас в гипноз, но уже более глубокий». После пробуждения пациента просят рассказать о своих ощущениях во время гипнотизирования, что мешало ему заснуть, а что, наоборот, способствовало засыпанию. Затем приступают к повторному гипнотизированию, учитывая все отрицательные и положительные моменты, выясненные при опросе больного. Таким образом, больной каждые 3–5 мин выводится из состояния дремоты, а затем снова погружается в гипноз. Во время паузы полезно успокоить больного, попросить его расслабиться.

Э. Кречмер (1949) перед сеансом и во время пауз рекомендовал аутогенные тренировки на релаксацию, тяжесть и тепло в конечностях. После того как больной посредством самовнушения вызывает тяжесть и тепло в своем теле, врач снова погружает его в гипноз. Способ повышает восприимчивость пациента к гипнозу и позволяет добиваться глубокой степени транса.

И.З. Вельвовский и соавт. (1984) несколько модифицировали метод. Они не будят больного, а стимулируют ответы на вопросы, не выводя его из гипноза. «Сейчас я задам вам вопросы. Вы их ясно услышите и, не выходя из состояния покоя, приятной скованности, ответите на них». В некоторых случаях больному в паузах демонстрируют, что внушения реализовались, что он, например, не может пошевелить рукой или ногой.

* * *

Описанные выше методы гипнотизации (и их варианты) не исчерпывают всего арсенала приемов, которые позволяют врачу погрузить пациента в гипнотический транс. (Мы уже упоминали, что таких приемов сейчас насчитывается более ста.) Преимущество их в том, что они просты, а поэтому наиболее доступны практическому врачу.

Среди реже применяемых методов гипнотизации можно отметить такие, как метод Кречмера – Эриксона, метод «Путаница», репетиционный метод, метод множественной диссоциации, метод «Сюрприз».

Метод Кречмера – Эриксона. Гипнотизер «вяжет сетку слов» и только периодически вставляет фразу, которая содержит прямую суггестию. Эта фраза (или слово) действует с особой силой, так как у пациента создается впечатление, что он сам активно участвует в процессе лечения.

Внушение: «Вы можете делать, что хотите: сидите или двигайтесь. Можете слушать меня или не слушать, можете держать глаза закрытыми или открытыми. Сядьте удобно в кресло и расслабьтесь. Вы можете ни о чем не думать или думать о чем-то приятном, вспоминать приятные события из вашей жизни. Можете вообще не обращать на меня внимания. Лечение уже началось. Вам не обязательно спать; если хотите, можете дремать, если не хотите – не спите, но веки ваши тяжелеют. Резервные возможности вашего организма безграничны, действуют не слова врача, а ваши собственные возможности. Нужно только умело их использовать. Вы сейчас раскованны, дыхание ваше ровное, сердце бьется ровно и спокойно. Я вам ничего не навязываю, ничего не внушаю. Вы сами выберете из моих слов, что вам нужно. Вы хорошо слышите меня, но окружающее вам уже не мешает, оно ушло на задний план, растворилось. Вы можете на время совсем отвлечься от моих слов, представить себя на берегу моря. Приятно греет солнце, тело ваше теплое, отяжелевшее. Вам не обязательно спать, это не главное, но вам так приятно, вы так хотите расслабиться и уснуть» и т. д.

Методика более приемлема при коллективном гипнозе. В свое время ею часто пользовался с телеэкрана А.М. Кашпировский, внесший в методику много нового и усовершенствовавший ее.

Метод «Путаница». Его лучше применять при лечении людей высокообразованных, скептически относящихся к гипнозу. Сущность метода заключается в том, что пациенту делается ряд противоречивых, взаимоисключающих, разнонаправленных внушений, требующих от него постоянного и быстрого переключения внимания.

Врач просит больного поднять правую руку и не двигать левой. Тут же повторяет просьбу: поднять левую и не двигать правой. Сначала пациент думает, что врач ошибся и «путает» руки. Потом врач без перехода требует, чтобы больной (одновременно) не двигал руками, но одну поднял, а другой давил вниз. Движимый желанием сотрудничать с врачом, пациент стремится разобраться в этом хаосе путаных требований и приходит в такое замешательство, что рад любому разумному предложению. Врач должен вести себя невозмутимо, приказы отдавать быстро, решительно и уверенно, не давая больному опомниться. В заключение, когда пациент окончательно сбит с толку, следует категоричное требование закрыть глаза и спать.

Этот метод можно несколько видоизменить. Врач начинает с житейских рассуждений о том, как легко и часто мы путаем дни и недели, назначаем свидание в одно время, а приходим в другое. Если пациент соглашается, что и у него так бывает, врач продолжает примерно следующим образом: «Сегодня, скажем, вторник, а можно думать, что четверг, но поскольку сегодня среда и поскольку вообще не имеет значения в данной ситуации, что сегодня: среда или понедельник, то ничего не мешает вам живо вспомнить одно приключение, которое вы пережили неделю назад в понедельник, точь-в-точь такое, какое вы пережили в прошлую среду». Прислушиваясь к этим рассуждениям, пациент может считать, что в них есть какой-то смысл. Однако, стараясь ухватить его, он обращается к событиям, происшедшим с ним в среду или в понедельник. В это время делается императивное внушение забыть все, что было на этой неделе, и вспомнить события, которые произошли на дне рождения пациента пять лет назад. Потом, с еще большим напряжением в голосе, говорят, что сейчас пациент представит себя участником этого дня рождения. Вот он сидит за столом, около него его мать и т. п. После этого более спокойно, но настойчиво пациента просят закрыть глаза и уснуть.

Репетиционный метод. Больному предлагают зрительно представить, что он выполняет какое-то задание под гипнозом, а затем подключить к этому другие формы воображения: слуховую, кинестетическую.

Метод множественной диссоциации. Пациенту предлагают представить стеклянный шарик, а затем внушают: «Вы видите в этом шарике себя. Вы жизнерадостны, счастливы и здоровы». Потом просят вообразить второй шарик, третий и т. д., индуцируют различные, но взаимосвязанные картины, которые пациент «видит» в этих шариках.

Метод «Сюрприз». Пациента, с которым ведут индифферентную беседу, внезапно спрашивают: «Какой породы вон та собака?» – и указывают выразительным жестом на пустое место. Или уверенным голосом предлагают определить ценность денежных знаков, которые врач держит в руках. Внушаемый больной выполняет просьбу, хотя в руках врача находятся чистые листики нарезанной бумаги. После этого ему приказывают уснуть и проводят лечебное внушение.

1.4.4. Лечебное внушение в состоянии гипноза

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 сомнамбулы. 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» (по К.И. Платонову). 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 психотерапевтов особенно важным является вопрос о содержании лечебного внушения.

Различают *общие* и *специальные* внушения.

К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и дискомфортные состояния, вызванные ими, а также 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 является тактика А.А. Токарского (1890), который рекомендовал начинать внушение со снятия наиболее легкоустраняемых 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.

Приемлема примерно такая формула внушения: «Лечению вы поддаетесь хорошо. С каждым днем вы становитесь все бодрее и увереннее в себе. У вас появилась уверенность в выздоровлении... Вы уже уверенно ездите в общественном транспорте. С каждым сеансом вы все более и более освобождаетесь от страха остаться одному в комнате, ездить в транспорте» и т. д. В конце сеанса больному нужно внушить, что на следующем сеансе он уснет еще быстрее и сон его будет еще глубже, и так от сеанса к сеансу.

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.

Следует учитывать, что не все внушенное в гипнозе реализуется в одинаковой мере. Если внушение содержит сразу много положений, то эффективность его часто снижается. Если на более позднем этапе лечения формула внушения может охватить разные стороны болезни, то на раннем этапе это нежелательно.

Содержание внушения должно всегда соответствовать характеру ожидаемого лечебного эффекта. Иногда врач настойчиво внушает больному алкоголизмом отвращение к алкоголю, забывая (или не зная) о том, что страдающий хроническим алкоголизмом почти всегда пьет, испытывая отвращение к алкоголю, преодолевая это отвращение, чтобы достичь состояния опьянения. В этих случаях важно внушить именно отказ от алкоголя.

Заикающемуся следует внушать не только то, что он не будет заикаться, но и то, что он не будет испытывать страха перед заиканием, не будет стесняться этого дефекта речи и т. п.

Приведем несколько вариантов возможных частных внушений в гипнозе.

Неврастения и тревожные расстройства с нарушением сна. «Ваша бессонница не есть результат какого-нибудь тяжелого заболевания, которого вы опасаетесь. После проведенного курса лечения вы будете спать хорошо. Ложитесь спать каждый день в определенное время. Не думайте о том, что вы не заснете, и сон придет сам собой. Вы должны хорошо спать и будете хорошо спать. Головные боли, раздражительность пройдут, как только у вас наладится сон. Не анализируйте свое состояние, не разбирайтесь в нем, не думайте о нем, не говорите о своей бессоннице. Она пройдет, вы будете хорошо спать» (Рожнов, 1954).

Язвенная болезнь желудка. «С каждым днем ваша нервная система укрепляется... Исчезают раздражительность, тревога. У вас появляется хороший аппетит. Вы начинаете с удовольствием есть... Исчезают боли в желудке... отрыжка и тошнота исчезли... прекращаются рвоты... желудок начинает нормально работать... исчезли вялость кишечника и запоры... Вы начинаете хорошо и крепко спать. Вот и сейчас во время лечебного сеанса улучшаются все функции вашего организма. Расслабляется мускулатура тела и внутренних органов, расширяются сосуды, питающие стенку желудка и слизистую оболочку, усиливается приток крови, питательных веществ и кислорода к месту изъязвления. Идет усиленное заживление язвы. Ваше настроение улучшается. Вы становитесь бодрым, жизнерадостным... исчезла былая раздражительность. Вы выздоравливаете» (Буль, 1974).

Бронхиальная астма. «Ваше дыхание постепенно становится спокойным, глубоким... дышать становится все легче... Ваше тело расслабляется... Приятный покой охватывает вас... дышится легче, глубже... Вот видите, вам становится все легче и легче, все свободнее дышать, теперь засыпайте глубже... Вы проснетесь с хорошим и свободным дыханием... С каждым днем приступы будут уменьшаться... Никакие тревоги и волнения не будут отражаться на вашем дыхании... Дыхание всегда и везде будет глубоким, ровным, свободным... Никакие изменения погоды на вас влиять больше не будут...» (Буль, 1974).

1.4.5. Дегипнотизация

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. И.З. Вельвовский и соавт. (1984) рекомендуют следующие этапы дегипнотизации:

- закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
- внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
- отключение пациента от привязанности к гипнопсихотерапии.

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».

1.4.6. Глубина гипноза

Между состоянием бодрствования и глубоким гипнотическим трансом существует целая гамма промежуточных состояний. Бернгейм выделял девять стадий гипноза, Льебо – десять.

На Западе часто используется шкала Дэвиса и Хасбенда (табл. 1.1), которая содержит тридцать стадий гипноза.

Таблица 1.1

Шкала Дэвиса и Хасбенда

Глубина гипноза	Стадия гипноза	Признаки
Невосприимчивость Гипноидность	0	–
	1	–
	2	Релаксация
	3	Хлопанье веками
	4	Закрывание глаз
	5	Полная физическая релаксация

Легкий транс	6	Офтальмоплегия
	7	Каталепсия конечностей
	10	Ригидная каталепсия
Средний транс	11	Анестезия по типу «перчаток»
	13	Частичная амнезия
	15	Постгипнотическая амнезия
	17	Изменение личности
	18	Простые постгипнотические внушения
Глубокий транс	20	Кинестетические иллюзии; полная амнезия
	21	Способность открывать глаза, не выходя из транса
	23	Фантастические постгипнотические внушения
	25	Полный сомнамбулизм
	26	Позитивные постгипнотические зрительные галлюцинации
	27	Позитивные постгипнотические слуховые галлюцинации
	28	Системная постгипнотическая амнезия
	29	Негативные слуховые галлюцинации
	30	Негативные зрительные галлюцинации

Принято выделять три стадии гипноза: *легкий гипноз* (сонливость), *средний гипноз* (гипотаксия) и *глубокий гипноз* (сомнамбулизм).

Эта классификация была предложена В.М. Бехтеревым (1911) и в дальнейшем разработана А. Форелем (1928), Е.С. Катковым (1956), П.И. Булем (1974), В.Е. Рожновым (1985) и др.

Первая стадия. Пациент находится в легком дремотном состоянии, но может противостоять словесным внушениям, не теряет связи с окружающим и, хотя ощущает слабость в теле и тяжесть век, может по собственному желанию открыть глаза, подвигать конечностями, прервать сеанс. По субъективному отчету пациент спящим себя не считает.

Вторая стадия. Характеризуется выраженной сонливостью, мышечной слабостью, притуплением органов чувств, утратой произвольных движений, пассивной подчиняемостью внушениям. Ориентация сохраняется. Возможно внушение каталепсии – восковой гибкости мышц с длительным сохранением приданных неудобных поз. При словесном отчете пациент утверждает, что во время сеанса находился в дремоте, слышал окружающие шумы и разговоры, мог бы открыть глаза и пошевелить конечностями, но «не хотел этого делать». Отмечается частичная постгипнотическая амнезия.

Третья стадия. Характеризуется нарушением ориентации и полной постгипнотической амнезией. В состоянии гипноза пациент не воспринимает никаких внешних раздражителей и поддерживает раппорт только с загипнотизировавшим его врачом. Возможно внушение галлюцинаторных переживаний. Можно извратить характер реакций на первосигнальные раздражители (вызвать ожог холодным предметом и т. п.). Пациента можно заставить ходить, отвечать на вопросы, выполнять достаточно сложные действия соответственно внушенной ситуации (скакать на лошади, грести на лодке, есть яблоки и т. п.). В этой стадии гипноза можно добиться возрастной регрессии с поведением и речевой продукцией, соответствующими внушенному возрасту. Возможны внушение полной потери чувствительности к болевым раздражителям и выключение других анализаторов. В этой стадии возможно постгипнотическое внушение, в том числе и внушение отсутствия амнезии.

Опытный психотерапевт достаточно точно улавливает глубину гипнотического транса пациента и в зависимости от этого меняет формулу внушения. О глубине транса можно в

определенной мере судить по дыханию больного (оно становится спокойным и поверхностным), отсутствию дрожания век, глотательных движений, реакций на постоянные звуки, цвету лица и т. д.

7.4.7. Осложнения при гипнотизации

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

В.Е. Рожнов (1975, 1985) и другие гипнологи неоднократно подчеркивали, что при правильном проведении гипнотизации гипноз сам по себе совершенно безвреден. Бытовавшее долгое время мнение Шарко и его сторонников, что гипноз – это одна из форм невроза, оказалось несостоятельным. Тем не менее осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются. Остановимся на некоторых из них.

Утрата раппорта во время сеанса. Гипнотический транс в таких случаях, как правило, переходит в обычный сон. Гипнологу нужно или окончить сеанс, или, разбудив пациента, начать гипнотизацию снова. Такого рода осложнения достаточно часто встречаются при гипнотизации больных хроническим алкоголизмом, выраженным церебральным атеросклерозом, у резидуальных органиков и олигофренов.

Спонтанный катарсис. Во время гипноза у больного без внешнего повода (или при неумелом поведении врача) внезапно всплывают травмировавшие его ранее переживания, в связи с чем могут появиться слезы, рыдания, экспансивные движения. Эмоциональная реакция подавляется прямым приказанием успокоиться и продолжать спать.

Истерический гипноид. Во время сеанса возникает истерический припадок с типичными вскрикиваниями, рыданиями или хохотом, театральным разыгрыванием судорог. Иногда истерический гипноид проявляется в том, что пациент произносит бессвязные фразы, читает стихи, встает, пытается уйти и т. п. В этих случаях повелительным тоном нужно прекратить сеанс и успокоить больного. Для этой цели врачу следует иметь под рукой набор успокаивающих средств (транквилизаторы, настой валерианы и др.).

Спонтанный сомнамбулизм. Возникает так же, как и истерический гипноид, преимущественно у истерических личностей. Начинается с утраты раппорта. Пациент спонтанно впадает в сомнамбулическое состояние, во время которого теряет ориентировку, галлюцинирует, ходит по помещению, разыгрывает сцены из своей прошлой или воображаемой жизни.

Для истерического сомнамбулизма характерны театральность, сохранение частичного контакта и последующая частичная амнезия.

Сомнамбулизму эпилептического генеза свойственны полная утрата контакта и тотальная амнезия.

Утрата раппорта лишает врача возможности императивно влиять на поведение пациента. Нужно попытаться вступить в контакт с больным, используя его же поведение и речевую продукцию. Так, если пациент в состоянии сомнамбулы принимает врача за какое-то другое лицо, то нужно попытаться вступить с ним в контакт от имени этого лица. Обычно это удается, и тогда спонтанный сомнамбулизм переводят в управляемый. Спонтанный сомнамбулизм может длиться от нескольких минут до нескольких часов и переходит в естественный сон.

Гипнотическая летаргия. Возникает обычно в третьей стадии гипноза. Врач утрачивает раппорт с пациентом и лишается возможности вывести его из гипноза. В таких случаях нужно дождаться, когда гипнотический транс перейдет в естественный сон, дать пациенту выспаться, а после провести с ним успокаивающую беседу.

1.4.8. Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии

Прямым показанием к применению внушения в состоянии гипноза являются диссоциативные (истерические) расстройства. Особенно благотворно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, психогенной амнезии, заикании и т. д.

У детей перечень показаний, по мнению А.И. Захарова, включает также психогенный мутизм, невротическое заикание, респираторные тики, диссоциативные (истерические) расстройства в виде амавроза, анестезии, парезов и параличей. Показана гипносуггестия 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 и, в еще большей степени, у пациентов в подростковом возрасте (Шертук, 1972).

Показана гипносуггестивная терапия при нарушениях сна, неврастении. Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний) и различного рода фобии лучше снимаются при групповой психотерапии и классическом психоанализе. Но иногда и при гипносуггестии удается добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, зафиксированное на навязчивых состояниях. А.И. Захаров (1982) лечил внушением в гипнозе детей с невротическими страхами. В серии сеансов он внушал образ уверенного в себе человека или сновидения, свободные от страха.

Гипносуггестия используется для борьбы 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, гипносуггестия дает при лечении сексуальных расстройств.

З.В. Рожновская (1985) отмечает эффективность внушений в гипнозе при половой неудовлетворенности, виргогамии и вагинизме у женщин.

В последние годы расширяется круг показаний гипносуггестивной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с хорошим эффектом применяется при начальных формах гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 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.

Широкое распространение внушение в гипнозе получило в акушерстве и гинекологии. Разработана методика обезболивания родов (Здравомыслов, Вельвовский и др., 1984). Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменоррее, меноррагии, нарушении лактационного периода, токсикозных рвотах у беременных.

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

Большие 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.

Первая операция – удаление рака грудной железы под гипнотической анестезией – была проведена французским хирургом Ж. Клоке в 1829 г. В течение всей операции, как пишет Клоке, «больная спокойно беседовала с хирургом и не проявляла ни малейших при-

знаков болевой чувствительности». С тех пор в мире произведено несколько тысяч операций под гипнозом, в том числе и операции на сердце.

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 таких больных (Шерток, 1972).

Противопоказанием к гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрения с бредом отношения или физического воздействия, с синдромом психического автоматизма (синдром Кандинского – Клерамбо). Противопоказано лечение гипнозом лиц с выраженной умственной отсталостью, 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 для лечения 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 (флегмонозный аппендицит, внематочная беременность и т. д.).

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

Психотерапевту (особенно мужчине) следует избегать повторных сеансов гипноза с теми женщинами, у которых возникает чрезмерное чувство привязанности к лечащему врачу (положительный трансфер). Это особенно касается больных с повышенной эротичностью и склонностью к истерическим конверсиям. Применение гипноза в этих случаях представляет опасность не столько для больного, сколько для врача, так как он может стать жертвой ложных обвинений. Известна история И. Брейера, который был вынужден прервать лечение гипнозом Анны О. из-за ревности своей супруги. У Анны О. была мнимая беременность, и воображаемые роды произошли в тот день, когда Брейер объявил ей об окончании лечения. З. Фрейд в своей автобиографии описал случай, когда одна пациентка после сеанса бросилась ему на шею, и он был вынужден отказаться от лечения ее гипнозом.

Во избежание подобных случаев сеансы гипноза нужно проводить в лечебных учреждениях и, при необходимости, в присутствии третьего лица.

1.4.9. Эффективность гипносуггестивной психотерапии

На эффективность гипносуггестивной терапии кроме профессиональных знаний врача, несомненно, оказывают влияние его личностные качества. Речь идет, конечно, не о «магическом» влиянии, которое существует только в воображении пациента. Главное – это вера самого врача в возможности гипносуггестивной терапии, его уверенность в излечении пациента. Мы считаем, что психотерапевт, практикующий гипносуггестию, не должен полностью развеивать представления пациента о «магическом» воздействии гипноза, так как они являются необходимой предпосылкой успешного лечения.

Гипнотерапевт всегда должен быть спокойным, уверенным в себе, не должен смущаться, а тем более отчаиваться в случае неожиданных отклонений в ходе лечения, впа-

дать в уныние при неудачах. Ему нужны определенные волевые качества, хладнокровие и выдержка. Эти качества необходимо постоянно развивать и тренировать.

Имеют значение пол, возраст, манера общения, внешний вид, тембр голоса, репутация врача в коллективе и вне его. Каждый психотерапевт имеет свой диапазон лечебных возможностей, зависящий в первую очередь от его личностно-типологических особенностей.

Хороший психотерапевт должен быть неплохим актером. Особое внимание следует обратить на постановку голоса, грамотность и образность речи. В процессе лечебного внушения большое значение наряду со смыслом внушаемых слов имеют голосовая характеристика их произнесения, интонация, громкость, выразительность речи. Чрезмерная монотонность, так же как и экспрессивная декламация, снижает внимание больного к содержательной стороне внушения.

А.С. Макаренко (1950) писал, что он сделался настоящим мастером только тогда, когда научился говорить «иди сюда» с 15–20 оттенками, когда усвоил 20 нюансов постановки лица, фигуры, голоса.

Недопустимо поверхностное, шаблонное отношение к психотерапевтическим сеансам. Если врач чувствует себя утомленным или больным, лучше в этот день заменить сеанс гипнотерапии другим видом лечения. Иногда врачи отменяют сеансы гипносуггестии только потому, что больной не поддается лечению. Многолетний опыт убеждает нас в том, что таких больных нет, психотерапия воздействует на каждого пациента. Следует только правильно выбрать метод, учесть показания и противопоказания и не спешить с отрицательным выводом о результате лечения.

Эффективность гипносуггестивной терапии во многом зависит от умения врача погрузить больного в гипноз, от техники гипнотизации. Во время сеанса нужно рекомендовать пациенту меньше сосредоточиваться на отдельных словах гипнотизера или на отдельных ощущениях, ориентировать его на пассивную подчиняемость, переход в дремотное состояние.

Представляют интерес экспериментальные работы Милтона Эриксона (Erikson, 1939), который показал, что при гипнотизации важен не столько монотонный раздражитель, сколько представление о нем. Если пациент лишь воображает, что смотрит на блестящий шарик, то он впадает в гипнотический транс значительно быстрее и сам транс бывает более глубоким, чем при гипнотизации с обычной фиксацией взгляда. Это относится и к другим часто применяемым при гипнотизации монотонным раздражителям. Как утверждает Эриксон, большей гипнотизирующей силой обладает не звук метронома, а воображение об этом звуке. Ритм воображаемого метронома пациент может изменить сам и «приспособить» его к своему состоянию, что облегчает погружение в транс.

Не утратило своей актуальности и критическое отношение Эриксона к «молниеносному» погружению в гипноз, экспресс-методам гипносуггестивной терапии. «Это ложное представление, – писал он, – в действительности не опровергнуто, поскольку и в наше время в литературе можно найти утверждения, что 2–5 мин достаточно для того, чтобы вызвать у человека глубокие нейро- и психофизические гипнотические изменения. В то же время эти же авторы, прописывая какое-нибудь сильное лекарство, безусловно, станут долго ждать его действия».

Эриксон ставит эффективность лечебного воздействия внушения в гипнозе в прямую зависимость от фактора времени. «Очень часто, – с сарказмом подмечает он, – от гипнотика ждут, чтобы он за несколько секунд перестроился психологически и физиологически и сумел выполнить те сложные задачи, с которыми он обычно в нормальном состоянии справиться не может».

Можно быстро вызвать временные изменения, но это не означает, что можно быстро излечить больного или изменить его поведение. Нельзя путать такие понятия, как *индуциро-*

вание транса и оперирование трансом. Больного можно очень быстро погрузить в гипноз, но, чтобы излечить его, нередко требуются не часы, а годы. Здесь уместна аналогия: как бы ни была важна при хирургической операции регуляция глубины наркоза, сама операция и ее результат зависят от нее только частично.

В процессе гипнотизации и суггестии очень важна обратная связь врача и пациента. Как уже упоминалось, нужно убедить пациента, начинающего лечение, что гипноз ничем ему не угрожает. Даже опытному психотерапевту полезно прислушиваться к мнению больного о технике гипнотизации и проведения внушения в гипнозе. У одной нашей пациентки мы длительное время не могли вызвать глубокий гипноз. Однажды она робко спросила, не может ли она, хотя ничего не понимает в лечении гипнозом, сделать несколько замечаний врачу. После того как ей разрешили, она сказала: «Вы произносите свои внушения слишком быстро. Было бы лучше, если бы вы произносили их медленно и повторяли. Время от времени, пожалуйста, делайте паузы и дайте мне передохнуть. И еще... Не подчеркивайте так резко слово «спать». Техника лечения была изменена, и больная на следующем же сеансе погрузилась в глубокий транс.

1.4.10. Правовые и этические аспекты использования внушения и гипноза

Часто возникает вопрос: «Возможно ли в гипнозе внушить преступное или аморальное действие?» Большинство авторов отвечают на этот вопрос отрицательно.

М.С. Лебединский (1971) считает, что человека, свободного от антисоциальных тенденций, с прочными этическими установками, нельзя побудить посредством внушения в гипнозе совершить преступление или аморальный поступок. В то же время личность с антисоциальными установками можно как в гипнозе, так и под влиянием внушения в бодрствующем состоянии побудить к совершению преступления.

И. Бернгейм также полагал, что действия в гипнотическом сне и при постгипнотическом внушении зависят не столько от гипнотизера, сколько от самого субъекта.

А.М. Свядощ (1982) утверждает, что даже в состоянии сомнамбулизма обычно не удастся внушить то, что глубоко противоречит этическим и моральным устоям личности гипнотизируемого.

Тем не менее применение гипноза во многих странах, в том числе Беларуси и России, регламентировано определенными юридическими нормативами. Запрещено использовать гипноз на эстраде, в зрелищных целях.

Сеансы гипноза разрешается осуществлять только в условиях лечебного учреждения, причем желательно присутствие третьего лица. Данные о проведенном сеансе должны заноситься в специальную документацию (история болезни, медицинский журнал).

Предметом широкого обсуждения в последние годы стали вопросы, связанные с возможностью использования в гипносуггестивной терапии средств связи и массовой информации. Проблема эта не новая. Уже давно было установлено, что гипнотизация может быть осуществлена по телефону, радио, телевидению, посредством видео- и магнитофонных записей.

Наибольшее распространение получило проведение сеансов гипносуггестии с помощью аудиозаписи. Принципиальных возражений эта методика не вызывает, как не вызывает сомнения и тот факт, что «механический гипнотизер» не может заменить живое общение с психотерапевтом (Рожнов, 1985 и др.). Первые два-три сеанса обязательно должны быть проведены врачом, голос которого записывается на аудиодиск. И только после этого, убедившись в хорошем качестве записи, можно продолжить лечение.

Средства массовой информации (кино, телевидение) значительно усиливают внушение, в том числе внушение в гипнозе. Поэтому применение телегипносуггестии с лечебной

целью возможно только после очень тщательного диагностического отбора больных, еще более строгого, чем при обычной гипносуггестии, с учетом показаний и противопоказаний к этому методу лечения, при наличии «обратной связи» с пациентами и обязательном изучении отдаленных результатов проводимого лечения.

1.5. Наркопсихотерапия

1.5.1. Общие положения

Наркопсихотерапия отличается от других методов тем, что проводится с применением небольших доз наркотических средств, чаще всего барбитуратов.

Некоторые авторы (Свядош, 1982; Карвасарский, 1985) склонны рассматривать наркопсихотерапию как метод «внушения в состоянии наркотического сна».

Свойство человека на определенных стадиях наркоза растормаживаться, утрачивать самоконтроль, говорить, не таясь, о самом сокровенном было использовано Шильдером (Schilder, 1938), а затем и другими психотерапевтами психоаналитического толка как дополнительное средство, облегчающее и ускоряющее психоаналитическое лечение.

В 1936 г. S. Horsley впервые ввел термин *наркоанализ*, расценивая сам метод как модификацию аналитической психотерапии. Он считал, что наркоанализ отличается от классического психоанализа рядом преимуществ, главным из которых является сокращение времени лечения.

Наиболее широкого распространения наркопсихотерапия достигла в годы Второй мировой войны. По свидетельству ряда авторов, наркоанализ с успехом использовался среди американских и английских солдат для купирования истерических расстройств, реакций страха и тревоги. Особенно часто благодаря легкости контакта и расторможенности эмоций практиковался наркокатарсис. Одновременно солдатам внушалось, что они ничего не будут бояться, станут стойкими и смелыми. В дальнейшем наркоанализ, наркосинтез, «амиталовые интервью», введение «сыворотки истины» как методы экспресс-психоанализа стали практиковаться во многих странах Запада (Fervers, 1951; Scharling, 1952 и др.).

Длительное время предметом дискуссии был вопрос о возможности применения наркоанализа в криминалистической практике. В 1949 г. во Франции метод «амиталового интервью» в следственной практике и при проведении судебно-психиатрической экспертизы был запрещен. Большинство авторов (Rumke, 1952; Stockert, 1951 и др.) считают, что следственный материал, полученный под влиянием наркотиков, использовать в следственной и экспертной практике нельзя. Во-первых, он часто бывает ложным; во-вторых, его получают вопреки воле испытуемого; в-третьих, как справедливо подчеркивают Schonke и Janota (1955), нельзя адекватно оценивать материал, полученный в состоянии «искусственно вызванного помрачения сознания» (цит. по М.Э. Телешевской, 1969).

Метод наркопсихотерапии довольно широко использовался, правда с несколько иных теоретических позиций, отечественными психиатрами (во время Второй мировой войны при лечении функционально-нервных нарушений, связанных с коммоционно-контузионными поражениями, а также психогенных нарушений).

Методика лечения состояла в том, что больному медленно вводили в вену 30 %-й раствор алкоголя и на фоне возникающей эйфории проводили суггестивные внушения.

В дальнейшем этот метод лечения в нашей стране был детально разработан М.Э. Телешевской (1969, 1985).

1.5.2. Техника лечения

Больному предварительно разъясняют характер лечения. При этом очень важно выработать положительное отношение к методу лечения и внушить пациенту надежду на успех. В этом плане хорошее действие оказывает общение с больными, уже излеченными таким методом, а также некоторая экспозиция (2–3 дня) от момента назначения до первого сеанса.

Сеансы проводятся не реже двух раз в неделю, от 3 до 15 на курс лечения. Больного укладывают в горизонтальное положение и внутривенно очень медленно (1 мл в минуту), обязательно в присутствии врача, вводят 2–4 мл 5 %-го раствора гексенала или любое вещество аналогичного действия (пентонал, эвипан, гексебарбитон, тиопентал натрия, амитал натрия и др.). Иногда доза может достигать 5–6 мл.

Во время введения препарата с больным поддерживается активная беседа. Для контроля глубины сна больному можно предложить считать до определенной цифры и обратно. При ошибках в последовательности счета, при появлении дизартрии введение препарата приостанавливается или прекращается. Важно уловить ту стадию наркоза, в которой проведение лечебного внушения наиболее эффективно. Чаще всего используется стадия эмоциональных сдвигов с некоторыми компонентами оглушенности.

Выделяют несколько стадий **барбитурового наркоза** (Те-лешевская, 1985).

I. Стадия общей активности и инициативы. Характеризуется тем, что у больных уже после введения небольших доз гексенала (0,2–0,4 мл) сводятся к минимуму активные движения, замедляется и становится дизартричной речь. У некоторых появляются головокружение, сухость во рту и характерный запах гнилых яблок изо рта.

II. Стадия эмоциональных сдвигов. Проявляется эйфорией, речедвигательной расторможенностью, облегчением и ускорением ассоциативных процессов. Пациенты доверительно говорят о сокровенных переживаниях, чаще всего преувеличивая свои физические и умственные возможности. Нередко при оживлении психотравмирующей ситуации эйфория внезапно сменяется дисфорией, чувством тоски, тревоги, и тогда больные с плачем рассказывают о нанесенных им обидах, о своей «несчастной жизни» (наркокатарсис). Продолжительность стадии от 10 мин до 1 ч.

III. Стадия измененного сознания. Чаще всего возникают оглушенность различной степени выраженности, психомоторная заторможенность. Взгляд пациента затуманивается, речь замедляется, усиливается дизартрия, движения становятся вялыми, плохо координированными. Длится эта стадия от нескольких минут до часа и переходит в сон.

IV. Стадия поверхностного сна, который быстро переходит в наркоз. Искусство врача в данном случае заключается в умении «вычленивать» и пролонгировать I-I II стадии наркоза.

Действия психотерапевта должны быть продуманными и четкими, лечебное внушение – кратким и ясным, так как контакт с пациентом при этом методе лечения относительно непродолжителен.

М.Э. Телешевская, посвятившая изучению наркопсихотерапии более четверти века, так описывает методику ее применения при истерическом неврозе: «С началом введения дробных доз гексенала психотерапевт ясно, уверенным голосом, размеренно и предельно четко, с легким императивным оттенком разъясняет больному, что вскоре он почувствует легкое головокружение и постепенно нарастающее ощущение расслабления, легкости. Затем тем же тоном врач добавляет, что сейчас больной без особых затруднений сумеет выполнить любую инструкцию – петь, говорить, совершать движения, читать, не испытывая при этом прежних затруднений. По мере выявления стадии эмоциональных сдвигов (эйфории) с компонентами легкой оглушенности и до момента выхода в состояние ясного сознания больному предлагается осуществлять необходимые тренировочные упражнения.

При этом он твердо убеждается в устранении основного симптома, декомпенсировавшего его, ему внушается уверенность в значительном улучшении и в дальнейшем выздоровлении. При наличии блефароспазма истерического генеза предлагается открывать и закрывать глаза перед зеркалом под контролем зрения и внушается возможность этого. При афонии, мутизме, заикании больному предлагается на фоне явлений легкой оглушенности громко произносить слова, читать знакомые стихи, петь песни. В случае амавроза внушается восстановление зрения: больной вначале называет окружающие предметы и вещи, которые подносятся к его глазам, затем ему предлагают громко читать текст из книги или газеты. Психогенные рвоты устраняются путем внушения в состоянии оглушения, подкрепляемого приемом пищи».

И.З. Вельвовский и соавт. (1984), говоря о наркопсихотерапии, подчеркивают, что врач при этом методе лечения должен проводить суггестивные воздействия не только в чисто императивном, авторитарном тоне, но и мотивированно, логически обоснованно.

У нас в стране чаще всего применяются следующие **методические приемы наркопсихотерапии**.

1. Использование кратковременного действия неполного гексеналового наркоза. Препарат вводят внутривенно в течение 3–4 мин до достижения II–III стадий наркоза. Лечебное воздействие оказывается посредством внушения или различного рода тренировок.

2. Использование пролонгированного действия гексеналового наркоза. Игла остается в вене 10–15 мин, а препарат вводится очень медленно и прерывисто (0,1–0,2 мл 5%-го раствора гексенала в минуту). Таким образом удается растянуть и задержать нужную стадию наркоза на более продолжительный отрезок времени.

3. Наркогипноз. Внутривенно вводят небольшую дозу гексенала или амитала натрия (1–2 мл 5 %-го раствора), а затем пациента погружают в состояние гипноза. Применяется для лиц малогипнабельных и скептически настроенных в отношении эффективности проводимого лечения.

4. Гипнонаркоз. Внутривенное введение гексенала осуществляется на фоне вызванного у пациента гипнотического состояния. При этом ему внушают, что вводится небольшая доза лекарственного вещества, влияние которого благотворно скажется на состоянии его здоровья. Показан при навязчивых состояниях и ипохондрических расстройствах.

5. Прием многократных внутривенных введений барбитуратов. Проводится в форме курса лечения (от 12 до 20 внутривенных инъекций через день 3–4 мл 5 %-го раствора гексенала). Лечебный эффект оказывают эйфоризирующее действие наркотика и последующий сон. Словесное внушение не проводится. Дает положительный эффект при затянувшихся депрессиях и ипохондрических состояниях.

6. Комбинированная наркопсихотерапия. Включает несколько методических приемов, которые применяются одновременно или выборочно в зависимости от протекания лечебного процесса.

7. Групповая наркопсихотерапия (Телешев-ская, 1985). Группа формируется из 5–12 человек. Подбор осуществляется по следующим основным принципам: характер заболевания, пониженная внушаемость и гипнабельность, малая эффективность ранее применявшихся методов лечения, целесообразность быстрого лечебного воздействия.

После изучения каждого больного врач излагает сущность метода лечения всей группе. Пациенты кратко рассказывают о своем заболевании и связанных с ним переживаниях. Происходит обмен мнениями.

Сеансы групповой наркопсихотерапии проводятся 2–3 раза в неделю, продолжительность их от 1 до 2 ч. Курс лечения 10–15 сеансов. Каждому больному вводится внутривенно 1–2 мл 10 %-го раствора гексенала или амитала натрия. После этого осуществляется словесное внушение (непосредственно врачом или с помощью магнитофонной записи).

М.С. Лебединский с соавт. (1976) предложили при наркопсихотерапии вместо барбитуратов использовать газовую смесь из кислорода и закиси азота (в соотношении 4:1). Длительность вдыхания смеси 10–15 мин, курс лечения 4-10 сеансов.

В некоторых странах Запада психотерапия проводится в сочетании с психотомиметиками, психодислептиками: LSD-25, псилоцибином, мексалином и др. (психоделическая, или психотомиметическая, терапия). В нашей стране этот метод не используется.

Наркопсихотерапия применяется чаще всего при пограничных нервно-психических расстройствах с истерической, фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой.

В.Д. Карвасарский (1985), S. Kratochvil (1976) считают, что наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой *абреактивной психотерапии*, представляющей собой попытку нейтрализовать патогенное влияние прошлого травматического опыта за счет воспроизведения его в искусственно сформированных терапевтических условиях.

Основными противопоказаниями к применению наркопсихотерапии являются заболевания печени и почек с нарушением их функций, склонность к наркоманиям.

Глава 2 Самовнушение

2.1. Общие положения

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

Существует много определений самовнушения. Так, А.М. Свядоц (1982) под самовнушением понимает «усиление влияния представлений на вегетативные или психические процессы, вызванные психической активностью лица, проводящего самовнушение». М.Е. Бурно (1975) считает, что самовнушение – это методика внушения каких-то мыслей, желаний, образов, ощущений, состояний самому себе. А.С. Ромен (1986) под самовнушением понимает «сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости – к его реализации».

Механизмы внушения и самовнушения изучены еще недостаточно. Предполагается, что в основе как внушения, так и самовнушения лежат ослабленные действия сознательного контроля, осуществляемого в отношении воспринимаемой информации. Если при внушении очаг концентрированного возбуждения в коре головного мозга возникает в результате действия внешних раздражителей, то при самовнушении он может образовываться вследствие оживления и тренировки внутренних ассоциативных связей.

Самовнушение может быть *непроизвольным* и *произвольным*. Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестивными 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 аутогипнотического транса (метод Шульца).

Следует отметить, что сам Шульц (Schultz, 1960) рассматривал разработанный им метод аутогенной тренировки как самовнушение, проводимое в состоянии саморасслабления, как «концентрированное саморасслабление».

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

2.2. Произвольное самовнушение (метод Куэ)

Эмиль Куэ родился в г. Турайт (Франция) в 1857 г. и до 1910 г. работал аптекарем. Будучи наблюдательным человеком и постоянно общаясь с пациентами, Куэ обратил внимание на то, что лечебный эффект лекарства зависит не только от его фармакологических свойств, но и, в еще большей степени, от того, верит больной в целебную силу этого лекарства или нет. Одно дело, когда человек принимает лекарство с уверенностью в выздоровлении («завтра мне станет лучше»), и совсем другое, когда он не верит в пилюли («все равно мне ничего не поможет»). Оказывается, сделал вывод Куэ, сила воображения влияет на эффективность лечения.

Основываясь на практических наблюдениях, Куэ создал систему психотерапевтической помощи, которую назвал «школой самообладания путем сознательного самовнушения». В 1910 г. он переезжает в Нанси и открывает там клинику психотерапии, которой руководит до самой смерти (1926).

Следует отметить, что «система Куэ» в 20-х гг. XX в. получила довольно широкое распространение. Известный французский психотерапевт J. Cottraux (1978) называет Куэ одним из предшественников создания поведенческой психотерапии, отмечая, что он был «первым, кто предложил методы контроля мысли и подчеркивал роль позитивной мысли в изменении поведения».

С современных позиций некоторые рассуждения Куэ кажутся упрощенными и даже примитивными. Тем не менее созданный им метод «произвольного самовнушения» применяется в практике психотерапии и по сегодняшний день.

Э. Куэ считал, что главной причиной заболевания является болезненное воображение, в котором проявляется бессознательное *Ид*. Он сравнивал силу воображения с горным потоком, который в своей стихийной безудержности сносит все на своем пути, но который можно «приручить», и тогда он будет вырабатывать положительную энергию. Куэ утверждал, что все люди находятся во власти силы своего собственного воображения и что больной человек, «вооружившись правильным представлением, может снова достичь своего душевного равновесия».

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.

Кто не желает преуспеть именно в тех областях деятельности, в которых он отстает и перед которыми испытывает страх? Как известно, Демосфен страдал дефектом речи (голос его был тихим, а речь шепелявой), но он очень хотел стать оратором. Этот человек был настолько полон веры в себя, что путем упорных тренировок (он учился говорить с камнями во рту) стал, по свидетельству современников, непревзойденным оратором.

Пример Демосфена, по мнению Куэ, наглядно иллюстрирует одно из важных его теоретических положений: «Успех приносит не столько сила воли, сколько сила собственного воображения».

Действительно, сознательные волевые усилия при коррекции речи не помогают, а только мешают. То же происходит и при некоторых других заболеваниях. Совет врача больному, страдающему навязчивыми состояниями, или фобиями, «взять себя в руки» чаще всего приводит к ухудшению.

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, считал 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», – говорил 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».

Техника лечения. Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Чтобы убедить больного в том, что его собственные мысли, представления могут влиять на произвольные функции организма, мы нередко используем пробу с маятником Шевроле. Грузик, подвешенный на нитке, раскачивается в «неподвижной» руке пациента только при одном представлении о его движении. Это усиливает внушаемость больного и убеждает его в действенности избранного метода лечения.

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 иметь позитивное содержание (например, «Я здоров» вместо «Я не болен»). Иногда формула представляет своеобразный «код», понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы можно использовать формулу: «Я могу, я могу, я могу». В других случаях 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 не поддамся уговорам, не изменю своего решения».

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 нужно монотонно, не фиксируя внимания на содержании, негромко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит.

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

Куэ рекомендовал использовать для проведения сеансов просоночные состояния утром при пробуждении и вечером при засыпании.

Чтобы не отвлекать своего внимания на счет при двадцатикратном повторении формулы, Куэ рекомендовал использовать шнур с двадцатью узелками, которые перебираются, как четки.

Лечение проводится обычно амбулаторно, но под наблюдением врача.

Метод Куэ может использоваться самостоятельно, но чаще применяется в комплексе с другими методами суггестивной психотерапии.

Несомненным преимуществом метода самовнушения по сравнению с внушением и гипносуггестией является то, что пациент сам активно участвует в процессе лечения, а сеансы самовнушения можно проводить в любой обстановке и в любое время.

2.3. Прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Метод предложен чикагским врачом *Э. Джекобсоном* в 1922 г., т. е. за 10 лет до того, как И. Шульц представил на суд медицинской общественности свой метод, изложенный им в монографии «Аутогенная тренировка – сосредоточенное саморасслабление» (Schultz, 1932). Следует отметить, что в 20–30-х гг. XX в. эти методы не разделялись и рассматривались как варианты «лечения посредством деконтракции».

Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение – их релаксацией. Есте-

ственно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.

Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различным типам эмоционального реагирования соответствует напряжение определенных групп 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.

Он полагал, что каждая область мозга функционирует в тесной связи с периферическим нейромускулярным 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.

Техника лечения. Лечение начинается беседой 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. Пациенту 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 либо болезненные проявления.

Упражнения прогрессивной мышечной релаксации осваиваются больными обычно в группе из 8-12 человек под руководством врача или опытного инструктора. Групповые занятия проводятся 2-3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения пациенты проводят самостоятельно 1-2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от 30 мин (индивидуальный) до 60 мин (групповой). Весь курс обучения занимает 3-6 месяцев.

2.4. Самовнушение, йога и техника медитации

Современные методы лечебного самовнушения при всем их многообразии имеют древние и в большинстве своем общие истоки. К таким истокам прежде всего относится *древнеиндийская система йоги* с ее эмпирическими находками.

Примерно во второй половине II тысячелетия до н. э. в Северную Индию вторглись племена, которые называли себя арийцами (благородными). Полагают, что именно арийцы создали памятник древнеиндийской литературы – «Веды». Основные литературные, этнические и религиозные концепции сконцентрированы в «Упанишадах» – тайных знаниях, передававшихся от учителя к ученику. Известно более 120 «Упанишад», последние из которых были созданы в XV–XVI вв. н. э.

В IV–II вв. до н. э. был создан древнеиндийский эпос «Махабхарата», заложивший основу философии йоги.

Большая заслуга в систематизации йоги принадлежит древнеиндийскому философу и врачу *Патанджали*. В своей книге «Йога-Сутра» (II в. до н. э.) он излагает основные философско-этические принципы йоги, а также приводит практические приемы медитации. Именно его считают основоположником йоги.

Слово «йога» соответствует его санскритскому корню «йюдж», что означает «запрягать в упряжку, надевать сбрую, дисциплинировать», а в более широком смысле – «заставить себя сосредоточиться, мобилизоваться».

Йога – широкое понятие, которое включает и цель, и средства ее достижения. Прежде всего йога – древнеиндийская философская система. Главное в ней – учение о самосознании. Путем самосознания, согласно йоге, человек может достичь «освобождения», т. е. способен освободить свое сознание (душу) от влияния условий материальной жизни и слить его с абсолютным знанием (богом). Самосознание достигается путем сосредоточения, при котором «созерцающее сознание теряется в созерцаемом объекте и перестает сознавать себя».

Методика достижения «освобождения» через йогу, по Патанджали, содержит 8 основных ступеней, которые расположены в строго определенном порядке и дополняют друг друга. Это *йама* (воздержание), *нияма* (культура питания, труда и отдыха), *асана* (поза), *пранаяма* (контроль над дыханием), *пратьяхара* (удаление чувств), *дхарана* (концентрация внимания), *дхьяна* (созерцание), *самадхи* (сосредоточение).

Йама включает 5 «внешних» заповедей: не убивай, не лги, не смущайся, блюди целомудрие, не стремись к богатству. Заповедь «не убивай» толкуется широко и включает требование не есть мясо, рыбу, яйца и т. д., не курить, не пить спиртное. Указанные моральные ограничения играют роль своего рода «социальной защиты», способствуют эмоциональной уравновешенности йога.

Н и я м а содержит 5 «внутренних» заповедей: очищение, скромность, умеренность, декламацию очищающих изречений (молитв), смирение.

Асаны – специфические позы. Существует около 500 асан: для медитации и релаксации, укрепления тела, для очищения пищеварительной системы и т. д.

Пранаяма – упражнения для дыхания. Выделяют 4 фазы дыхания: вдох (пурака), задержка (кумбхака), выдох (речана), пауза после выдоха. Большое значение придается задержке дыхания, во время которой, по мнению йогов, в организм поступает жизненная энергия – прана. Она поступает не только через воздух, но и через пищу, поэтому йоги прожевывают пищу очень медленно.

Пратьяхара – «негативная» концентрация, посредством которой достигается физическое и психическое расслабление. При глубоком расслаблении (релаксации) происходит выключение органов чувств.

Дхарана – активная концентрация внимания на объекте (внешнем или внутреннем). Упражнение считается освоенным, если внимание на предмете удерживается не менее 12 с.

Дхьяна – процесс проникновения в сущность объекта сосредоточения. Если концентрация внимания на объекте удерживается в течение 144 с, что равно 12 дхаранам, считается, что дхьяна достигнута.

Самадхи достигается, если концентрация внимания на объекте удерживается 1728 с (12 дхьян, или 144 дхараны). Считается, что в состоянии самадхи происходит полное проникновение в объект концентрации. В этот момент йог не в состоянии разграничивать свою личность и объект.

Первые 4 ступени ориентированы главным образом на психологическую и физическую подготовку; последние 4 – на тренировку психических процессов.

Последние 3 ступени (дхарана, дхьяна и самадхи) являются этапами медитации. Переход от одного этапа к другому не нуждается в применении специальной техники. Он связан только с увеличением глубины концентрации на объекте.

В зависимости от использования специфических техник существуют различные виды системы йоги: мантра-йога, хатха-йога, лайя-йога, раджа-йога.

В мантра-йоге концентрация осуществляется на определенных словах и выражениях (мантрах), которые при непрерывном повторении (джапа) оказывают определенное воздействие на центральную и вегетативную нервную систему.

Основу хатха-йоги («силовая йога», «йога против воли») составляют асаны и пранаяма.

Йоги считают, что существует связь между эмоциональным состоянием человека и его позой и тонусом мускулатуры. Используя мышечную систему как наиболее поддающуюся волевому контролю, путем многолетней тренировки нервно-мышечных процессов йоги приобретают навыки самовоздействия на эмоционально-волевую сферу. При этом одни асаны действуют на организм подобно релаксантам, транквилизаторам, другие – стимуляторам.

Определенные асаны приводят к расслаблению мышц грудной клетки, что снижает усилия при дыхании. Поэтому асаны предшествуют пранаяме. Йоги считают, что существует прямая связь между дыханием и психическим состоянием, и придают этой связи большое значение. Предполагается, что нормализация ритма дыхания приводит к психической релаксации. И наоборот, психическая релаксация приводит к урегулированию ритма дыхания. Оптимальным соотношением циклов вдоха, задержки и выдоха, по мнению йогов, является соотношение 1:4:2.

Лайя-йога – система саморегуляции, цель которой – пробуждение «латентной» энергии вегетативной нервной системы. Основная техника системы – медитация. Объектами концентрации могут быть специфические слова (*мантры*), геометрические фигуры (*янтры*), картины (*даяты*).

Как считают йоги, в основании позвоночника находится жизненно важный центр – *муладхара*, в котором хранится нервная энергия (*кундалини*), регулирующая висцеральные функции организма. Символом кундалини является змея, свившаяся в спираль. Пробуждение и освобождение кундалини достигается путем психической концентрации на центре муладхара.

Раджа-йога является системой этико-философских принципов и религиозных норм, а также правил медитирования. В раджа-йоге используются процедуры и техники, аналогичные лайя-йоге, но объекты концентрации связаны с высшими проявлениями сознательной деятельности человека. Считают, что с помощью раджа-йоги создается мост между сознательными и бессознательными психическими процессами.

Прежде чем практиковать раджа-йогу, необходимо обязательно освоить хатха-йогу и лайя-йогу.

С помощью медитации можно изолировать себя от внешнего мира. С углублением медитации йог теряет чувство реальности и не может отличить свой внутренний мир от внешнего.

Согласно раджа-йоге, внешний мир – только грубая форма мира внутреннего. Йог ничего не получает от общества и ничего ему не дает. Он достигает состояния абсолютной изоляции (*кайвалья*), которая является целью его социального существования.

Центральным методом самовнушения в восточных учениях является *медитация*.

Слово *медитация* происходит от греческого *медомой* («о чем-либо размышлять»). Ему соответствует санскритский термин *дхьяна* («размышление», «углубление»).

С позиции древнеиндийской психологии бодрствующее сознание человека имеет три возможных состояния:

- 1) неспособность сосредоточиться на одной мысли (состояние, противоположное медитации);
- 2) навязчивая мысль, мотив, образ (непроизвольная медитация);
- 3) способность произвольно сосредоточиться на чем угодно и не думать о том, что мешает в данный момент (медитация).

Иначе говоря, медитация – это всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Патанджали учил: «Дхарана есть удержание мысли на каком-нибудь определенном предмете. Непрерывное течение познания этого предмета есть дхиана... Когда оно, отвергая образы, отражает только их смысл, – это самадхи».

Человек может размышлять над какой-то житейской или научной проблемой, может быть поглощен какой-то идеей, но это не есть медитация. Под медитацией обычно подразумевают искусственно созданную ситуацию, в которой человек специально занят совершенствованием своих мыслительных процессов или каких-то психических особенностей, размышляя (медитируя) над им же созданными искусственными обстоятельствами.

В качестве аналогии можно привести занятия спортом и обычным физическим трудом. Специальные упражнения более эффективно развивают силу и мышцы, чем повседневный физический труд.

Точно так же специальная медитация гораздо значительно усиливает наши психические возможности, чем повседневное функционирование психики. Если при медитации внимание концентрируется на физиологических процессах тела, то это может привести к их изменению, как при аутогенной тренировке.

В процессе медитации у йога возникает иллюзия, что он сливается с мирозданием, достигает высоких ступеней интуитивного прозрения, с помощью которого он осознает скрытую суть вещей.

С современных позиций медитация является одной из форм аутогипнотизации, а состояние измененного сознания, достигнутое в результате медитации, представляет собой гипнотический транс.

Техника медитации йогов связана с такими понятиями, как янтры и мантры.

Янтры. Уже первобытный человек пытался материализовать свои представления о мире в виде наскальных рисунков. В последующем, созерцая их, он вызывал у себя адекватные эмоциональные переживания. Сначала это были изображения реальных образов (людей, зверей, деревьев), а потом – их символов. В этом отношении верха совершенства достигла египетская символика.

Известно, что изображения разнообразной формы и цвета оказывают различное влияние на психическое состояние человека. Так, зигзагообразная линия с острыми углами создает впечатление резкого изменения, накопления и разряда энергии, вызывает у человека чувство напряженности, тревоги. S-образная кривая называется линией грации и форми-

рует чувство гармонии, успокоения. Закругленные линии можно назвать легкими, ломаные – твердыми. Фигуры с радиально расходящимися прямыми создают иллюзию излучения, квадрат связывают с представлением завершенности, круг – с космической бесконечностью и абсолютной гармонией.

Ряд геометрических фигур на рис. 2.1 подобран по принципу возрастания иллюзии излучения. Эти фигуры считаются священными почти во всех религиях и являются основными элементами при изображении так называемых чакр в системе лайя-йоги.

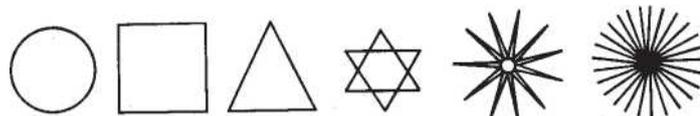


Рис. 2.1. Основные элементы чакр

Разное психическое воздействие оказывают фигуры симметричные и несимметричные, уравновешенные и неуравновешенные.

На рис. 2.2 изображены два диска, один из которых уравновешен относительно центра квадрата, а другой – нет.

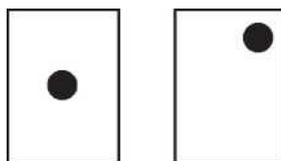


Рис. 2.2. Сбалансированная и несбалансированная фигуры

Концентрация внимания на фигуре со сбалансированным центром (уравновешенная фигура) вызывает у человека чувство успокоения, а концентрация на несбалансированной фигуре – чувство дискомфорта, напряжения.

Определенное влияние на психическое состояние оказывают и различные цвета. Например, красный цвет возбуждает, а фиолетовый успокаивает. В.Х. Кандинский отмечал, что желтый цвет концентрирует внимание, а синий и красный рассеивают. Он же утверждал, что оранжевый цвет порождает прилив энергии, амбиции и стремление к триумфу.

Художники знают, что ярко-красный, ярко-желтый и оранжевый – «теплые» цвета, а светло-синий, салатовый и голубой – «холодные». Взаимодействие цветов еще более усиливает влияние на эмоции. Так, например, золотисто-желтый цвет и цвет морской волны взаимно усиливают эмоциональную уравновешенность, а сочетание золотисто-желтого и огненно-красного цветов действует противоположно.

Эффект воздействия формы и цвета на психическое состояние человека лежит в основе практики лайя-йоги. Медитация здесь проводится посредством концентрации внимания на реальных или воображаемых графических изображениях – янтрах (рис. 2.3).



Рис. 23. Шри-янтра

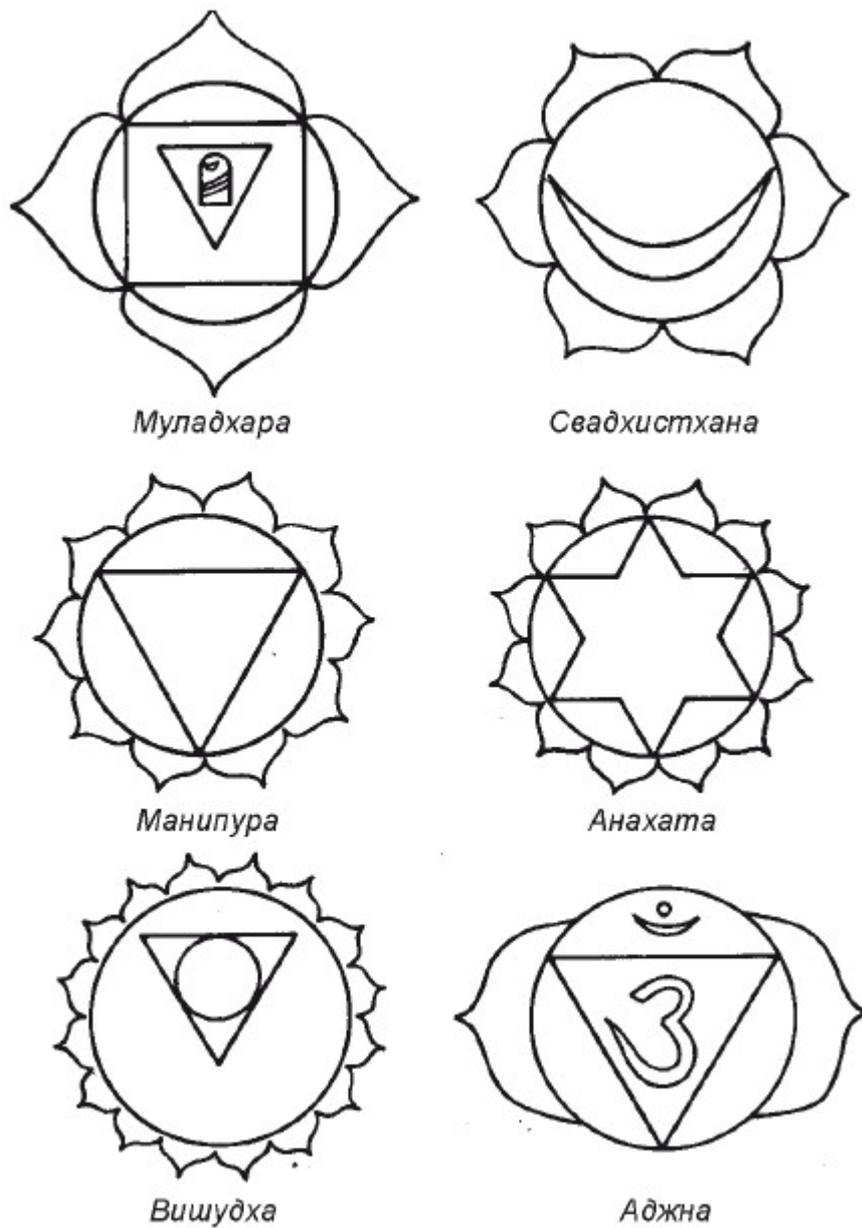


Рис. 2.4. Чакры

В качестве объектов концентрации при медитации также часто используются чакры (рис. 2.4).

Мантры. Влияние звуков и речи на психическое состояние человека бесспорно. Основное назначение речи состоит в передаче информации. Однако эмоциональное и суггестивное воздействие человеческой речи не только определяется содержанием информации, но и зависит от выразительности, громкости, музыкальности произнесенных слов. Зависимость силы воздействия человеческой речи от ее структуры – увлекательная и еще мало разработанная область знаний.

Слова, смысл которых конкретен (*блеск, свет, ночь, тепло, сладко* и т. д.), обладают большей суггестивной силой, чем слова с абстрактным смыслом (*следовательно, в результате, потому что* и т. п.). Чем выше степень абстракции при описании образа, тем меньше его суггестивное воздействие. Если мы хотим сформировать образ какого-либо человека, то нужно говорить не о человечестве вообще, а о конкретных качествах конкретного человека.

Суггестивное воздействие речи повышают такие ее качества, как мягкость и сила голоса, паузы, использование эффекта неожиданности.

На эмоциональное состояние человека оказывают влияние не только смысл и интонация речи, но и определенные звукосочетания. Такие слова, как *монотонный, флаг, дрожжи, Владивосток*, звучат мягко, а слова *роса, роза, пробуждаю, трава, рассвет* – твердо, стимулируют к действию. Приказы обычно состоят из твердых слов. Интересно, что звук «р» присутствует в слове «красный» почти во всех европейских языках.

Все звуки речи делятся на гласные и согласные. Согласные – на твердые и мягкие. Гласные получаются при озвученном выдохе и характеризуются высотой основного тона и сопровождающих его обертонов. Последние принято называть *формантными тонами*. Самый высокий формантный тон у звука «и», самый низкий – у звука «у».

При воздействии словом важно учитывать не только его смысловое содержание, но и звуковую структуру. Так, например, присутствие в слове звука «и» создает впечатление чего-то маленького, узкого, незначительного. Это легко подтвердить экспериментом. Предложите испытуемому назвать воображаемыми словами («ла», «лау», «ли») три одинаковые по форме, но различные по величине фигуры. Обычно для самой маленькой фигуры выбирается название «ли», а для самой большой – «лау». Звук «и» создает ощущение напряженности, холодности, звук «о» – расслабленности, мягкости, теплоты.

Наличие звуков «а», «е», «и» создает впечатление чего-то белого, светлого, желтого, красного, яркого; звуки «ы», «о», «у» ассоциируются с мрачным, темным. Доминирование звуковой символики над содержанием понятия хорошо демонстрируется в детском творчестве (считалки, скороговорки). Эти звуковые ряды более устойчивы, чем смысловые.

Разрыв содержательных связей в структуре мышления происходит в просоночном состоянии, а также во время медитации. Первоначально в сознании всплывают не связанные друг с другом эпизоды. Внутри каждого эпизода существует логическая связь. При более глубокой медитации появляются отдельные, не связанные друг с другом фразы, а потом происходит их распад. При глубокой степени медитации распадаются слова, причем в сознании остаются лишь краткие, ритмизированные звукосочетания. Вероятно, поэтому некоторые авторы (В.В. Налимов, 1989) называют людей, практикующих медитацию, «психонавтами».

Речь освобождается от понятийного содержания при выраженных аффектах (крик, рев). Наоборот, в восклицаниях (*ах! ох! ух!*) содержится сильный эмоциональный компонент. Восклицания как бы символизируют сами эмоции. Они не несут никакой понятийной нагрузки, кроме представления об определенном эмоциональном состоянии.

У каждого человека с каким-либо восклицанием обычно связаны определенные эмоции. Если вы произнесете такое восклицание несколько раз подряд, то можете вызвать соответствующее эмоциональное состояние. Интересно, что аналогичные воздействия наблюдаются и при произнесении любого слова. В этом специфическом воздействии звукосочетаний на психику человека и заложена тайна мантр.

Сознательное влияние на человека с помощью слов или словосочетаний практиковалось еще в глубокой древности. Многократное повторение определенных, чаще всего бессмысленных, слов широко распространено в народной медицине, культовых обрядах, присуще стрессовым ситуациям. В таком влиянии бессмысленного ряда слов на психику человека нет ничего абсурдного, так как в этом случае воздействует не смысловая нагрузка, не информация, а звуко сочетание.

Мантры можно придумывать самому. Предположим, вы на берегу моря, под вашими ногами теплый желтый песок, ласково греет утреннее солнце, вы чувствуете себя спокойным, уверенным. Расслабьте тело, сконцентрируйте внимание на своих ощущениях и придумайте словосочетание, соответствующее в данный момент вашему душевному состоянию. Это ваша мантра. Концентрируясь на ней в процессе медитаций и повторяя ее многократно, вы можете вызвать у себя то душевное состояние, которое испытали и прочувствовали на берегу моря. Подобным образом вы можете создать мантры, соответствующие различным эмоциональным состояниям.

Техника медитации. Упражняясь в медитации, надо соблюдать следующие правила.

1. Помещение должно быть тихим, теплым и уютным. В последующем медитировать можно в любой обстановке.

2. Медитировать нужно натошак или через 1–2 ч после еды, лучше утром (до завтрака) и вечером (перед ужином).

3. Не следует проводить тренировку, если чувствуете себя нездоровым или эмоционально перевозбуждены.

4. Во время медитации не сопротивляйтесь мыслям, спонтанно возникающим в сознании; пусть они исчезнут сами.

5. Не превращайте медитацию в «идею фикс».

6. Медитацией следует заниматься 40–45 мин 3–4 раза в неделю.

Поза. Для тех, кто занимается хатха-йогой, рекомендуется использовать позу «лотос» или «полулотос». Остальные могут медитировать сидя на стуле с удобной спинкой, позволяющей выпрямить позвоночник, или лежа на спине.

Расслабьте руки, лицо, ноги, все тело. Подождите 2–3 мин до полного расслабления. Закройте глаза.

Концентрация на собственном теле. Примите медитативную позу. Сконцентрируйте внимание на своем теле: «Я лежу спокойно... мое тело расслаблено... мои руки и ноги расслаблены... я чувствую пальцы ног... они расслаблены полностью... чувствую свои голени... мои голени расслаблены полностью... чувствую свои бедра... мои бедра расслаблены... все мое тело расслаблено... моя грудная клетка расслаблена... мое тело расслаблено... чувствую свой живот... он расслаблен... чувствую свою шею... она расслаблена... чувствую свое лицо... каждая мышца лица расслаблена... я все больше и больше расслабляюсь...»

Фразы произносятся медленно, с одновременной активной концентрацией на частях тела. Со временем, в ходе тренировок, глубина мышечного расслабления увеличивается.

На определенном этапе медитирующий как бы превращается в постороннего наблюдателя собственной мыслительной деятельности. В сознании появляются самые различные реальные или фантастические картины. Необходимо отстраниться от эмоциональных переживаний этих картин и следить за ними как бы со стороны, подобно зрителю, смотрящему фильм.

При углублении медитации картины начинают все быстрее сменять друг друга. Происходит распад мыслительного процесса. При настойчивой тренировке можно добиться глубокого транса.

Концентрация на позе. Все внимание направьте на правую руку. Сконцентрируйтесь на ощущениях, которые испытываете. Переместите ее и снова сконцентрируйтесь на изменившихся ощущениях. Теперь концентрируйте внимание на позе тела. Ощутите его пространственную конфигурацию. Представьте, что совершаете различные действия – плаваете, ныряете, танцуете, выполняете гимнастические упражнения, наносите удары, защищаетесь. Эта медитативная техника являлась основой подготовки в древних восточных боевых искусствах и используется сейчас в дзюдо, каратэ, конфу, айкидо и т. д.

Концентрация на дыхании. Примите медитативную позу. Расслабьте тело. Сконцентрируйтесь на дыхании. Не меняйте естественного ритма дыхания, а только следите за ним. Дыхание можно мысленно сопровождать фразами: «Я чувствую свой вдох... чувствую свой выдох...» и т. д. Простота упражнения только кажущаяся. При тренировках вы столкнетесь с ограничением возможностей удерживать свое внимание на дыхании.

Возникают периоды рассеянности со сменой картин и мыслей. В процессе регулярных тренировок периоды рассеянности сокращаются, а периоды концентрации становятся все более продолжительными и устойчивыми. Медитирующий начинает ощущать внутреннюю стабильность и гармонию своих эмоциональных реакций. Это упражнение является основным в практике дзен. Сконцентрировав свое внимание на дыхании, можно повторять примерно следующие фразы:

Я вдыхаю...

Я выдыхаю...

Грудная клетка расслаблена... (один дыхательный цикл)

Я вдыхаю...

Я выдыхаю...

Мое тело расслаблено... (один дыхательный цикл)

Я вдыхаю...

Я выдыхаю...

Я чувствую покой и расслабление... (один дыхательный цикл)

Я вдыхаю...

Я выдыхаю...

Приятное ощущение... (вдох)

Приятное ощущение... (выдох)

Приятно дышать... (вдох)

Приятно дышать... (выдох)

Я чувствую тепло... (вдох)

Я чувствую тепло... (выдох)

Все расслаблено... (вдох)

Все расслаблено... (выдох)

Спокойствие и тишина... (вдох)

Спокойствие и тишина... (выдох)

Упражнение представляет собой модификацию буддийской медитативной техники.

Медитация на мантрах. Принимается определенная поза, в которой можно находиться длительное время, не испытывая физических неудобств. Тело полностью расслабляется. Медитирующий успокаивается и ритмизирует дыхание, концентрирует взгляд на определенной точке или закрывает глаза. В этом состоянии полного расслабления начинается непрерывное мысленное повторение мантры (процесс джапа).

Непрерывная концентрация на мантре является исключительно трудным процессом. Через некоторое время после начала медитации внимание непроизвольно рассеивается, место мантры занимают посторонние мысли или картины.

Потом внимание вновь концентрируется на мантре, и процесс джапа продолжается. Для медитации на мантрах целесообразно использовать звукосочетания, не имеющие понятийного смысла, но способные создавать определенный психический фон. В древней практике лайя-йоги используются звуки санскритского языка, смягченного группами звуков «нг», «анг», «инг», например:

- 1) анг, банг, ванг, данг, джанг, дзанг, танг, занг, канг, ланг, манг, нанг;
- 2) энг, бенг, венг, генг, дженг, дзенг, тенг, зенг, кенг, ленг, менг, ненг, пенг, ренг, сенг, тенг, фенг, хенг, ценг, ченг, шенг;
- 3) инг, бинг, винг, гинг, динг, джинг, дзинг, тинг, зинг, кинг, линг, минг, нинг, тинг, ринг, СИНГ, тинг, финг, хинг, цинг.

Каждую мантру нужно тренировать отдельно в течение продолжительного времени. Достаточно выбрать 2–3 мантры, создающие у медитирующего соответствующее психологическое состояние. Мантра способствует заполнению сознания нейтральным содержанием, освобождающим его от следов предшествующей психической деятельности, и вхождению в транс.

Медитация на янтрах. Примите медитативную позу, расслабьтесь. Мысленно представьте круг, треугольник, прямоугольник, звезду и другие простые геометрические фигуры, снопы лучей. Попробуйте зафиксировать то специфическое эмоциональное состояние, которое они у вас вызывают. В дальнейшем по мере тренировки попробуйте зафиксировать внимание только на одной из фигур.

Медитация на чакрах. Представляет собой эффективное средство воздействия на вегетативную нервную систему (лайя-йога).

В своей книге «Лайя-йога» Госвами Вивекананда описывает технику, предназначенную для стимулирования вегетативной нервной системы. Она состоит из следующих этапов.

1. Концентрация на чакре *муладхара*. Нужно сконцентрировать воображение на спирали кундалини (символ потенциальной нервной энергии), которая «излучает» красный свет.

2. Концентрация на чакре совершается одновременно с мысленным произнесением мантры «ханг». Воображение фокусируется на *спирали кундалини*, которая начинает постепенно нагреваться и излучать тепло. Одновременно она медленно раскручивается и поднимается вверх по позвоночнику. Последовательно проходит через все чакры и достигает теменной области – чакры *сахасрара*.

3. Воображение направляется на сегмент спирали, находящейся между чакрами *муладхара* и *анахата*. Медитирующий представляет, что эта часть спирали излучает огненно-красный свет.

4. Далее воображение концентрируется на сегменте спирали между чакрами *аджна* и *вишудха*; спираль излучает бело-красный свет.

5. Наконец, воображение концентрируется на окончании спирали в чакре *сахасрара*. Спираль раскалена добела, здесь сосредоточена огромная энергия, которую медитирующий может контролировать.

Давно осуществляются попытки найти связь между чакрами и центрами вегетативной нервной системы. Однако все они пока безуспешны. Следует согласиться с мнением болгарского исследователя Н. Петрова (1986), который считает, что различные интерпретации кундалини, допускающие существование нематериальных проводников биоэнергии, а также чакр как центров, контролирующих биоэнергию, представляют собой смесь наивности и метафизики.

Медитация на мантрах и янтрах в качестве средств самовнушения издавна используется в восточных религиях. Однако нельзя считать религиозные культуры первоисточником медитативных техник. По всей вероятности, способность к медитации человек приобрел в

глубокой древности. Не случайно еще у первобытного человека появилась потребность в ритмах и танцах, примитивных песнях, предметах культа. Посредством концентрации внимания на этих ритмах и предметах культа он формировал свой психический настрой, возбуждая себя или успокаивая.

Мантры лежат в основе песенного творчества многих народов, помогают в тяжелом физическом труде. Вполне естественным считается вхождение в транс во время ритмических танцев или в процессе строевой подготовки солдат. Короткие команды, хождение строевым шагом, бесчисленные повороты налево, направо, кругом, беспрекословное выполнение, казалось бы, нелепых приказов... Потом приказ: «В атаку!» Люди поднимаются и идут на смерть. Все это – звенья одной цепи.

2.5. Аутогенная тренировка (метод Шульца)

Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая степень) или гипнотического транса (высшая степень).

Создателем метода аутогенной тренировки по праву считают *Йоганса Генриха Шульца*, ему же принадлежит и термин «аутогенная тренировка». Временем создания метода считают 1932 г., однако корни его уходят в далекое прошлое.

После учебы в Познани, Гёттингене и Бреслау Шульц некоторое время занимался исследовательской и преподавательской работой в Институте психологии имени Пауля

Эрлиха во Франкфурте, где (будучи по профессии дерматологом) читал лекции по психотерапии. Через некоторое время Шульц получил диплом невропатолога и занял место главного врача санатория «Белый олень» под Дрезденом. В 1924 г. он переехал в Берлин, где были написаны основные его труды (более 400), в том числе монография «Аутогенная тренировка – сосредоточенное саморасслабление» (1932), формально положившая начало методу аутогенной тренировки.

Шульцу еще при жизни посчастливилось быть свидетелем «победного шествия» аутогенной тренировки. В 1961 г. был создан Интернациональный координационный комитет для клинического применения и обучения аутогенной терапии (USAT), куда вошел и представитель СССР. Особенно широкое распространение аутогенная тренировка получила в Германии, США, Канаде.

В предисловии к 13-му изданию своей монографии, вышедшей в 1970 г., Шульц с тревогой писал: «Широкое распространение метода привело к тому, что, к сожалению, к нему «примазались» и шарлатаны: один священник обещает детям легкие пути к самообладанию, различные «институты психологии» рассылают проспекты, отмечая мимоходом, что их руководители имеют ученые степени и звания, и тому подобное. Даже коллеги издают без конца «Сборники упражнений» для самостоятельных занятий без врачебного контроля». Между тем почти за 40 лет до этого в предисловии к 1-му изданию он писал: «Настоятельно предупреждаем читателей, не имеющих отношения к медицине, о недопустимости использования нашего метода самостоятельно или с посторонней помощью без врачебного контроля; так как по своей внутренней сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания человека, ее необходимо осуществлять под медицинским наблюдением».

Умер Шульц 27 сентября 1970 г. в возрасте 86 лет.

В СССР аутогенная тренировка систематически стала изучаться примерно с середины 50-х гг. XX в. (А.М. Свядош, М.С. Лебединский, Г.С. Белов, А.С. Ромен и др.). Этому методу посвящены монографии А.С. Романа (1970), А.Г. Панова, Г.С. Беляева, В.С. Лобзина, И.А. Копыловой (1980), В.С. Лобзина и М.М. Решетникова (1986) и др.

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, является методом синтетическим (Лобзин, Решетников, 1986). В его основе лежат находки древне-

индийской 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 (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Основной заслугой Шульца является прежде всего то, что он освободил учение йоги от налета мистицизма. Предложенная ученым 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. Сам Шульц, например, считал, что при значительном расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе произвольные, функции организма. Умело проведенная беседа, сопровождаемая демонстрацией эффективности отдельных упражнений, а также пациентов, добившихся путем тренировки позитивных результатов, способствует успеху дальнейшего лечения. 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 3 месяца длительность каждого сеанса не более 1–3 мин, затем время их несколько увеличивается (АТ-1), но не превышает 30 мин. Все тренировки должны проводиться под наблюдением врача. С этой целью не менее 1 раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки. На первом этапе лечения необходимо овладеть 6 упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10–15 дней. После этого наступает 2-й этап лечения (АТ-2), который длится на менее 6 месяцев. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9–12 месяцев.

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

Упражнение 1: вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяется: «Я совершенно спокоен» (1 раз); «Моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «Я спокоен» (1 раз). После 4–6 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 повторяется: «Я спокоен» (1 раз); «Мое 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 1-е и 2-е упражнения 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». 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 и роль солнечного сплетения в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1–4, а затем мысленно 5–6 раз повторяется формула: «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 1–2 мин, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого пациент мысленно дает себе 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 воздействовать в основном на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.

Подробная инструкция для профессионалов в области охраны психического здоровья по применению 1-й ступени аутогенной тренировки по И. Шульцу – «аутогенной релаксации» – изложена в приложении 3.

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 6 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 он 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 – направленное вызывание 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. Эти эквиваленты у всех людей сугубо индивидуальны. У одних свобода ассоциируется с парящей в небе птицей, у других – с морем, у третьих – с бескрайней степью.

Упражнение 5: медитация на эмоциональном состоянии. В ходе упражнения осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. И. Шульц в качестве примера предлагал медитацию на ощущениях 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 – научиться «освободиться» 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. Лутэ, соавтор Шульца по 6-томному руководству «Аутогенная терапия» (1969), предлагает после аутогенной медитации (высшая ступень аутогенной тренировки по Шульцу) дополнительные упражнения по аутогенной модификации и аутогенной нейтрализации.

Упражнения по аутогенной модификации включают специальные упражнения для внутренних органов (аналогичные упражнениям по методу Клейнзорге – Клюбиеса) и формулы-намерения. Пациент не просто задает себе вопрос, как в 7-м упражнении АТ-2, а медитирует какую-либо формулу-намерение. Например: «Я не принимаю ни одной капли алкоголя, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах» в ситуации приглашения выпить или: «Я просыпаюсь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» при энурезе и т. п.

Упражнения по аутогенной нейтрализации включают аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

При аутогенном отреагировании (по Лутэ) больной, например неврозом, задает себе вопрос: «В чем причина моего заболевания?» Ответ он получает в визуализированных образах, которые потом интерпретируются. Обычно наблюдается «послойное» вскрытие психотравмирующих причин: вначале вскрываются «поверхностные», а в конце – «глубокие» элементы причины заболевания.

Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и в итоге к выздоровлению. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается бурной аффективной реакцией (*аутокатарсис*).

Модификацией описанной методики Лутэ является «Аутогенная терапия памяти», предложенная В.С. Лобзиным и М.М. Решетниковым (1986).

Авторы считают, что в ряде случаев болезненные переживания и невротические нарушения связаны с прошлым пациента, «актуально присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний». Сами пациенты избегают рассказывать об этих неприят-

ных воспоминаниях. В подобных случаях психотерапевт разъясняет больному, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных ощущений, которые могут пройти только после многократного образного их воспроизведения, выполненного как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации. Воспоминания обязательно должны сопровождаться вербализацией, которая облегчается в состоянии аутогенного погружения. Если во время вербализации пациент начнет плакать, врач не должен прерывать его и прибегать к утешению. Отреагирование болезненных воспоминаний приводит к их нейтрализации и улучшает состояние больного.

В настоящее время имеется большое количество модификаций методики Шульца. Остановимся коротко лишь на некоторых из них.

Модификация Клейнзорге – Ключмбиеса. В монографии Х. Клейнзорге и Г. Ключмбиеса «Техника релаксации» изложены основные положения методики «направленной тренировки органов».

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 большое значение придается синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Авторы выделяют следующие группы комплексов.

«Пок о й» (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 шестого стандартного упражнения АТ-1 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 провоцирует 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 К.И. Мировского и А.Н. Шогама рассчитана на противоположный, стимулирующий эффект. Тренировка начинается со специализированных мобилизующих (активирующих) упражнений. Релаксирующий этап резко сокращен или совсем исключен. Авторы предлагают формулы самовнушения примерно такого содержания: «Плечи и спину охватывает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. 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.

Введение в методику аутогенной тренировки тонизирующих упражнений послужило основой для применения ее в спортивной практике (А.В. Алексеев, А.Т. Филатов), на производстве (А.С. Ромен, Л.П. Гримак, Х.М. Алиев, Н.А. Лайша).

Появились такие понятия, как *психомышечная тренировка (ПМТ)*, *психогенная саморегуляция (ПСР)*, *психорегулирующая тренировка (ПРТ)*, *психофизическая тренировка (ПФТ)*, *эмоционально-волевая подготовка (ЭВП)*, *психосоматическая гимнастика (ПСГ)* и т. д.

Психомышечная тренировка по А.В. Алексееву (1979). В основе ПМТ лежат следующие элементы:

- умение расслабиться;
- способность максимально ярко, с предельной силой воображения, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;
- умение удерживать внимание на избранном объекте;
- умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

Обучение проводят в форме гетеротренинга. Чаще применяют в спортивной практике.

Вначале достигается последовательное расслабление различных групп мышц, начиная с рук. На вдохе мышцы медленно напрягаются. Затем следует задержка дыхания, во время которой мышечное напряжение удерживается. На выдохе мышцы быстро расслабляются. Это упражнение сопровождается словесной формулой: «Мои руки... (вдох)... расслабляются... (выдох), мои руки... (вдох)... теплеют... (выдох)».

Таким образом, уже на первом занятии объединяется тренировка мышечной релаксации с тренировкой вызывания ощущения тепла.

После освоения упражнения для рук тренирующийся переходит к мышцам лица, шеи, ног, туловища.

Следующее упражнение – тренировка общей релаксации всего тела. Формула самовнушения: «Я... (вдох)... расслабляюсь и успокаиваюсь (выдох)».

Занятия завершаются формулами: «Состояние глубокого покоя», «Весь мой организм отдыхает», «Я отдохнул и успокоился», «Самочувствие хорошее». Основная цель упражнения состоит в развитии способности «входить в состояние контролируемой дремоты» и одновременно «концентрировать внимание на заданном ощущении».

После освоения начальных упражнений ПМТ (первая ступень) спортсмены овладевают приемами самовнушения, направленного на преодоление чувства предстартового волнения, чувства боли при травме, обучаются приемам аутоактивизации, тонизации и мобилизации в нужный момент своих психических и физических возможностей.

При подготовке к предстоящим соревнованиям используются образные представления:

- «боевой» готовности;
- идеального выполнения упражнения;
- ситуации, в которой выступление было удачным.

Сходные упражнения используются и при психогенной саморегуляции на производстве в экстремальных условиях (А.С. Ромен, 1986; Х.М. Алиев, 1990; Н.А. Лайша, 1990 и др.).

Аутогенная тренировка и биологическая обратная связь. Адаптивное биоуправление с использованием устройств биологической обратной связи (БОС-терапия, БОС-тренинг) – это один из методов поведенческой терапии. БОС-терапия требует от пациента активного участия в собственном лечении и позволяет достигать положительных результатов при минимальной вероятности нежелательных явлений (Аверьянов, 2003). Прямой задачей сеанса биоуправления является тренинг произвольного контроля какого-либо физиологического параметра организма (обучение саморегуляции). Благодаря специальной аппаратуре с использованием принципов биологической обратной связи и «научения» приобретение навыка саморегуляции становится более доступным и быстрым. БОС-тренинг дает человеку возможность улучшать свое состояние как непосредственно на сеансе, так и позже, самостоятельно, при условии приобретения навыка. Биоуправление может позволить уменьшить объем и продолжительность фармакологического вмешательства и тем самым снизить его побочное действие. Процедуры БОС-терапии сгруппированы по типу применяемого физиологического сигнала. Для работы выбирается показатель, который вовлечен в патологический процесс (принцип прямого БОС-тренинга). В результате нормализации этого параметра наблюдаются положительные сдвиги в общем функциональном состоянии человека, установление баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

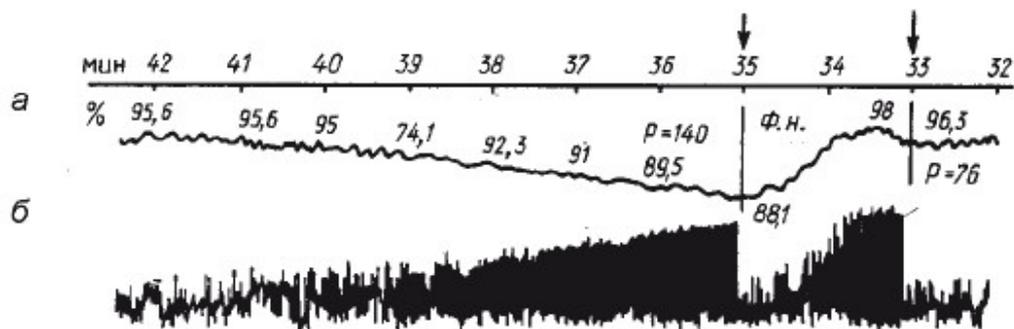


Рис. 2.5. Оксигеграмма (а) и пневмограмма (б) в состоянии покоя и при дозированной физической нагрузке у больного гиперстенической формой неврастения (читаются справа налево). Стрелками показаны начало и конец физической нагрузки (30 приседаний в минуту)

Сочетанное применение аутогенной тренировки (АТ) и биологической обратной связи является одним из перспективных направлений в психотерапии, о чем свидетельствует большое число работ последних лет (Лобзин, Решетников, 1986 и др.). Особенно эффективно сочетание АТ с биологически обратной связью при лечении психосоматических заболеваний.

Любое эмоциональное состояние, психическое напряжение проявляются в изменениях показателей вегетовисцеральных функций организма. Волнение, страх, тревога сопровождаются учащением 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. (рис. 2.5, 2.6).

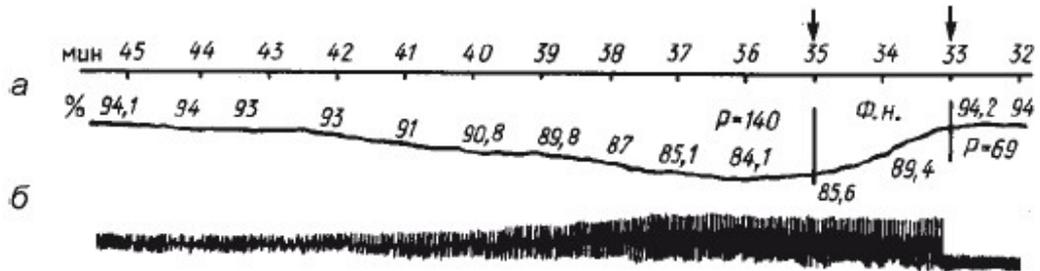


Рис. 2.6. Оксигеграмма (а) и пневмограмма (б) при дозированной физической нагрузке у больного гипостенической формой невротизации. Обозначения те же, что на рис. 2.5



Рис. 2.7. Оксигеграмма (а) и пневмограмма (б) больного с реактивной депрессией при беседе с ним о скрываемой психотравме (сопротивление). Обозначения те же, что на рис. 2.5

Стоит в беседе с больным неврозом или психогенной депрессией затронуть так называемый «больной пункт», как тут же выявляются яркая игра вазомоторов лица, груди, гипергидроз, тахикардия (рис. 2.7). Факт изменения вегетовисцеральных функций организма при определенных эмоциональных состояниях известен давно. Эта взаимозависимость висцеральных и психических функций является предметом серьезных исследований в клинике и физиологии (кстати, именно на этой зависимости основан «детектор лжи»).

Понятие *биологическая обратная связь* применимо только в тех случаях, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же субъекта, который генерирует данную физиологическую информацию.

Другими словами, говорить о биологической обратной связи можно только изучая взаимосвязь физиологических и психических функций у одного и того же человека.

Научившись регистрировать тончайшие изменения физиологических процессов и используя обратную связь, можно в конечном итоге научиться самоуправлять произвольными физиологическими процессами.

На этом принципе основана методика аутогенной тренировки в сочетании с БОС.

В.С. Лобзин и М.М. Решетников (1986) рекомендуют применять АТ в сочетании с БОС в 4 этапа.

Первый этап. Проводится обучение базисным упражнениям АТ-1 с использованием специальной аппаратуры для получения и регистрации динамики физиологических процессов в ходе сеанса. С этой целью можно применять оксигемограф, электромиограф, пневмограф, аппараты для регистрации АД, ЭКГ, ЭЭГ и т. д. На практике достаточно использовать один из этих приборов. Авторы использовали полиграф, позволяющий одновременно на одной ленте регистрировать оксигеграмму, частоту и глубину дыхания, пульс и артериальное давление.

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

Третий этап. Происходит усвоение приемов саморегуляции. Применение приборов ограничивается только контрольными замерами.

Четвертый этап. Лечебные приемы саморегуляции проводятся только под контролем собственных ощущений.

Данные исследований свидетельствуют об эффективности БОС-терапии при лечении пациентов с рядом заболеваний (Скок, 2000).

Сочетанное применение БОС и лечебных методов, базирующихся на самовнушении, несомненно, является перспективным и нуждается в дальнейшем изучении.

Раздел II

Психоанализ и недирективная психотерапия

Глава 3

Теоретические основы и главные направления недирективной психотерапии

3.1. Общие положения

В нашей стране такие широко распространенные за рубежом понятия, как психоанализ, аналитическая, индивидуальная психология и психотерапия, а тем более дзен-буддизм, суфизм, долгое время были тайнами за семью печатями. На поверхность прорывалось только то, что проходило жесткую цензуру «воинствующих материалистов». Отметалось или грубо искажалось все, что не соответствовало взглядам К. Маркса или И.П. Павлова. При этом не выполнялось требование марксизма: «Не смешивать честный серьезный поиск истины, открытые учеными проблемы и факты, разработанные ими методики, с одной стороны, и то, как это преломилось в идеях, несовместимых с нашим мировоззрением, – с другой».

Первые переводы книг Зигмунда Фрейда, Карла Юнга, Альфреда Адлера на русский язык появились еще до Октябрьской революции. Они продолжали выходить и в первые послереволюционные годы, когда советская психология только начинала формироваться.

В философской, психологической и медицинской литературе тех лет психоанализ Фрейда и его мировоззрение оценивались достаточно высоко. Психоаналитические методики использовались в медицинской практике. Идеи психоаналитиков поддерживали известные государственные деятели и ученые: Л.Д. Троцкий, К. Радек, О.Ю. Шмидт. В России практиковали такие видные психоаналитики, как Николай Осипов, Моисей Вульф, Татьяна Розенталь, Михаил Асатиани, Леонид Дросне, Сабина Шпильрейн. В 1923 г. в Москве возобновляет работу Психоаналитическое общество и создается Психоаналитический институт во главе с И.Д. Ермаковым (ему удалось издать «Психоаналитическую и психологическую библиотеку», которая до недавнего времени являлась основным сводом источников по психоанализу для отечественного читателя). Однако с середины 1920-х гг. Фрейда и его последователей прекратили издавать, в существо его теории и психотерапевтических методов перестали вникать. Так продолжалось более семидесяти лет. В печать проникали только «критические обзоры зарубежной психологии и психотерапии» (Платонов, 1957; Морозов, 1961; Басин, 1968; Лебединский, 1971; Воль-перт, 1972 и др.).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.